

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ  
ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТАМИ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051504  
Ковалевской Александры Валерьевны**

Научный руководитель  
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент врач-терапевт участковый,  
врач общей практики (семейный  
врач), ОГБУЗ «Городская поликлиника г.  
Белгорода», поликлиническое отделение №1  
Сухаревская С.А.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ ПО ПИЕЛОНЕФРИТУ .....	5
1.1. Понятие, этиология и патогенез пиелонефрита.....	5
1.2. Классификация и клиническая картина пиелонефрита .....	7
1.3. Диагностика и профилактика пиелонефрита .....	9
1.4. Лечение, сестринский уход и осложнения при пиелонефрите .....	12
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА.....	17
2.1. Цель и методы исследования .....	17
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	17
2.3. Рекомендации пациентам с пиелонефритом.....	31
2.4. Рекомендации медицинским сёстрам, осуществляющим уход за пациентами с пиелонефритом.....	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

## ВВЕДЕНИЕ

«Острый пиелонефрит - неспецифическое одностороннее или двустороннее воспаление чашечно-лоханочной системы и интерстициальной ткани почек» [2].

«Хронический пиелонефрит согласно последним данным оценивается как самое распространенное заболевание почек во всех возрастных группах. Число заболевших за последние годы составляет от 8 до 20% на 1000 человек» [4].

Чаще болеют женщины в возрасте до 40 лет, особенно во время беременности. Часто заболевание начинается в детском возрасте.

Главной задачей медицинского работника, имеющего дело с пиелонефритом, является своевременная диагностика и лечение основного заболевания, которое осложнилось пиелонефритом.

Различают первичный пиелонефрит, возникновению, которого не предшествовали ранние болезни и дефекты развития почек и мочевых путей - и вторичный, который развивается на фоне предшествующего патологического изменения почек и мочевыводящих путей [5].

**Актуальность исследования** пиелонефрита заключается в выраженном росте распространенности патологии среди всего населения. Среди всех заболеваний пиелонефрит имеет высокое значение и занимает второе место после заболеваний органов дыхания.

**Объект исследования:** пациент с пиелонефритом.

**Цель исследования:** изучить особенности сестринской деятельности при пиелонефритах.

**Предмет исследования:** факторы, способствующие развитию пиелонефрита.

**Задачи данного исследования:**

1. Провести анализ литературы;
2. Изучить этиологию и предрасполагающие факторы пиелонефрита;

3. Изучить клиническую картину и особенности диагностики пиелонефрита;

4. Определить уровень знаний по факторам риска и профилактике пиелонефрита методом анкетирования;

5. Определить необходимость участия медсестер в выявлении факторов риска и профилактике пиелонефрита.

**Методы исследования:**

1. Субъективный метод обследования пациента (анкетирование);

2. Эмпирический – наблюдение;

3. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

4. Психодиагностический (беседа);

5. Статистический (метод обработки информационного массива).

**База исследования:** ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

**Время исследования:** с 20.04.2018 г. по 17.05.2019 г.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ ПО ПИЕЛОНЕФРИТУ

## 1.1. Понятие, этиология и патогенез пиелонефрита

«Пиелонефрит - неспецифическое инфекционное воспалительное заболевание почек, поражающее почечную паренхиму (преимущественно интерстициальную ткань), лоханку и чашечки» [4].

«Заболеваемость пиелонефритом составляет 15,7 случая на 100 000 населения в год, хроническим пиелонефритом - 18 на 1000 населения» [10].

«Есть три возрастных пика заболеваемости пиелонефритом:

- детский ранний возраст (до 3 лет). Отмечают преимущественно заболевания у девочек.

- активный репродуктивный возраст (18-35 лет). Сохраняется преобладание у женщин, по сравнению с мужчинами.

- пожилой и старческий возраст.

После 70 лет пиелонефритом чаще болеют мужчины, что связано с развитием гипертрофических и опухолевых процессов предстательной железы, приводящих к нарушению уродинамики» [6].

«Основой путь проникновения инфекции в почки, относят урогенный (восходящий) и гематогенный (при наличии острой и хронической инфекции в организме: остеомиелита, аппендицита, послеродовой инфекции и др.). Лимфогенным путём возможно инфицирование почки на фоне острых и хронических кишечных инфекций.

Предрасполагающими факторами являются подагра, сахарный диабет, недостаточное содержание калия, внепочечные очаги воспаления (урогенитальной сферы), аллергия, злоупотребления анальгетиками.

Хронический пиелонефрит вызывают бактерии и их ассоциации. Сопутствующие факторы – аналогичны острому пиелонефриту» [6].

## Патогенез

В основе развития пиелонефрита – аутоиммунные реакции, нарушение уродинамики, инфекция мочевых путей.

Следующие факторы, способствующие развитию пиелонефрита:

- обструкция мочевыводящих путей;
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (при заболеваниях спинного мозга, сахарном диабете и повреждениях).

Задержка мочи при нейрогенной дисфункции требует повторной катетеризации мочевого пузыря, что сопровождается дополнительным риском его инфицирования.

- сексуальная активность.

У женщин проникновению бактерий в мочевой пузырь способствуют массажирование мочеиспускательного канала и сокращение мышц мочеполовой диафрагмы при половом акте.

- беременность.

При первой беременности пиелонефрит обычно начинается на 4-м месяце, при повторной - на 6-7-м месяце. Происходит изменение гемодинамики почки: снижается кортикальный почечный кровоток, развивается в медуллярной зоне флебостаз.

Также играет роль сдавление мочеточников увеличенной маткой, особенно при анатомически узком тазе, крупном плоде, многоводии.

- пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс.

«Наблюдаются обычно у детей с анатомическими дефектами мочевыводящих путей или при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей. В последнем случае по мере взросления ребенка он исчезает.

Почка в микроскопических размерах уменьшена, поверхность бугристая с рубцовыми втяжениями, сморщенная.

Гистологически: воспалительные инфильтраты чередуются с участками склероза в интерстиции; в клубочках – явления фиброза.

Почка в конечном итоге уменьшается (нефросклероз), развивается уремия – причина смерти пациента» [6].

«Для женщин основным источником заражения почек являются половые органы при остром и хроническом воспалении в них. Такой патогенетический фактор является у женщин преобладающим, чем, наряду с некоторыми анатомо-физиологическими особенностями, и объясняется наибольшая частота пиелонефрита у лиц женского пола, составляющая свыше 80%» [7].

## **1.2. Классификация и клиническая картина пиелонефрита**

«Примерно в 80% случаев, наблюдается вторичный пиелонефрит, возникающий вследствие органических или функциональных изменений в почках и мочевых путях, которые ведут к нарушению оттока мочи, лимфы из почки и венозной крови.

Различают острый и хронический, односторонний и двусторонний, первичный (необструктивный) и вторичный (обструктивный) пиелонефрит.

Острый пиелонефрит может протекать в виде гнойного и серозного воспалительного процесса» [1].

«Хронический пиелонефрит представляет собой вялотекущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление, приводящее к необратимым изменениям, склерозированию паренхимы и сморщиванию почки» [2].

«В отличие от обструктивного пиелонефрита, необструктивный возникает без предшествующих структурно-функциональных изменений в почках и мочевых путях.

В основе обструктивного пиелонефрита всегда лежат факторы окклюзии (закупорки) верхних мочевых путей, сопровождающиеся нарушением пассажа мочи» [2].

«Для клинической картины острого пиелонефрита характерно внезапное начало заболевания с развитием следующих симптомов:

1. Положительный симптом Пастернацкого - болезненность при поколачивании в области поясницы;
2. Лихорадка;
3. Слабость;
4. Артралгия;
5. Миалгия;
6. Тошнота и рвота.

Так же появляются местные проявления - боли в пояснице, варьирующие по интенсивности. Часто отмечают дизурию» [4].

Течение острого пиелонефрита имеет некоторые особенности в зависимости от возраста пациента. У пожилых он нередко носит атипичный, стертый характер, без температурной реакции и ознобов. Тяжело протекает заболевание у пациентов, ослабленных предшествующими заболеваниями.

«Хронический пиелонефрит – иммуноопосредованное неспецифическое воспаление, преимущественно интерстициальной ткани в сочетании с поражением мочевых путей, с последующим поражением почечных клубочков и сосудов. Он является следствием неизлеченного либо недиагностированного острого пиелонефрита» [7].

Симптомы хронического пиелонефрита зависят от его формы, одностороннем или двустороннем поражении и других факторов.

«Основные клинические формы хронического пиелонефрита:

1. Латентная форма – характеризуется скудностью клинических проявлений (утомляемость, снижение аппетита, похудение, иногда – субфебрильная температура тела). У некоторых пациентов ощущается тяжесть в пояснице и слабо положительный симптом Пастернацкого. В общем анализе мочи – небольшая протеинурия и лейкоцитурия;

2. Гипертоническая форма – характеризуется симптомами артериальной гипертензии, изменениями глазного дна и изменениями в моче;



3. Рецидивирующая форма – она встречается чаще других и характеризуется чередованием обострений и ремиссий.

Обострение сопровождается болями в поясничной области, дизурическими явлениями, повышением температуры тела и признаками интоксикации. Продолжительность заболевания 10 – 15 лет и дольше, в конечном итоге развивается хроническая почечная недостаточность;

4. Анемическая форма – симптомы анемии гипохромного характера. Мочевой синдром мало выражен и непостоянный;

5. Гематурическая форма – характеризуется постоянной микро – и макрогематурией. Клинические проявления скудны. Диагностировать сложно» [8].

### **1.3. Диагностика и профилактика пиелонефрита**

«Ставится диагноз острого пиелонефрита обычно на основе ярко выраженной клинической симптоматики:

- боли в пояснице;
- болезненное мочеиспускание;
- примеси крови в моче;
- зловонный запах мочи.

У пациента нефролог выясняет, какие хронические болезни у него имеются, не было ли гнойных процессов недавно.

Лабораторное исследование мочи показывает:

- бактериурию;
- микрогематурию;
- незначительную протеинурию.

Общий анализ крови подтверждает наличие воспалительного процесса в организме (лейкоцитоз, высокая СОЭ, повышение азотистых шлаков). Для

идентификации микрофлоры, вызвавшей воспаление, проводится диагностика с помощью специальных тест-наборов» [10].

В ходе обзорной урографии, врач обнаруживает, что одна почка в размерах увеличена. Ее контур может выбухать, чашечки и лоханки могут быть деформированы.

«Для изучения имеющихся структурных изменений в почках при пиелонефрите проводится УЗИ. С целью оценки концентрационной способности воспаленного органа, пациенту назначается проба Зимницкого. Также делается компьютерная томография, чтобы исключить наличие мочекаменной болезни» [6].

«В общем анализе мочи в первые дни заболевания обнаруживается большое количество бактерий (бактериурия). При этом имеет значение не только наличие бактерий, но и их количество, поэтому проводится подсчет их количества в 1 мл мочи (небольшая бактериурия встречается и у здоровых людей). В моче через несколько дней появляется большое количество лейкоцитов. Особое диагностическое значение имеет наличие в моче активных лейкоцитов с поглощенными ими возбудителями инфекции» [7].

«В период выраженной активности пиелонефрита обнаруживают лейкоцитоз и значительное увеличение СОЭ - до 25-40 мм/ч» [10].

Чтобы уточнить анатомическое строение мочевых путей, размеров почек, определения нарушений уродинамики больным пиелонефритом проводят УЗИ почек, экскреторную цистографию и урографию.

При проведении обзорной урографии показано – уменьшение размеров почки.

УЗИ – почек – ассиметричные изменения в почках.

Пункционная биопсия проводится при трудностях в диагностике.

«Тяжесть течения пиелонефрита определяется не только активностью процесса, но и функциональным состоянием почек. Концентрационную способность почек определяют с помощью пробы Зимницкого.

