

Тема занятия № 13: С/у при заболеваниях мочевыделительной системы

Учебные цели занятия:

ознакомить с заболеваниями мочевыделительной системы. Знать клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)

1. Дайте определение дискинезии, перечислите причины ее возникновения?
2. Назовите основные формы заболевания, расскажите об особенностях клинической картины каждой из них?
3. Укажите основные принципы лечения дискинезии?
4. В чем заключается профилактика заболевания?
5. Дайте определение, перечислите причины возникновения острого гастрита?
6. Перечислите особенности клинических проявлений острого гастрита?
7. В чем заключаются принципы лечения острого гастрита?
8. Дайте определение и расскажите о причинах возникновения хронического гастрита?
9. Клинические проявления и принципы лечения хронического гастрита?
10. Дайте определение язвенной болезни желудка. Расскажите об этиологии заболевания?
11. Клинические проявления и методы лечения язвенной болезни желудка?
12. Расскажите о методах диагностики заболеваний ЖКТ?
13. В чем заключается профилактика заболеваний ЖКТ?
14. Сестринский/у при заболеваниях ЖКТ?

Информационный блок. План:

1. Острый гломерулонефрит. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Острый пиелонефрит. Определение, этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Сестринский процесс при заболеваниях почек

Гломерулонефрит (ГН)— иммунокомплексное заболевание почек с преимущественным первичным поражением клубочков и вторичным вовлечением в патологический процесс всех почечных структур (канальцев, сосудов, интерстициальной ткани), клинически проявляющееся почечными и внепочечными симптомами.

Этиология. Ведущую роль в развитии ГН играют нефритогенные штаммы β -гемолитического стрептококка группы А. Обычно заболевание возникает через 1–3 недели после ангины, скарлатины, обострения хронического тонзиллита или другой стрептококковой инфекции.

Клиническая картина. В клинической картине заболевания выделяют мочево́й, оте́чный и гипертензионный синдром, которые развиваются на фоне симптомов общей интоксикации.

Отечный синдром – один из первых признаков заболевания. Выраженность отеков бывает различной – от обширных до скрытых. Почечные отеки распространяются сверху вниз: вначале появляется пастозность лица, отеки на веках и под глазами, затем они спускаются на туловище и конечности.

Мочевой синдром проявляется макро- или микрогематурией, протеинурией, часто цилиндрурией. При макрогематурии моча приобретает цвет мясных помоев. Выраженная протеинурия

При развитии **гипертензионного синдрома** появляется головная боль, регистрируются изменения со стороны сердечно - сосудистой системы: расширяются границы сердца, отмечается глухость тонов, повышается систолическое и диастолическое давление.

В клинической картине ОГН может преобладать один из следующих синдромов: 1) нефритический; 2) нефротический; 3) нефротический с гематурией и гипертензией; 4) изолированный мочево́й.

При **нефритическом синдроме** преобладают изменения в моче (протеинурия, макрометурия, цилиндрурия), отеки и повышение АД не выражены.

Нефротический синдром характеризуется выраженными отеками и массивной протеинурией, в биохимическом анализе крови – гипо- и диспротеинемия, гиперлипидемия.

Нефротический синдром с гематурией и гипертензией сочетает клинические и лабораторные проявления нефротического и нефритического синдромов.

Изолированный мочево́й синдром проявляется изменениями в моче при отсутствии внепочечных симптомов заболевания.

Диагностика основывается на следующих данных: общего анализа крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, пробы Зимницкого, анализа крови на белок и его фракции, остаточный азот, мочеви́ну, экскреторную урографию, УЗИ.

Осложнения. При тяжелом течении острого гломерулонефрита возможно развитие острой почечной недостаточности (ОПН), острой сердечной недостаточности (ОСН), почечной эклампсии. Острая почечная недостаточность развивается быстро-резко нарастает мочеви́на и остаточный азот в крови, развивается анурия.

При хроническом гломерулонефрите развивается хроническая почечная и сердечная недостаточность, энцефалопатия. Хроническая почечная недостаточность развивается медленно, но постоянно прогрессирует.

Лечение. Больные с ОГН подлежат госпитализации. Терапия заболевания комплексная и включает постельный режим, диету, антибактериальное воздействие на возбудителя, патогенетическое и симптоматическое лечение.

В остром периоде заболевания назначается постельный режим продолжительностью 10–14 дней. Горизонтальное положение и тепло способствуют расширению сосудов почек и улучшению кровотока. После исчезновения отеков, нормализации АД, улучшения состава мочи ребенок переводится на полупостельный режим. Обязательно назначение ЛФК.

Диета предусматривает ограничение белка, поваренной соли, жидкости (стол № 7а, 7б).