По клиренсу эндогенного креатинина, оценивают фильтрационную функцию почек. При радиоизотопной ренографии, получают данные о функциональном состоянии каждой почки в отдельности» [3].

### Профилактика

Основной рекомендацией по профилактике пиелонефрита, является лечение основного заболевания, которое может привести к его развитию. Во всех случаях рекомендуется вести здоровый образ жизни, закаливать организм, соблюдать гигиены наружных половых органов.

В системе диспансеризации вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов пиелонефрита. Она предусматривает: соблюдение диеты; периодический приём минеральных вод; нарушение причин уродинамики; ограничение тяжёлых физических нагрузок; санаторно - курортное лечение в период ремиссии [5].

«Грамотно подобранные первичные и вторичные профилактические меры помогут снизить вероятность возникновения рецидива. У мужчин они заключаются в своевременном диагностировании таких патологических состояний, как рак простаты, аденома предстательной железы, простатит.

У женщин нарушение оттока мочи часто возникает в период вынашивания. Во втором триместре беременности возникают трудности, которые вызваны воздействием растущего плода на тазовые органы.

Для исключения обострений, будущей роженице рекомендуется выполнять гимнастические упражнения и принимать особое положение тела — лежа на боку. Это позволит снять напряжение на мочеточники. При этом выбор стороны будет зависеть от расположения плода» [11].

«Возможны проблемы пациента при пиелонефритах: лихорадка, боли в поясничной области, озноб, дефицит знаний.

Следует проводить профилактику воспалительных заболеваний мочеиспускательного канала, проводить санацию полости рта и носоглотки, остерегаться переохлаждений мочевого пузыря» [4].

«Для профилактики очень важны следующие мероприятия:

1. Ликвидация очагов инфекции, выявление бактериурии, назначение соответствующих антибактериальных препаратов. Необходима коррекция нарушений уродинамики;
2. Обработка мочевых катетеров дезинфицирующими растворами и соблюдение асептики;
3. Соблюдать диету (ограничить острые и солёные блюда, увеличить количество потребляемой жидкости);
4. Мужчинам при наличии хронического простатита показана длительная вторичная профилактика;
5. Ограничить тяжёлые физические нагрузки;
6. Санаторно-курортное лечение в период ремиссии, фитотерапия» [1].

#### **1.4. Лечение, сестринский уход и осложнения при пиелонефрите**

Как правило, лечение проводится амбулаторно, госпитализация необходима только в серьезных случаях.

«В острый период заболевания назначают постельный режим до улучшения самочувствия и состояния больного, нормализации температуры тела, как правило, на 3-5 дней» [3].

«Необходима госпитализация в нефрологическое (при гнойном пиелонефрите – в урологическое) отделение. Назначают постельный режим, обильное питьё по несколько стаканов минеральной или обычной воды.

Применяют антиспастические препараты при резких болях, они уменьшают спазм и улучшают отток мочи (платифиллин, папаверин, экстракт белладонны)» [9].

«Бактериологическое исследование мочи рекомендую провести прежде, чем начнут проводить антибактериальную терапию, выявить бактериальную флору и определить ее чувствительность к тому или иному антибиотику.

Основное правило антибактериальной терапии – назначение оптимальных доз, раннее начало и достаточная ее продолжительность.

Антибиотики назначают широкого спектра действия, если определить чувствительность микрофлоры невозможно (сумамед, вибрамицин, ванкомицин, ристомидин и другие). Если улучшение не наступает, то прибегают к оперативному лечению (при абсцессе, карбункуле почки)» [2].

После стационарного лечения еще проводится амбулаторное лечение в течение 6 месяцев, с целью предотвращения перехода острого пиелонефрита в хроническую форму.

«В период обострения пациенты с хроническим пиелонефритом госпитализируются: с первичным – в терапевтическое или нефрологическое отделение, с вторичным – в урологическое. До исчезновения симптомов назначается постельный режим.

Диета (Приложение 2) – исключаются острые приправы и блюда, наваристые бульоны, крепкий кофе. При всех формах рекомендуется включать в диету арбузы, дыни, тыкву. Рекомендуется принимать 2-3 литра жидкости, при отсутствии противопоказаний» [9].

«Используются препараты, корригирующие кровообращение в почке (курантил, трентал), лекарственные растения, физиотерапия. Симптоматическое лечение включает гипотензивные препараты, диуретики, препараты железа, гемостатики» [8].

Методы немедикаментозного лечения – УФО крови, плазмаферез, санаторно – курортное лечение.

При хроническом пиелонефрите прогноз для жизни благоприятен. Прогноз ухудшается при: несвоевременно начатой антибактериальной терапии; частом рецидивировании; лечении только фитопрепаратами.

«Хронический пиелонефрит относят к хроническим прогрессирующим болезням почек, однако темп необратимого ухудшения функций почек при хроническом необструктивном пиелонефрите значительно медленнее, чем при других хронических прогрессирующих нефропатиях. Терминальная почечная

недостаточность развивается спустя десятилетия от начала заболевания, у многих пациентов не формируется вообще» [11].

Сестринский уход при пиелонефрите:

- контроль за соблюдением полупостельного или постельного режима в острый период заболевания с постепенным его расширением;
- обеспечение полного сна и отдыха; ограничить физическую активность; эти меры способствуют снижению АД, выраженности общей слабости, утомляемости;
- наблюдение за клиническими проявлениями заболевания, в первую очередь за отёками: ежедневное измерение количества выпитой и выделенной жидкости, АД, пульса;
- выявление осложнений - развитие почечной недостаточности, информировать об этом врача;
- выявление побочных эффектов лекарственных препаратов, а также контроль за соблюдением лечения и диеты, назначенных врачом;
- обучение пациента или его родителей навыкам контроля за общим состоянием больного, включая определение АД, пульса, величины диуреза;
- профилактика обострения пиелонефрита, информирование о ее способах;
- санация хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы и др.), раннее выявление и лечение острых инфекционных заболеваний (ангина, острые респираторные заболевания и др.).

У таких пациентов обязательно необходимо контролировать суточный диурез. Пациент с помощью медицинского персонала или самостоятельно ежедневно должен определять диурез, медицинская сестра - фиксировать его в температурном листе, записывая количество мочи в миллилитрах. При подсчёте объёма выпитой жидкости учитывают не только суп, соки, чай, но и жидкость, принятую пациентом с лекарством, а также введённую парентерально. Выделяемую пациентом мочу, сливают в мерную банку и в

конце суток её количество суммируют. Подсчитывают отдельно количество выпитой жидкости и затем сравнивают его с показателями диуреза. Диурез называют отрицательным, при преобладании количества выпитой жидкости над количеством выделенной мочи. Если количество выделенной мочи больше или равно количеству выпитой жидкости, диурез называют положительным [6].

«Пациенты с нарушением мочеиспускания требуют большого внимания. Палата, в которой пациент находится, должна быть хорошо отапливаема - при охлаждении, особенно ног, мочеиспускание учащается. Пациенту с энурезом матрас следует покрыть клеёнкой, сверху неё расстелить простыню. При частом мочеотделении необходимо выдать пациенту пелёнки, чтобы прокладывать ими промежность; в настоящее время с этой целью применяют специальные памперсы для взрослых. Кожу пациента следует мыть осторожно детским мылом; кожу кистей, стоп и в физиологических складках следует ежедневно смазывать детским кремом. При недержании мочи каждый раз после опорожнения следует подмывать пациента для профилактики развития пролежней и предупреждения инфицирования кожи» [7].

#### Осложнения при пиелонефрите

##### «Осложнения острого пиелонефрита:

- сепсис («заражение крови»);
- острая почечная недостаточность (ОПН) – это быстрое, острое прекращение деятельности почек вследствие тяжёлого поражения большей почечной ткани;
- рубцевание почки» [9].

Симптомы хронического пиелонефрита часто не очень выражены, люди могут не предъявлять жалоб. Обычно болезнь течет волнообразно, выделяются фазы обострения и ремиссии. По симптоматике обострение может быть похоже на острый пиелонефрит, но порой его путают с другими заболеваниями (например, простудными) из-за преобладания общих, а не местных симптомов.

##### «Осложнения хронического пиелонефрита:

– прогрессирующая почечная недостаточность – это состояние, при котором в результате прогрессирующего заболевания почек происходит постепенная гибель почечной ткани. Из-за этого нарушается постоянство всей внутренней среды организма, что приводит к неправильной работе всех органов и тканей;

- гипертония;
- белок в моче (протеинурия);
- фокальный гломерулосклероз (очаги склероза почечных клубочков);
- прогрессирующее рубцевание почки;
- пионефроз (гнойное расплавление);
- ксантогрануломатозный пиелонефрит» [7].

«Ксантогрануломатозный пиелонефрит – редкий вид болезни, при которой деструктивные изменения проходят через все ткани почки» [11]. Он развивается обычно на фоне мочекаменной болезни, иммунных нарушений или обструкции мочевых путей, имеет хроническое течение. При гистологическом исследовании иногда его путают с раком почки. Лечение хирургическое, приходится орган удалять.

«Пиелонефрит, лечение, которого не было проведено, переходит в терминальную стадию: больная почка полностью заполняется гноем и продуктами тканевого распада – наступает пионефроз. В данном случае потребуется удаление почки. При правильно проведенном оперативном вмешательстве и соблюдении пациентом всех предписаний врача, прогноз благоприятный. Характерно это заболевание больше для пациентов старше 40 лет. У детей практически оно не встречается» [3].



## **ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА**

### **2.1. Цель и методы исследования**

Целью данного исследования являлось установление роли медицинской сестры в уходе за пациентами с пиелонефритом.

Опрос проводился методом анонимного анкетирования.

Опрашивались пациенты, страдающие пиелонефритом.

В исследовании принимали участие пациенты урологического отделения ОГБУЗ «Городской больницы №2 г. Белгорода» в количестве 30 человек. Им была предложена анкета респондента (Приложение 1), позволяющая сформировать социальный портрет опрашиваемых, получить информацию о факторах риска.

Процедура проведения исследования:

Респондентам была предложена анонимная анкета, состоящая из 23 вопросов, предназначенных выявить информированность пациентов о деятельности медицинских сестер и профилактике пиелонефрита. Они должны были отвечать на вопросы самостоятельно, выбирая один из предложенных вариантов ответа, ориентируясь на оценку своего самочувствия и активности. Полученные ответы оценивались в процентах.

### **2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования**

Возраст опрашиваемых пациентов распределился следующим образом: 18 – 25 лет – 9%, 26 – 35 лет – 16%, 34 – 45 лет – 39%, 46-55 лет – 31%, старше 55 – 5 % (Рис.1).

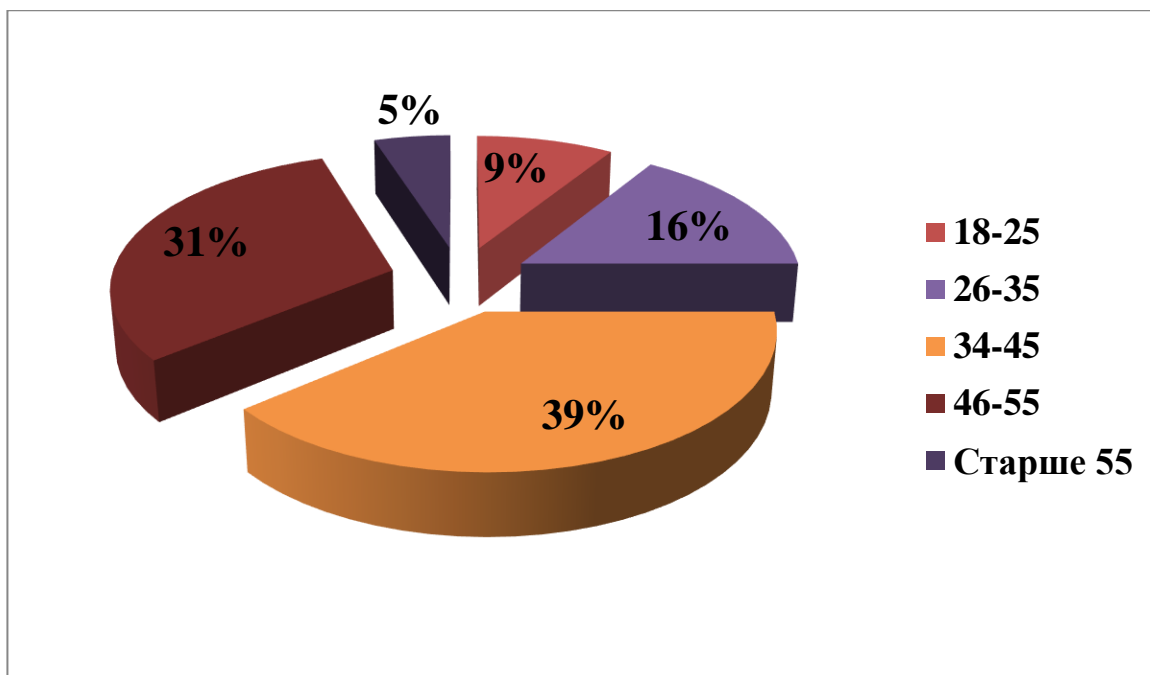


Рис. 1. Распределение по возрасту

По полу респонденты распределились следующим образом: мужской - 32%, женский – 68% (Рис.2).

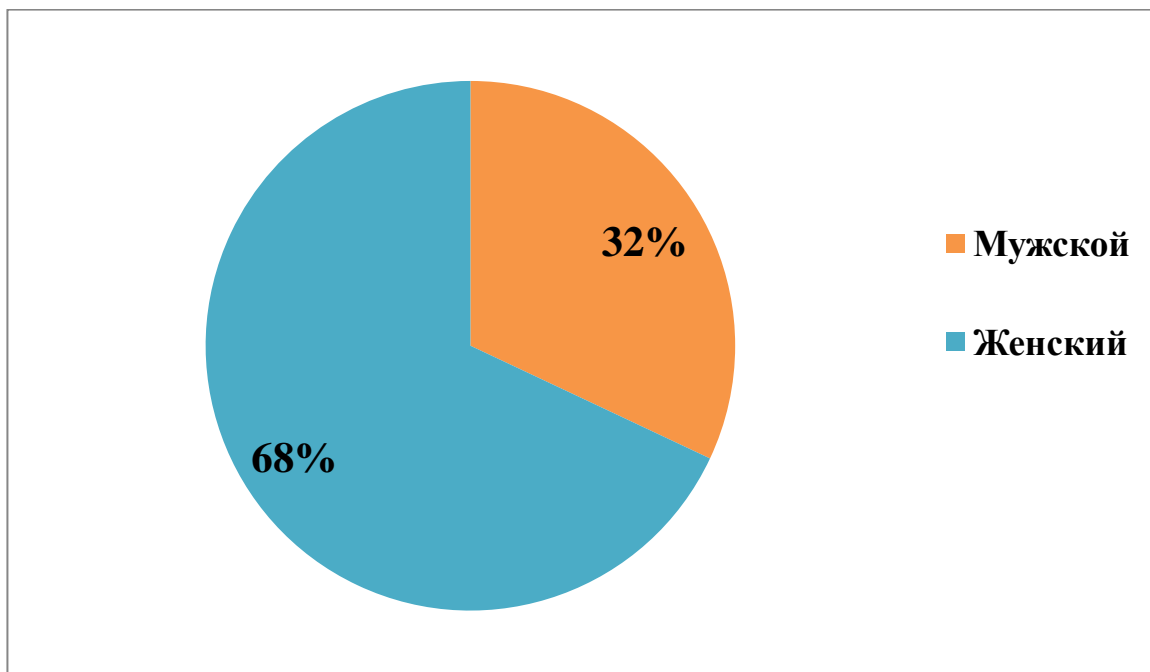


Рис. 2. Распределение по полу

Вес опрошиваемых был распределён следующим образом: 50-55 кг – 6%, 60-70 кг – 24%, 80 - 90 – 40%, 100 и больше – 30% (Рис.3).

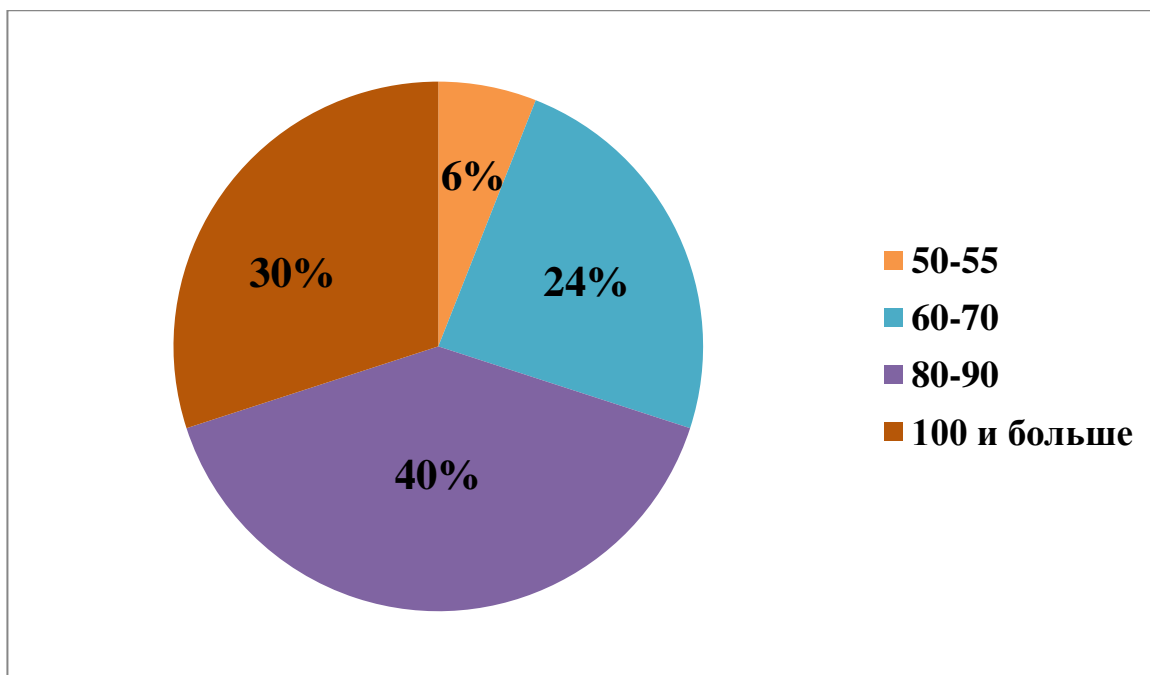


Рис. 3. Распределение респондентов по весу

По месту проживания респонденты распределились следующим образом: город – 70%, село – 17%, ПГТ – 13% (Рис. 4).

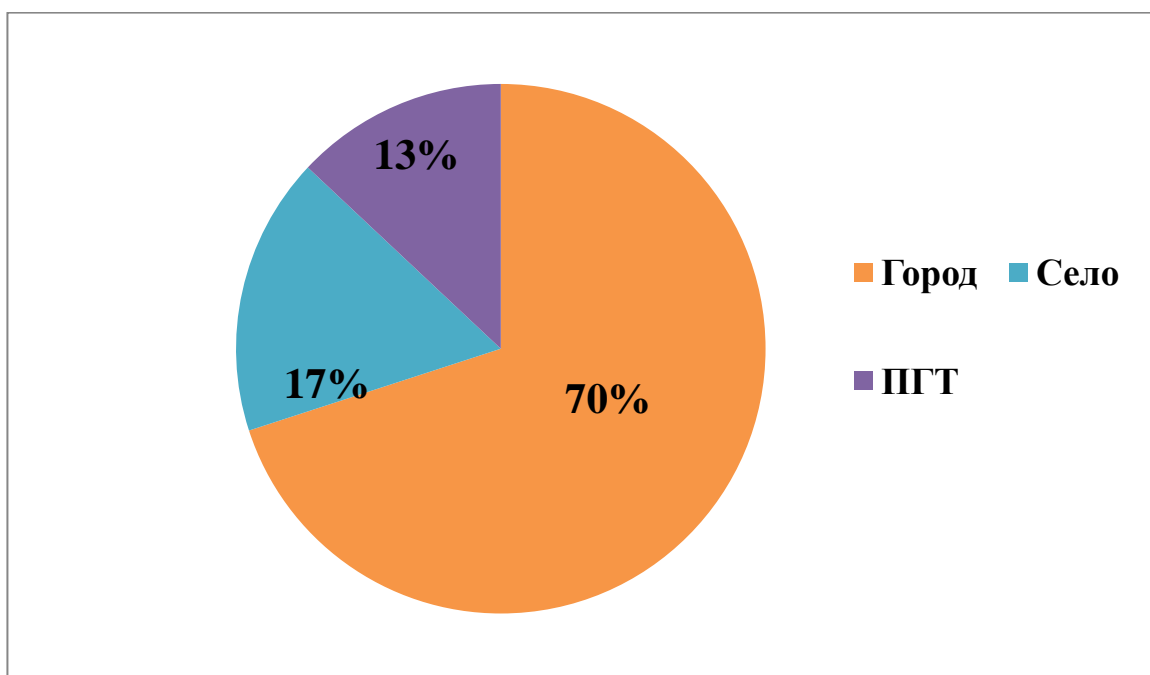


Рис. 4. Распределение по месту жительства

Исследуемые категории пациентов по уровню образования распределились следующим образом: 55% опрошиваемых имеют высшее образование, 30 % - среднее специальное и 15 % - среднее образование (Рис. 5).

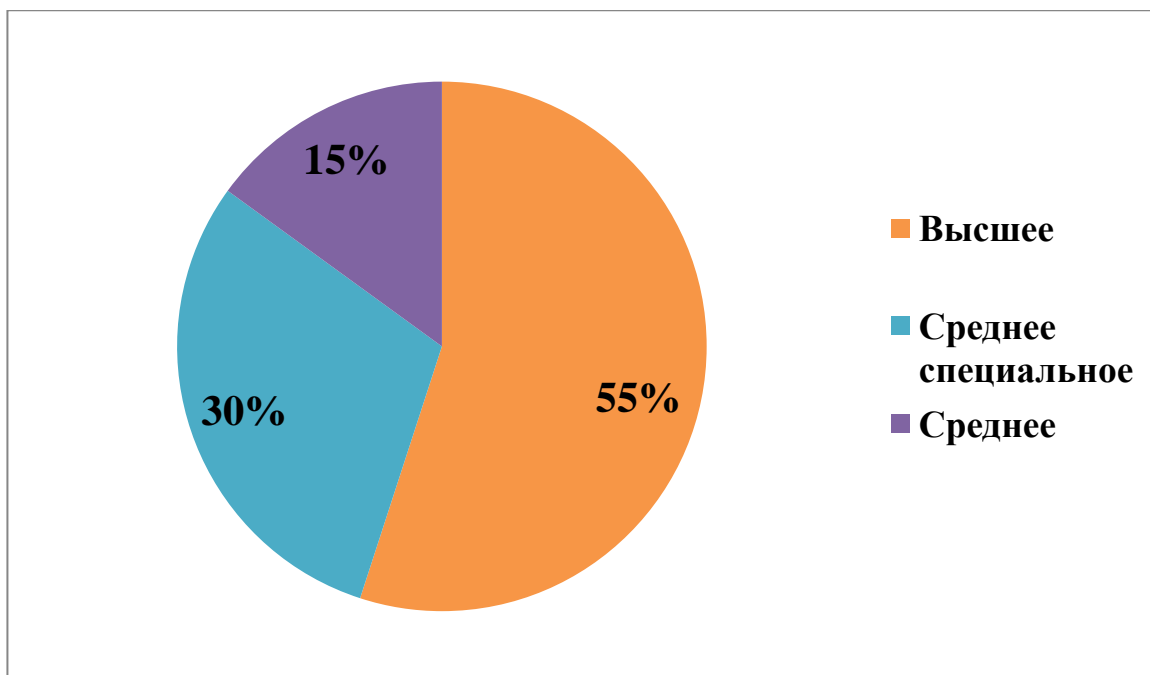


Рис. 5. Распределение по уровню образования

Семейное положение респондентов, принимавших участие в исследовании, выглядит следующим образом: состоят в браке - 74% опрошенных, вне брака - 16% опрошенных, в разводе 10% (Рис. 6).