С целью воздействия на возбудителя заболевания проводится несколько курсов антибиотикотерапии. Первоначально в течение 2 недель используются препараты пенициллинового ряда (амоксциллин, амоксиклав, аугментин). На второй курс продолжительностью 7–10 дней оптимально назначение макролидов 2-го или 3-го поколения (джозамицин, рокситромицин, рулид). Обязательно проводится санация очагов хронической инфекции, кариеса, аденоидита, хронического тонзиллита. При небольших нефритических отеках не требуется назначения мочегонных средств, достаточно применения бессолевой диеты, постельного режима. При умеренных отеках, гипертензии применяются мочегонные из группы салуретиков: лазикс (фуросемид), урегит или гипотиазид. В связи с наличием никтурии, мочегонные препараты даются утром и днем.

При артериальной гипертензии в качестве гипотензивных используются диуретики и блокаторы кальциевых каналов: нифедипин или амлодин до нормализации АД. При недостаточной эффективности блокаторов кальциевых каналов и при отсутствии гиперкалиемии назначают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл). Возможно использование и других гипотензивных средств: β -адреноблокаторов (атенолол, метопролол и др.), антагонистов рецепторов к ангиотензину II (лозартан, ирбесартан, вилзартан).

Пиелонефрит (ПН) – острое или хроническое инфекционно-воспалительное заболевание чашечно-лоханочной системы и интерстициальной ткани почек.

Острый пиелонефрит – первое проявление болезни с обратным развитием симптомов в срок до 6 месяцев и клинико-лабораторной ремиссией.

Хронический пиелонефрит – пиелонефрит, который имеет затяжное (свыше 6 месяцев) или рецидивирующее течение.

Различают первичный и вторичный ПН.

Первичный ПН развивается как самостоятельное заболевание. При нем отсутствуют фоновые состояния, способствующие воспалительному процессу в почках. Чаще он имеет острое течение и заканчивается выздоровлением.

Вторичный ПН может быть обструктивным и необструктивным.

Обструктивный ПН возникает при наличии затруднений оттока мочи, вызванных аномалиями развития мочевыводящих путей, рефлюксами (обратный заброс мочи), опухолями, камнями.

Необструктивный ПН развивается на фоне нарушений обмена веществ (щавелевой, мочевой кислот, кальция), иммуно-дефицитных состояний, эндокринной патологии.

Вторичный ПН характеризуется волнообразным течением.

Этиология и патогенез. Наиболее часто возбудителем заболевания является кишечная палочка (60–85%). Реже клебсиелла, протей, энтерококк, синегнойная палочка, стрептококк, вирусы. Возможно смешанная флора. В развитии острого пиелонефрита имеют значение три фактора: снижение иммунитета, массивная и достаточно активная инфекция, нарушение микроциркуляции в почках.

Инфекция попадает в почку уриногенным (восходящим), гематогенным или лимфогенным путем.

Основное значение имеет **уриногенный путь**, при котором микроорганизмы проникают в почки через уретру. Реализации этого пути способствует наличие рефлюксов, а также иных препятствий к оттоку мочи.

Гематогенный путь инфицирования чаще наблюдается в периоде новорожденности или у детей более старшего возраста при гнойно-септических процессах, кишечных инфекциях, инфекционном эндокардите.

Лимфогенный путь обусловлен наличием тесной связи между кишечником и мочевыми путями и почками.

Клиническая картина. В клинической картине острого пиелонефрита различают следующие основные синдромы: общей интоксикации, болевой, дизурический и мочевой.

Синдром общей интоксикации проявляется лихорадкой, головной болью, снижением аппетита, тошнота, рвотой, нередко жидким стулом.

Болевой синдром представлен спонтанными болями в пояснице, правом или левом подреберье, в надлобковой области по ходу мочеточников, положительным симптомом Пастернацкого.

Дизурический синдром проявляется частыми, обильными и болезненными мочеиспусканиями, никтурией, недержанием мочи.

Мочевой синдром характеризуется изменением цвета прозрачности мочи-в моче появляется осадок. В нем обнаруживается значительное количество лейкоцитов, бактерий и клеточного эпителия. Может отмечаться протеинурия, гематурия (чаще микрогематурия). В крови-лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, увеличенная СОЭ.

Диагностика. При заболеваниях почек и мочевых путей проводится комплексное обследование, включающие: анализы мочи в динамике (1 раз в 7-10 дней); исследование осадка мочи (проба Нечипоренко, Аддис-Каковского); бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности выделенного микроба к антибиотикам; определение функционального состояния почек с помощью пробы Зимницкого; биохимический анализ крови; ультразвуковое исследование; рентгенологическое и другие исследования (нисходящая урография, цистоскопия, цистография, радиоизотопная ренография), УЗИ. Необходима консультация гинекология.