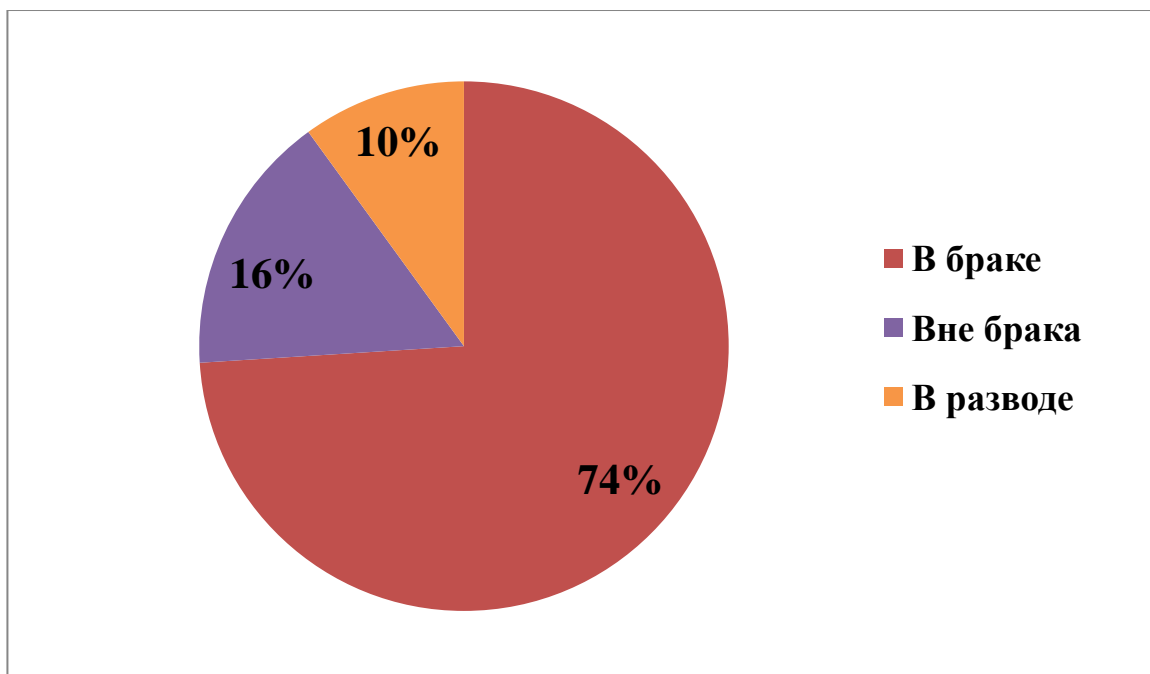


Рис. 6. Распределение по семейному положению

Пациенты распределились по наличию профессиональных вредностей следующим образом: имеют – 64 %, не имеют – 36% (Рис. 7).

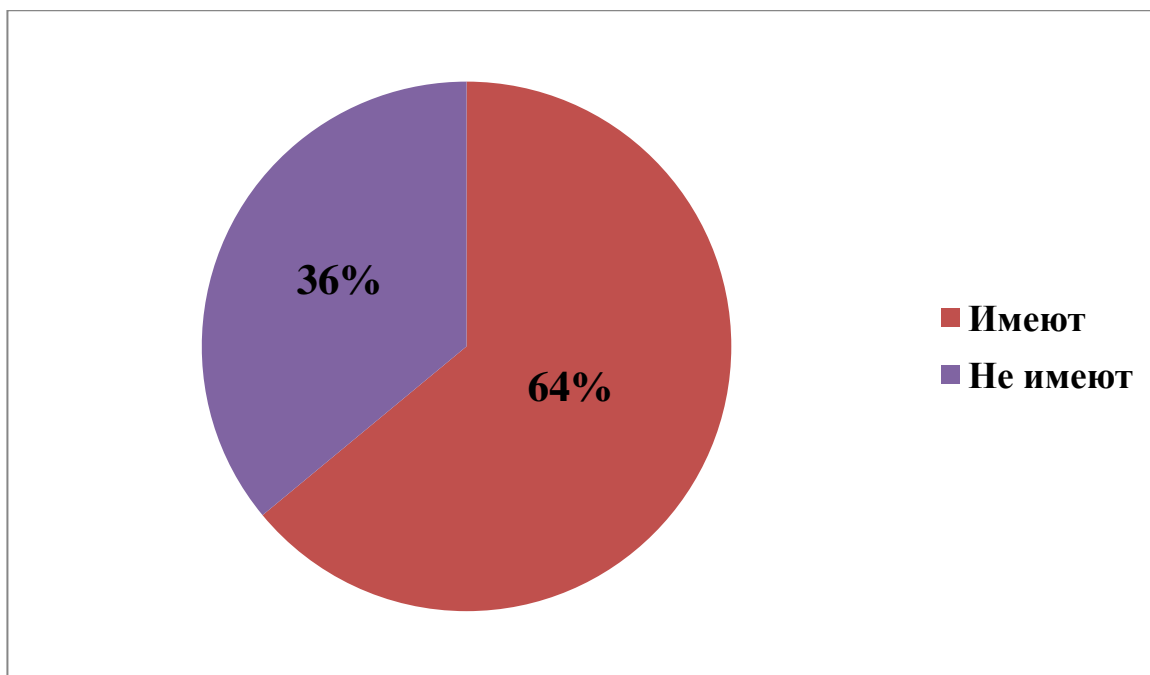


Рис. 7. Наличие профессиональных вредностей

Распределение опрошенных по наличию стресса: имеют – 73%, не имеют – 27% (Рис. 8).

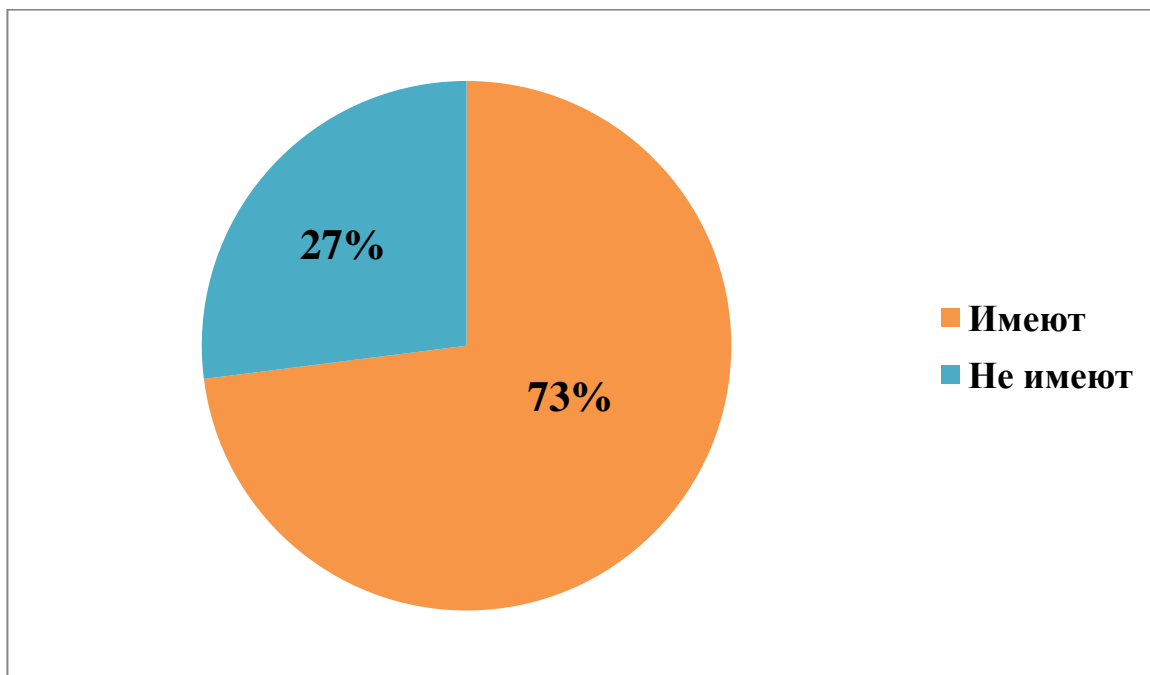


Рис. 8. Распределение по наличию стресса

Отношение к курению: курю – 67%, курю иногда – 11%, не курю – 22% (Рис. 9).

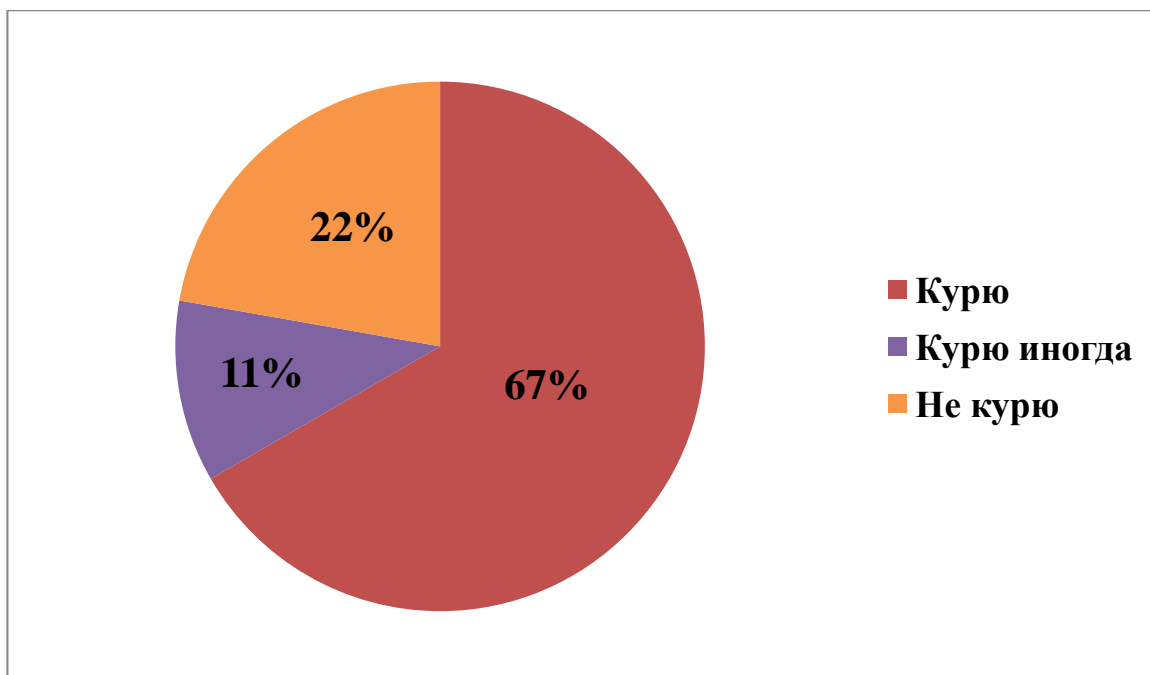


Рис. 9. Отношение к курению

На вопрос «Употребляете ли Вы алкоголь» пациенты ответили: употребляют часто – 56%, не употребляют – 14%, употребляют иногда – 30% (Рис. 10).

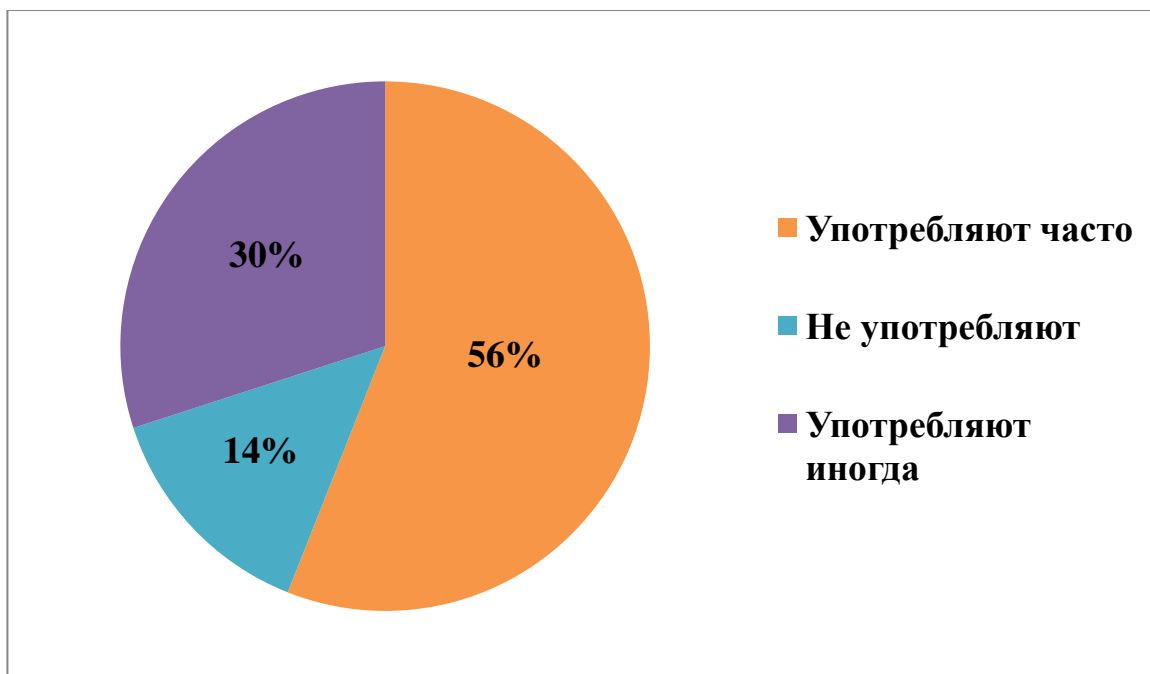


Рис. 10. Отношение к алкоголю

На вопрос: «Соблюдаете ли Вы амбулаторное лечение?» 69% ответили «Да» и 31%; ответили «Нет» (Рис. 11).

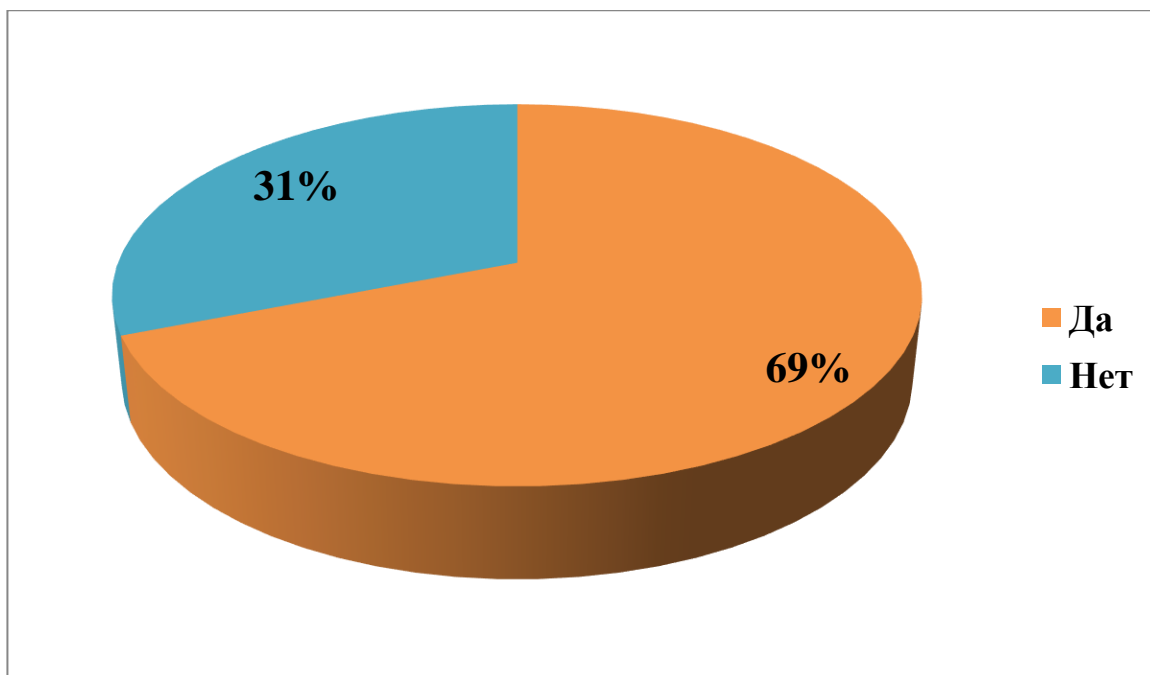


Рис. 11. Распределение по соблюдению амбулаторного лечения

По частоте физических нагрузок респонденты распределились следующим образом: низкая – 50%, умеренная – 30%, высокая – 20% (Рис. 12).

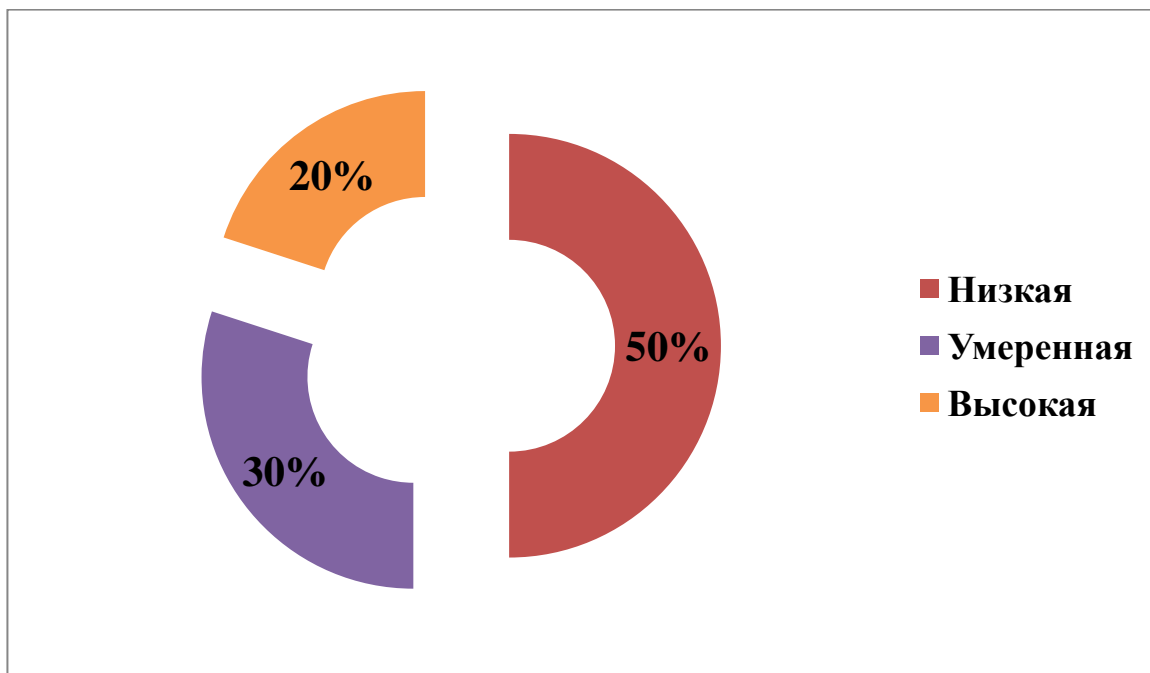


Рис. 12. Распределение респондентов по частоте физических нагрузок

На вопрос: «Беспокоят ли Вас боли в пояснице?» 69% ответили «Да», 22% ответили «Иногда» и 9% ответили «Нет» (Рис. 13).

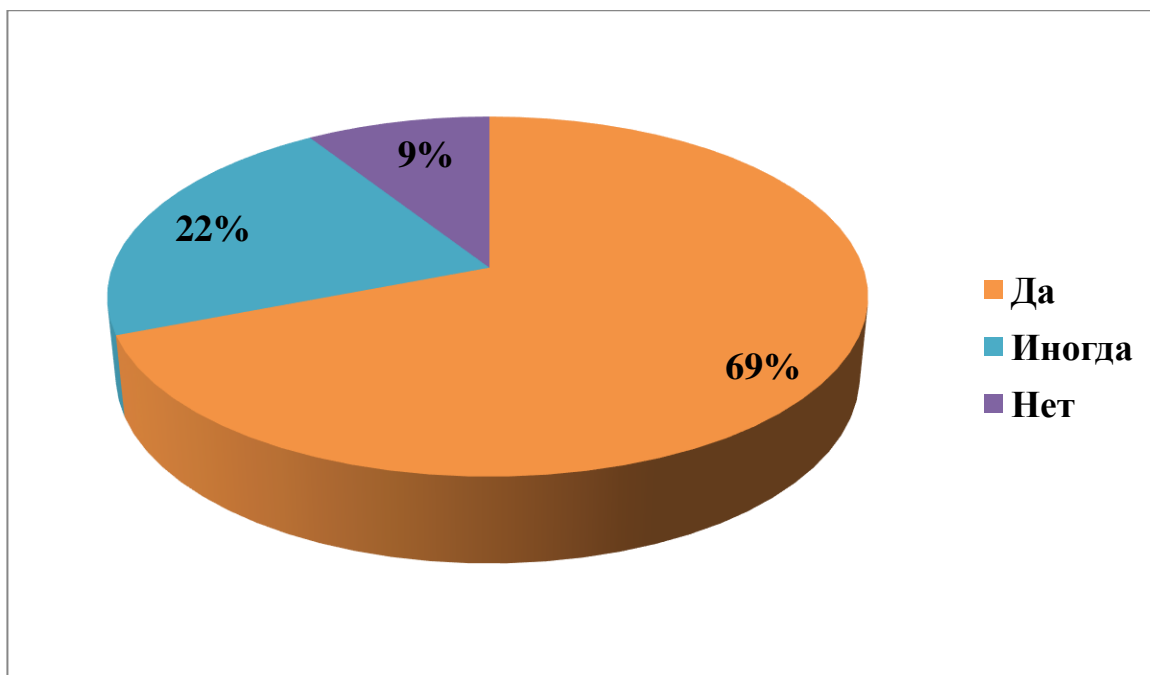


Рис. 13. Распределение по наличию болей в пояснице

По частоте возникновения обострений, результаты распределились следующим образом: 22% - 1 раз в год, 28% - 2 раза в год, 44% - 3 раза в год, 6% - более 3 раз в год (Рис. 14.).