Лечение. В острый период заболевания ребенка необходимо госпитализировать. Лечение должно быть комплексным и направлено на ликвидацию почечной инфекции, устранение интоксикации, улучшение микроциркуляции почек, предупреждение их склерозирования при хроническом пиелонефрите. В остром периоде назначается постельный режим. Рекомендуются тепло на область поясницы, мочевого пузыря, ног. Диета должна быть физиологической. На короткий срок (в острый период) назначается стол №7, затем ребенок переводится на диету №5. Из пищевого рациона исключаются острые соусы, маринады, чеснок, копчености, соленья, редис, щавель. Рекомендуются обильное питье.

Антибактериальная терапия назначается с учетом чувствительности микробной флоры. При назначении антибиотиков предпочтение отдают защищенным пенициллинам (амоксциллин + клавулоновая кислота), цефалоспорином 2-го (цефуроксим и др.) и 3-го поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефоперазон, цефтазидим, цефепим). Препаратом выбора до получения результатов бактериологического обследования у подростков могут быть фторхинолоны (норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин) При удовлетворительном и среднетяжелом состоянии антибиотики назначают внутрь. При тяжелом течении ПН показано их парентеральное введение. Лечение антибиотиками неосложненного ПН продолжают в течение 7–14 дней.

Длительная антибактериальная терапия требует применения противогрибковых препаратов (нистатин, леворин, флуконазол, итраконазол и др.). Для предупреждения бактериальной аллергии в активный период заболевания показаны десенсибилизирующие средства (супрастин, тавегил) несколькими курсами по 7–10 дней. С целью улучшения микроциркуляции в почках назначаются троксерутин, пентоксифиллин, курантил, трентал. Для коррекции дисбиоза кишечника, всегда имеющегося при длительной антибактериальной терапии, используются эубиотики (лактобактерин, колибактерин, бактисубтил и др.), монокомпонентные и комбинированные бактериофаги.

В лечении ПН широко используется фитотерапия, в состав которой входят травы, оказывающие антисептическое, противовоспалительное, мочегонное и регенераторное действие, – растительный препарат канефрон, отвары трав (брусничник, толокнянка, зверобой, можжевельник, земляничник, крапива, василек и др.) в количестве 75–150 мл/сут курсами по 10–14 дней.

Профилактика. Должна быть направлена на предупреждение инфекционных заболеваний, устранение хронических очагов инфекции, своеобразную диагностику врожденных аномалий развития мочевого системы. Немаловажное значение имеют общегигиенические мероприятия, закаливание ребенка.

Особенности работы сестры с нефрологическими больными.

Осуществление контроля за лечебным питанием больных, передачами, проведение разъяснительной беседы с родителями и детьми о важности соблюдения диеты, в том числе водного и солевого режима.

Учет суточного диуреза и выпитой жидкости. Периодически взвешивает больных с целью ранней диагностики скрытых отеков и изменения массы тела при гормонотерапии. При необходимости контролирует АД и пульс. Выявляет расстройства мочеиспускания (улучшение, затруднение, задержку мочи). Обращает внимание на внешний вид мочи: ее цвет, прозрачность, мутность, наличие примеси крови. При наличии рефлюкса контролирует соблюдение режима принудительных мочеиспусканий, при котором ребенок каждые 1,5-2 ч должен помочиться в положении на карточках.

Осуществляет контроль за сбором мочи для общего анализа и проведения пробы Зимницкому, посева мочи на стерильность и др.

Осуществляет специальную подготовку больных к рентгенологическому исследованию органов мочевого выделения (вечером и утром за 2 ч до исследования ставит очистительную клизму, следит за соблюдением специальной диеты ребенком, внутривенно вводит контрастное йодсодержащее вещество, предварительно проверяя чувствительность к этому препарату).

Тщательно следить за чистотой кожи и наружных половых органов, принимает меры по профилактике пролежней (своевременное проведение гигиенической ванны, смена постельного и нательного белья). Контролирует у больного работу кишечника, так как его дисфункция может отрицательно сказаться на мочеотделении.

Уметь оказать помощь при задержке мочи, почечной колике.

Закрепление нового материала

1. Какие АФО почек и мочевыводящих путей предрасполагают к развитию воспалительных заболеваний?
2. Определите локализацию поражения при ГН и ПН?
3. Укажите причины и предрасполагающие факторы к развитию ГН и ПН?
4. Перечислите ведущие клинические синдромы ПН и клинические формы ГН. Опишите их?
5. Укажите преимущественное расположение отеков при заболеваниях почек у детей раннего и старшего возраста?
6. Как можно проконтролировать нарастание или уменьшение отеков?
7. Какие осложнения могут развиваться при ГН?
8. Перечислите методы обследования почечных больных?
9. Укажите роль медсестры в подготовке больного к обследованию?
10. С какой целью проводятся проба по Зимницкому и анализ по Нечипоренко?
11. Какие изменения мочи характерны для ГН и ПН?
12. Чем различается диета при ГН и ПН?
13. Перечислите основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения ГН и ПН?
14. Расскажите об особенностях работы медсестры с нефрологическими больными?