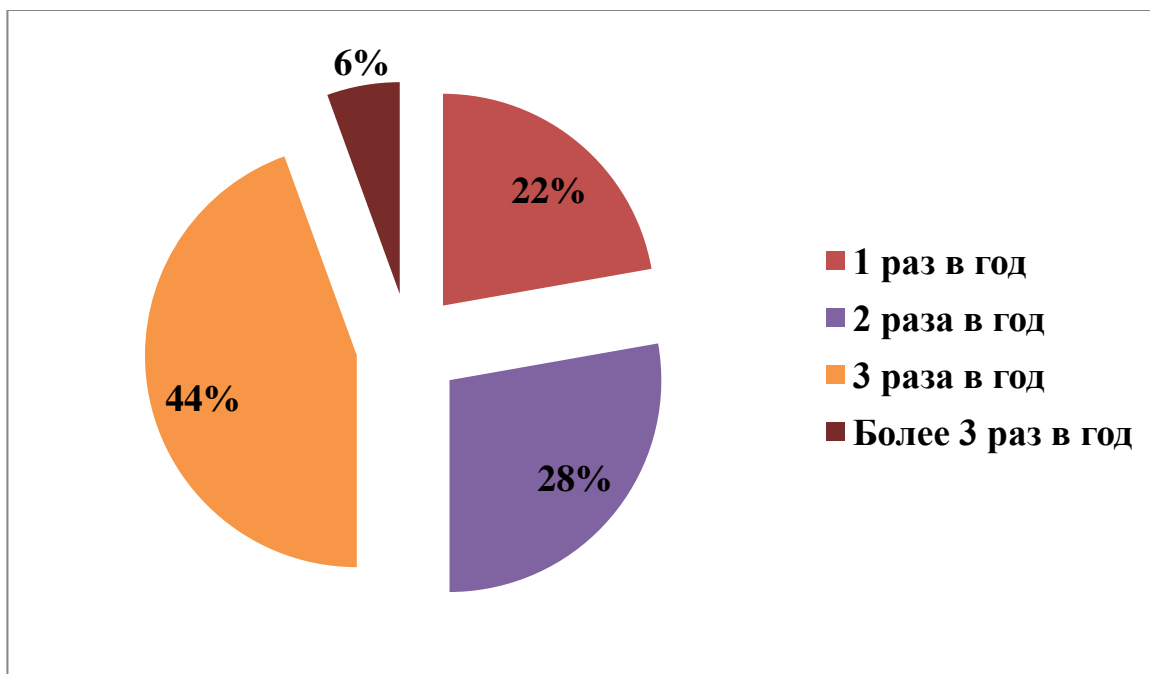


Рис. 14. Распределение по частоте возникновения обострений



На вопрос: «Чем сопровождается заболевание?» 30% отметили болезненное мочеиспускание, 25% - наличие крови в моче, 15% - повышение артериального давления и 30% отметили появление отеков (Рис. 15).

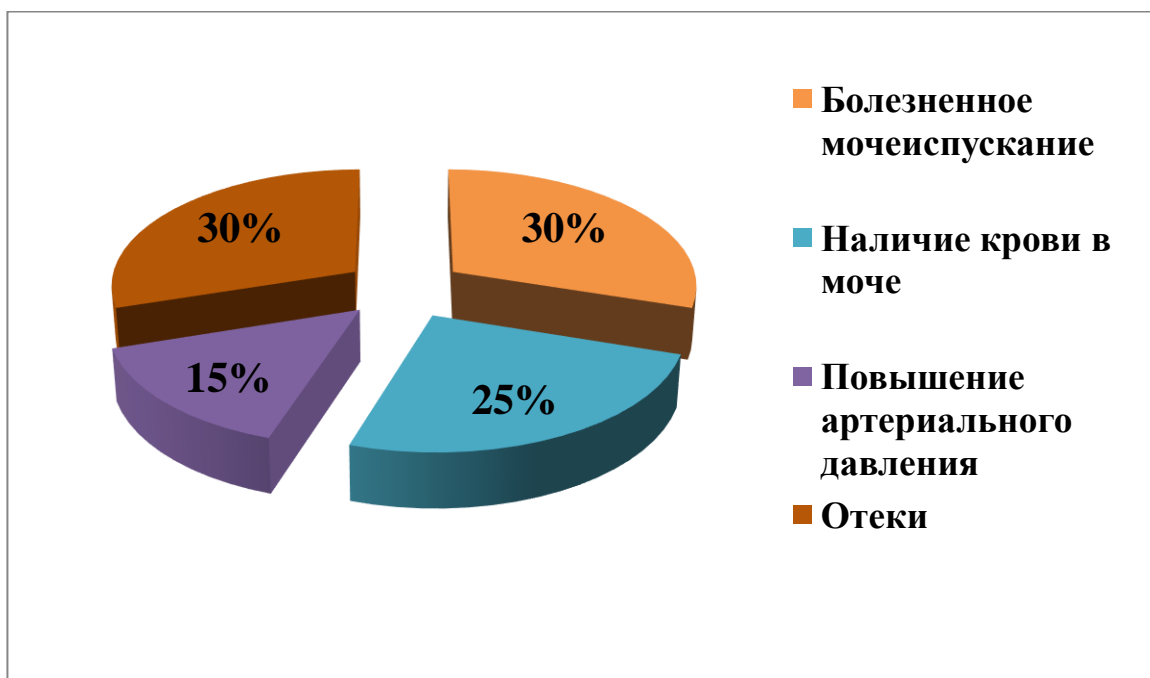


Рис. 15. Распределение по наличию симптомов, сопровождающих заболевание

По соблюдению диеты респонденты распределились следующим образом: соблюдают – 20%, иногда соблюдают – 30%, не соблюдают – 50% (Рис. 16).

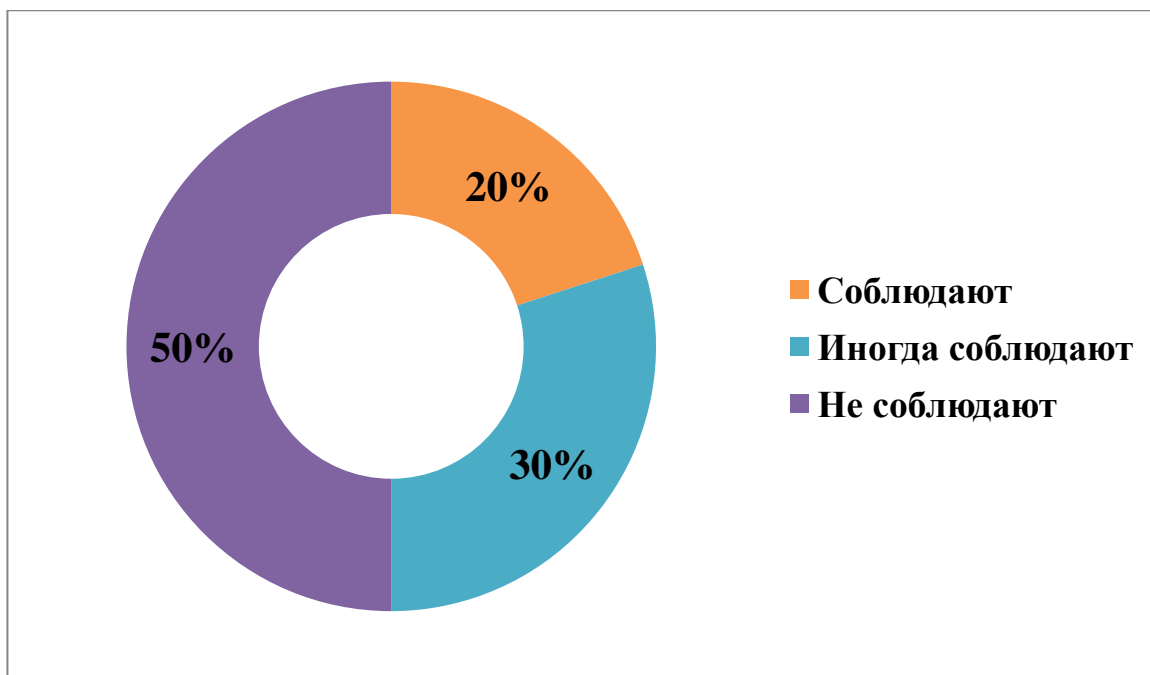


Рис. 16. Распределение по соблюдению диеты

На вопрос: «Необходима ли Вам помощь медицинского персонала в соблюдении диеты?» 80% пациентов ответили «Да» и 20% ответили «Нет» (Рис. 17).

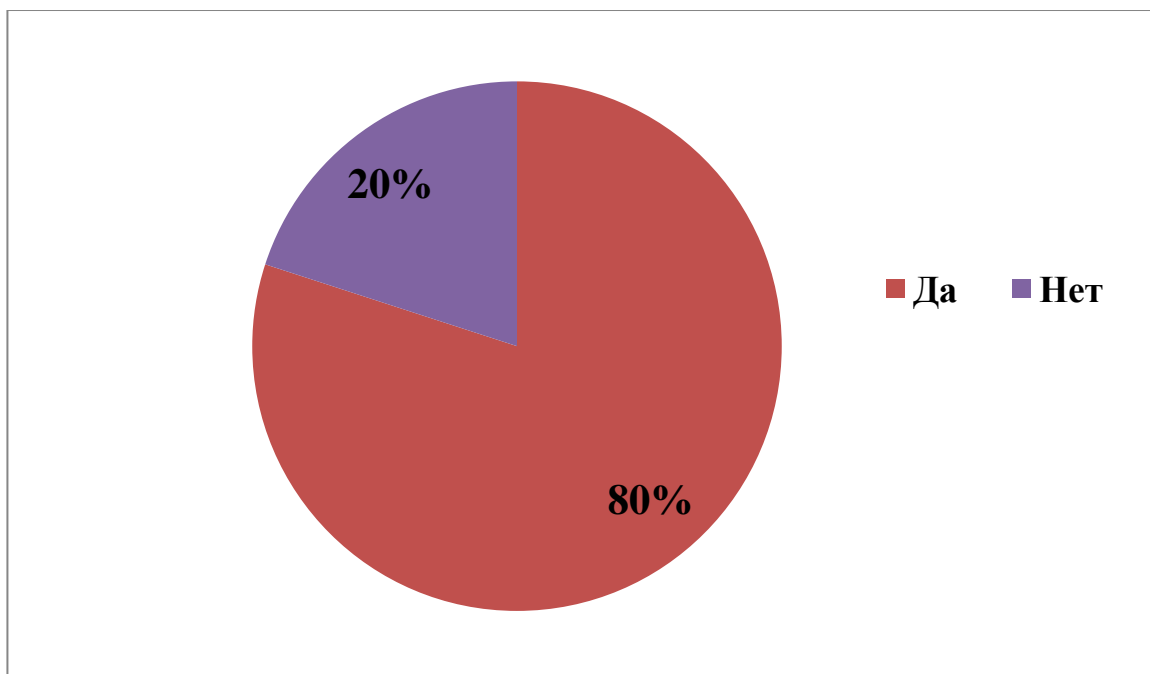


Рис. 17. Распределение по наличию необходимости в помощи медперсонала в соблюдении диеты

По отношению к помощи медработников в соблюдении диеты результаты распределились следующим образом: 87% респондентов относятся положительно, 3% относятся негативно и 10% - нейтрально (Рис. 18).

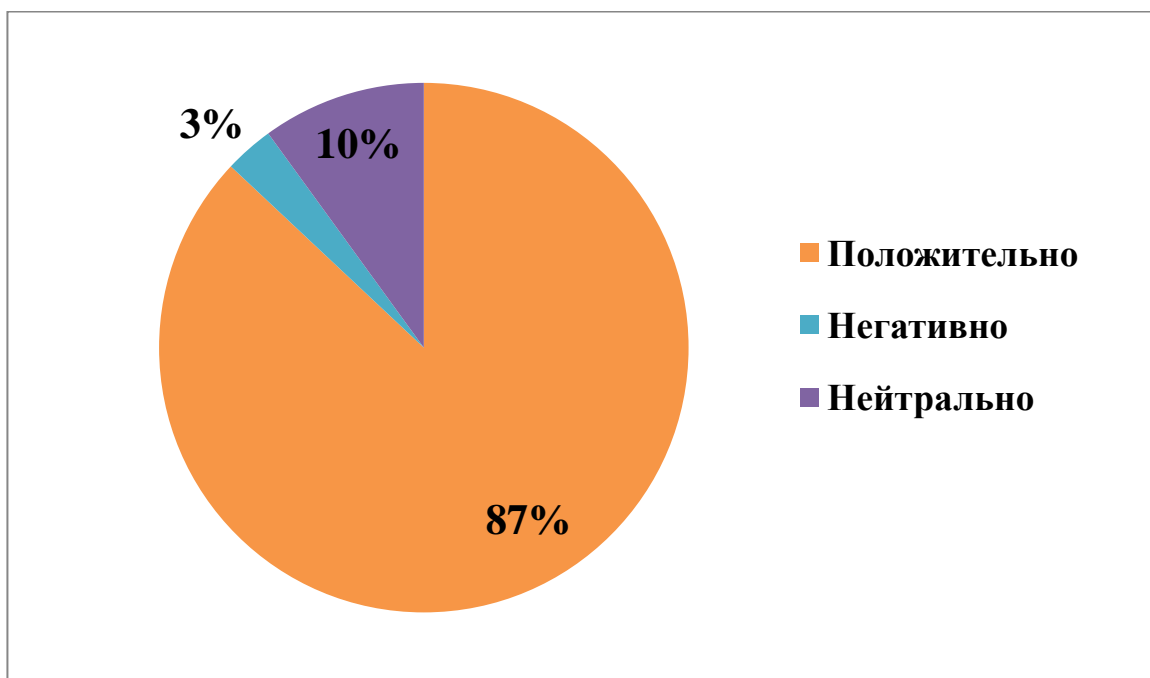


Рис. 18. Распределение по оценке эффективности помощи медработника в соблюдении диеты

На вопрос: «Как часто Вы употребляете в пищу продукты, запрещенные диетой?» 54% ответили «Часто», 42% ответили «Редко» и 4% - не употребляют (Рис. 19).

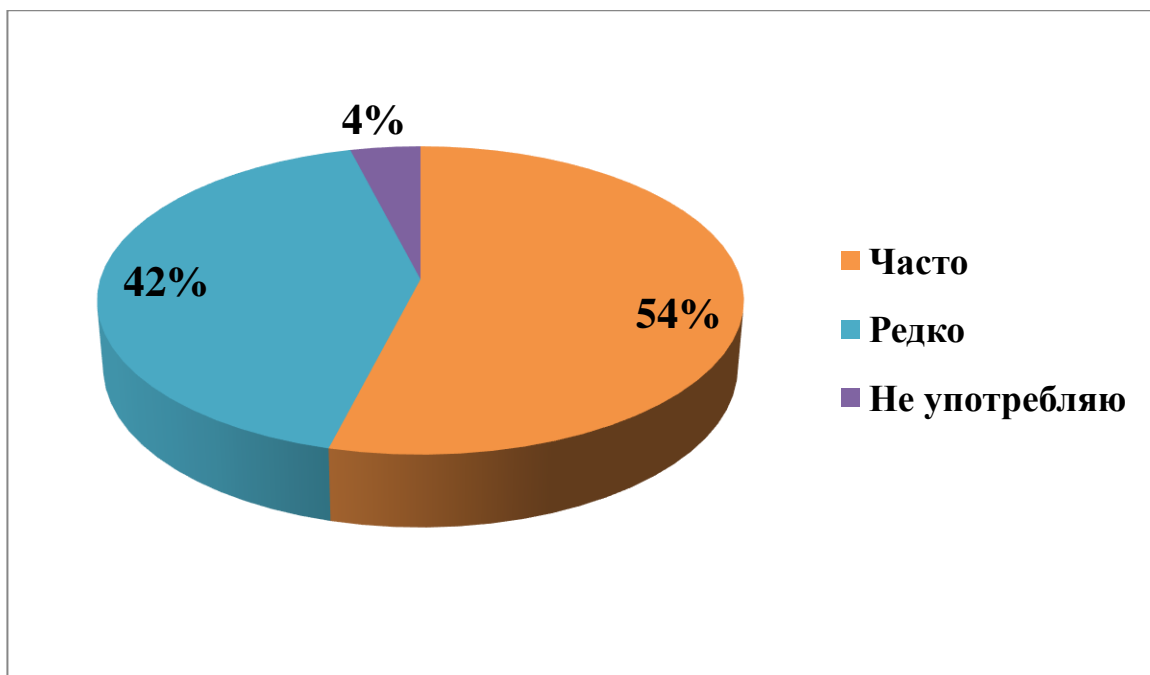


Рис. 19. Распределение по частоте употребления запрещенных продуктов

На вопрос «Объясняли ли Вам м/с особенности диеты при пиелонефрите», 84% ответили «Да», 15% ответили «Нет» (Рис. 20).

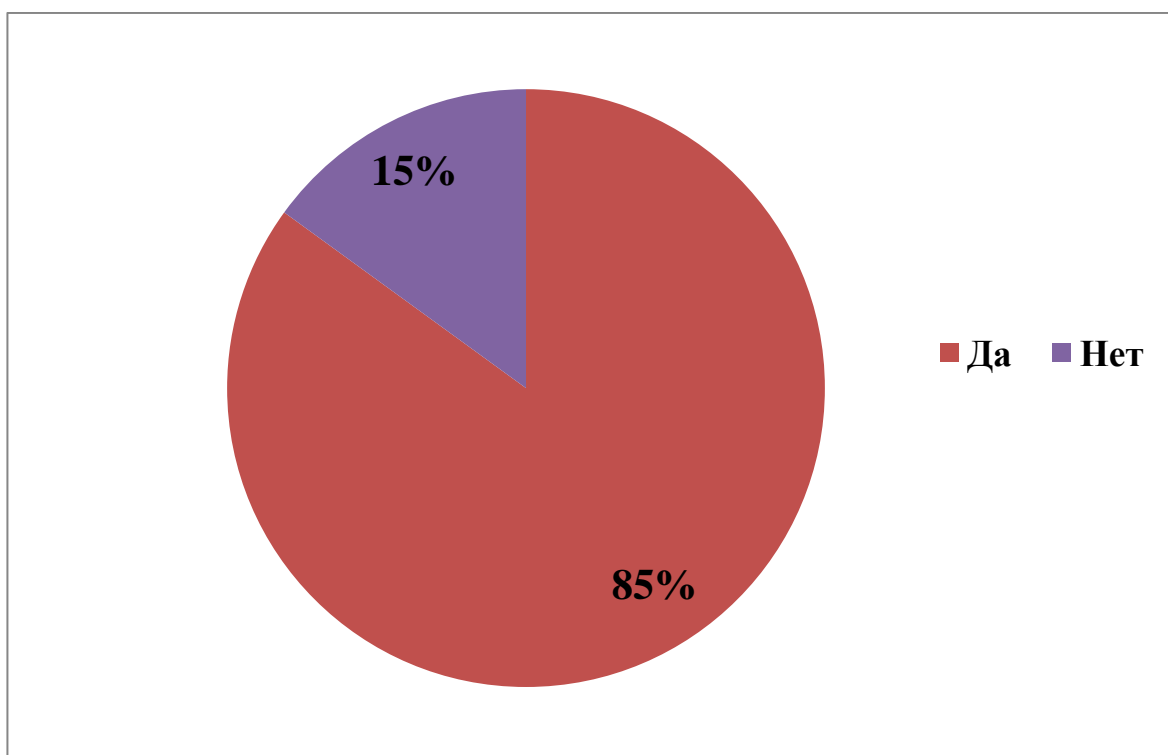


Рис. 20. Распределение по осведомленности об особенностях диеты

На вопрос: «Как часто Вы проходите диспансеризацию в поликлинике?»  
2 раза в год – 5%, 1 раз в год – 15%, 1 раз в 3 года – 67%, не прохожу – 13%  
(Рис. 21).

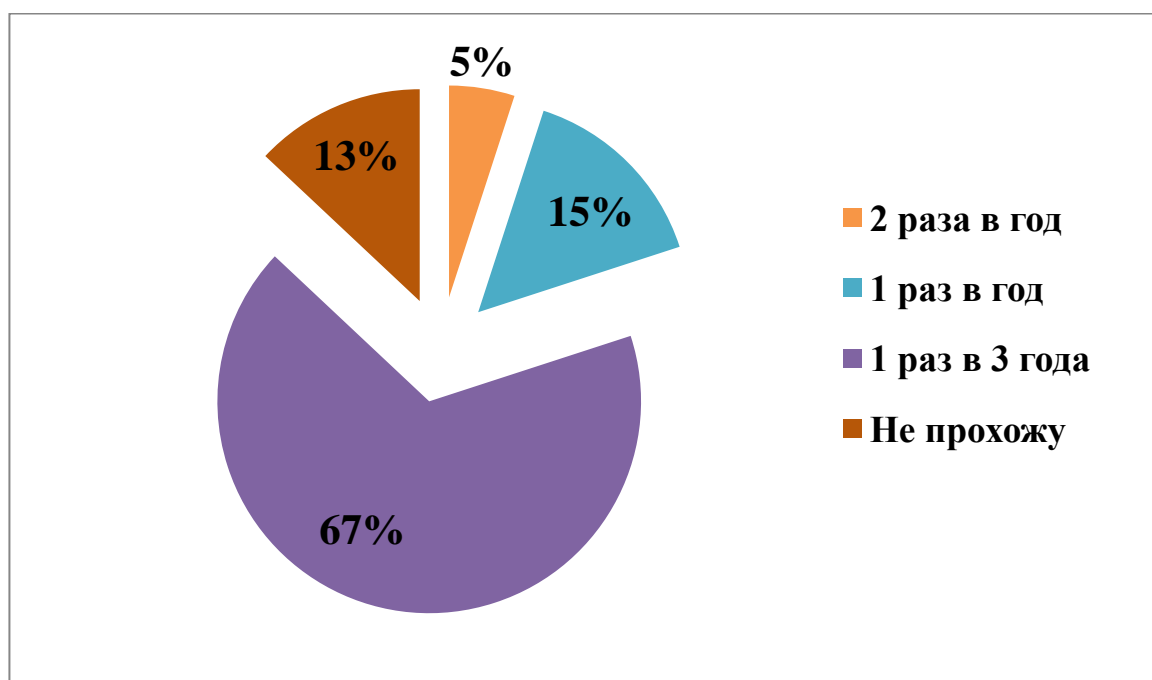


Рис. 21. Распределение по частоте прохождения диспансеризации

По информированию о заболевании респонденты распределились следующим образом: 40% респондентов узнали о пиелонефрите от медицинской сестры; 10% респондент из интернета; 40% – от друзей, коллег, родственников; 10% респондент из книг, газет, памяток (Рис. 22).

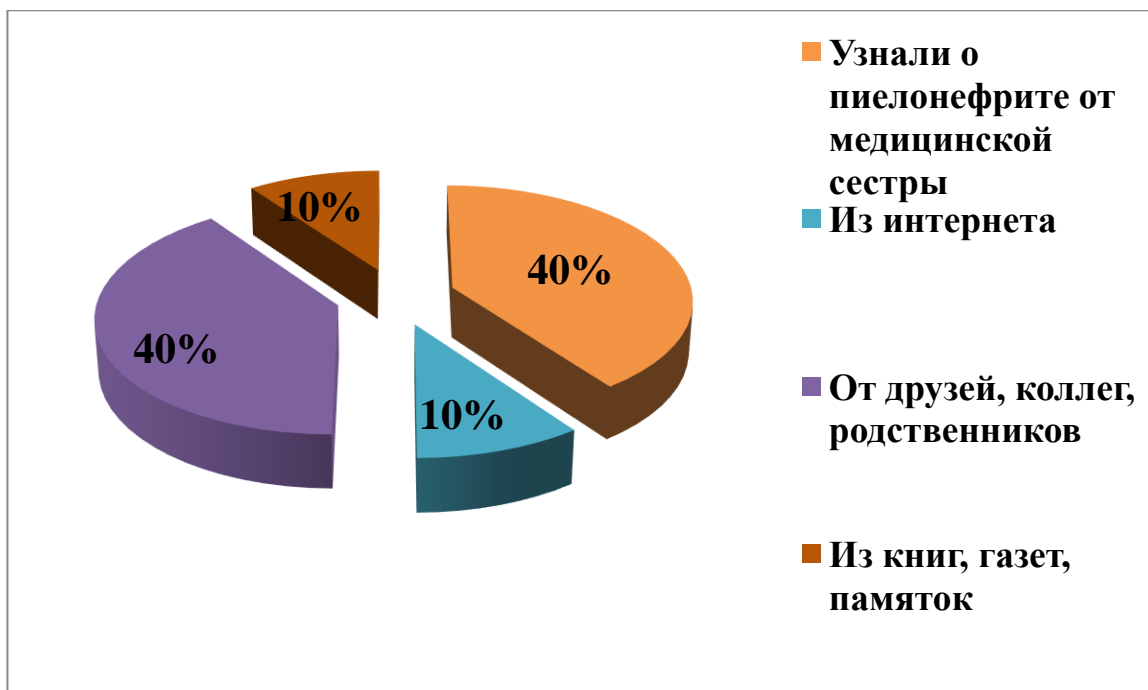


Рис. 22. Распределение по информированию о заболевании

На вопрос «Удовлетворены ли Вы сестринским уходом», 80% ответили «Да», 20% ответили «Нет» (Рис. 23).

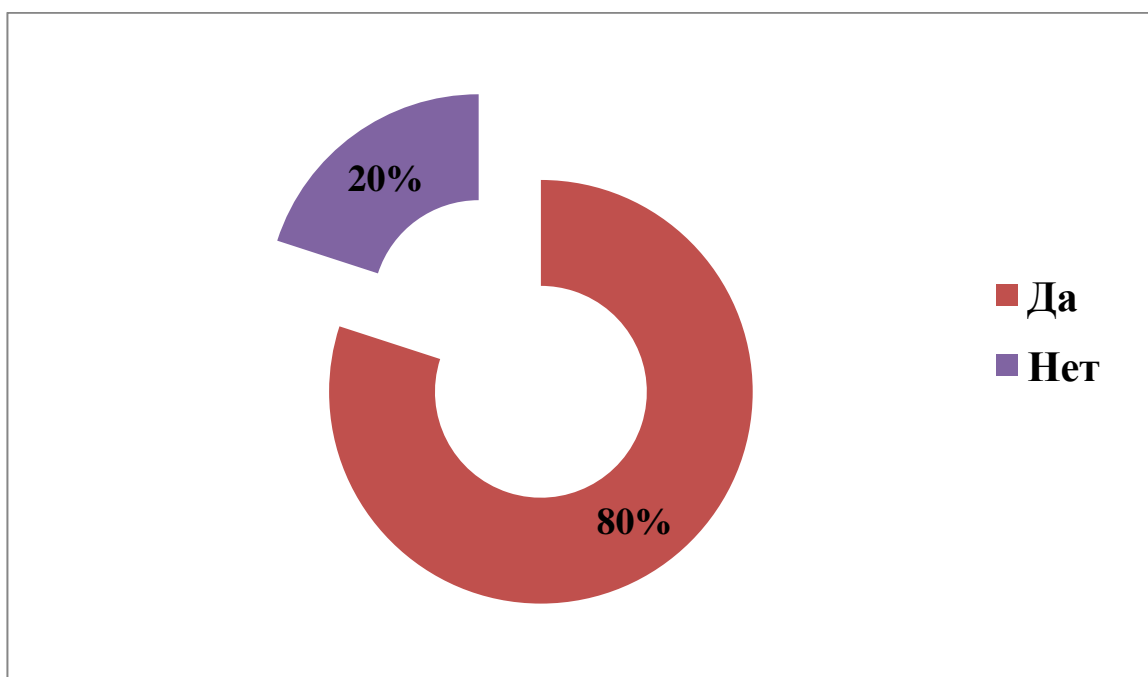


Рис. 23. Удовлетворены ли Вы сестринским уходом

Из проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Большинство пациентов (68%) с пиелонефритом - женщины.

2. Большая часть пациентов (39%) находятся в возрастном периоде от 34 до 45 лет.

3. Так же мы выяснили, что наибольшая часть пациентов (64%) имеют профессиональные вредности и ведут не здоровый образ жизни, имея вредные привычки.

4. Большая часть пациентов (50%) имеет низкую физическую активность.

5. У 50% пациентов обострения возникают 3 раза в год и более.

6. Так же мы выяснили, что наибольший процент пациентов (50%) не соблюдают диету.

7. 67% пациентов проходят диспансеризацию 1 раз в 3 года.

В итоге мы можем определить группу риска, это женщины в возрасте от 34 до 45 лет, ведущие не здоровый образ жизни и имеющие низкую физическую активность.

### **2.3. Рекомендации пациентам с пиелонефритом**

Пациентам с пиелонефритом рекомендуется:

1. Проходить регулярно медицинское обследование;
2. Не злоупотреблять большим количеством соли в пищу;
3. Ограничить потребление вредной пищи;
4. Контролировать свой суточный диурез;
5. Соблюдать режим дня (полноценный сон; проветривание помещений; пребывать на свежем воздухе);
6. Пищу употреблять в отварном виде или на пару;
7. Умеренная физическая нагрузка;
8. Не курить, ограничить потребление алкоголя;
9. Относиться со всей серьезностью к своему здоровью и выполнять все назначения врача;

10. Лечить хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит и тд.).

11. Соблюдать диету.

Разрешается: хлеб чёрствый, вегетарианские супы, нежирные отварные мясные и рыбные блюда, овощи (капуста, картофель, свекла, морковь, помидоры, тыква, кабачки), разнообразные крупы, яйца всмятку.

Запрещаются: любые жареные и острые блюда, копчености (ветчина, колбасы), наваристые супы, пряности, консервы, соленые и маринованные овощи, майонез, горчица, кетчуп, чеснок, бобовые, лук, газированные напитки и алкоголь.

#### **2.4. Рекомендации медицинским сёстрам, осуществляющим уход за пациентами с пиелонефритом**

Медицинская сестра должна:

1. Уметь работать в напряженных условиях;
2. Иметь способность к самоконтролю;
3. Иметь хорошую наблюдательность и память;
4. Быть терпеливой и выдержанной, доброжелательной и приветливой, ответственной и тактичной, внимательной и добросовестной;
5. Проводить с пациентами и их родственниками беседы о профилактике осложнений пиелонефрита;
6. Контролировать строгое выполнение всех назначений врача;
7. Проводить беседы о соблюдении необходимой диеты.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проделанной работы была выявлена актуальность проблемы заболевания пиелонефрита среди населения и значение медицинской сестры в уходе за пациентами.

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрел независимость в медицинской помощи.

Главная роль в приобретении независимости пациента принадлежит медицинской сестре, которая сочетает в себе не только приветливость, милосердие, организаторские способности, порядочность, профессиональную компетентность. Она здесь занимает ведущее положение, выступает и как исполнитель, и как организатор.

Были выполнены все поставленные задачи.

Таким образом, можно сделать вывод, что медицинские сестры проводят профилактику пиелонефрита, благодаря которой в будущем возможно снижение заболеваемости.

Несмотря на успехи в лечении и профилактике, пиелонефрит по-прежнему остается распространенным заболеванием и является причиной нетрудоспособности и смертности.

Самой главной проблемой ухода при хроническом пиелонефрите является дефицит знаний у пациента о своем заболевании, о возможном неблагоприятном исходе заболевания и мерах его предотвращения, о факторах риска обострений. Распространённой причиной заболевания является халатность больных, не обращение внимания на своё заболевание, вследствие этого нет никакого лечения и, следовательно, развиваются осложнения.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, не только должна знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного.

Лечение пиелонефрита главным образом зависит от тщательного, правильного ухода, соблюдения диеты и режима. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения.

Важной профилактикой заболевания является: медицинская сестра рассказывает о профилактическом лечении пациента, обучает членов семьи организации питания и режима.

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрёл самостоятельность в медицинской помощи.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аляева, П.В., Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с.;
2. Глыбочко П. В., Урология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-2590-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425909.html>;
3. Запруднов, А.М., Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс] : учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования/ Запруднов А. М., Григорьев К. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-4186-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441862.h>;
4. Лопаткин, Н.А., Урология [Электронный ресурс] / Н.А. Лопаткин редакциясымен; казакшаға аударған және жау-апты редакторы М.С. Аскарлов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 824 с. - ISBN 978-5-9704-2806-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428061.html>;
5. Лычев, В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4724-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>;
6. Моисеев, В.С., Внутренние болезни. В 2 т. Т.1. [Электронный ресурс] : учебник / Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015;
7. Ослопов, В.Н., Общий уход за больными терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3393-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433935.html>;

8. Смолева, Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Смолева Э.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 473 с. (Среднее профессиональное образование) - ISBN 978-5-222-26339-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263396.html>;
9. Смолева, Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 365 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-28567-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671.html>;
10. Тарасевич, Т.В., Сестринское дело [Электронный ресурс]: учеб. / Т.В. Тарасевич - Минск : РИПО, 2017. - 587 с. - ISBN 978-985-503-646-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036464.html>;
11. Усанова, А.А., Нефрология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Усанова А.А., Гуранова Н.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4958-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449585.html>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**АНКЕТА****Особенности сестринского ухода при пиелонефрите.**

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при сахарном диабете.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

- 1. Возраст \_\_\_; 2. Пол:** а) мужской; б) женский. **3. Вес \_\_\_\_\_;**
- 4. Место жительства:** а) город; б) село; в) ПГТ;
- 5. Образование:** а) высшее, б) среднее специальное, в) среднее;
- 6. Семейное положение:** а) замужем (женат), б) вне брака, в) в разводе;
- 7. Наличие профессиональных вредностей:** а) да; б) нет.
- 8. Наличие стресса:** а) да; б) нет; в) иногда.
- 9. Курение:** а) да; б) нет; в) иногда.
- 10. Алкоголь:** а) да; б) нет; в) иногда.
- 11. Амбулаторное лечение:** а) нет; б) да.
- 12. Физическая активность:** а) низкая, б) изредка, в) высокая.
- 13. Наличие болей в пояснице:** а) да, б) нет, в) иногда.
- 14. Как часто у Вас возникают обострения: \_\_\_\_\_.**
- 15. Чем сопровождается заболевание:** а) болезненное мочеиспускание; б) кровь в моче; в) повышение артериального давления; г) отеки.
- 16. Соблюдение диеты:** а) да, б) нет.
- 17. Помощь медработника в соблюдении диеты:** да, нет, иногда.
- 18. Оценка эффективности помощи медработника в соблюдении диеты:** положительно, негативно, нейтрально.
- 19. Как часто Вы употребляете в пищу продукты, запрещенные диетой:** а) часто, б) редко, в) не употребляю.
- 20. Объясняли ли Вам м/с особенности диеты при пиелонефрите?** 1 – да, 2 – нет.
- 21. Как часто Вы проходите диспансеризацию в поликлинике:** а) 2 раза в год; б) 1 раз в год; в) 1 раз в 3 года; г) не прохожу диспансеризацию;
- 22. Достаточно ли информации о пиелонефрите из общедоступных источников:** а) да; б) нет; в) иногда.
- 23. Удовлетворенность сестринским уходом во время стац. лечения:** а) да; б) нет; в) иногда.

**Благодарим за сотрудничество!**