

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Фармацевтический колледж

«Сестринское дело»

отделение

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

«Сестринский уход за детьми с заболеваниями мочевыделительной системы:

Цистит»

тема

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

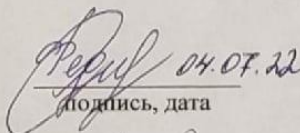
код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.

Раздел. Сестринский уход за больными детьми различного возраста.

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

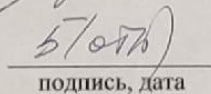
Студент

 04.07.22
подпись, дата

Федирко С.Д.

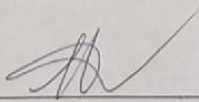
инициалы, фамилия

Преподаватель


подпись, дата

Фукалова Н.В.

инициалы, фамилия

Работа оценена: 
(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2022г.

Оглавление

Введение	3
Определение и этиология цистита	4
Патогенез	5
Клиническая картина.....	7
Диагностика.....	8
Профилактика.....	9
Методы лечения	11
Организация сестринского ухода за детьми с острым циститом	12
Список используемой литературы	15

Введение

Цистит - воспалительное заболевание мочевого пузыря, преимущественно инфекционной этиологии, имеющее острое и хроническое течение.

Целью данной работы является изучение медицинской литературы по теме исследования. В связи с ростом уровня заболеваемости инфекцией мочевого пузыря, большой распространенностью в амбулаторной и больничной практике, высокой частотой рецидивирования, снижением трудоспособности и инвалидизацией больных, а также трудностями диагностики и лечения хронических форм заболевания – актуальность этой проблемы увеличивается.

Объектом исследования являются пациенты нефрологического отделения КГБУЗ КККЦОМД.

Предметом исследования является профессиональная деятельность медицинской сестры нефрологического отделения при работе с детьми, страдающими острым циститом.

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по данным литературных источников о рассматриваемом заболевании, его этиологию и патогенез, клиническую картину, современные методы лечения, профилактику;
2. На основе изученной литературы выявить особенности сестринского ухода за пациентами с острым циститом в раннем возрасте.

Определение и этиология цистита

Цистит – это инфекционно-воспалительное заболевание стенки мочевого пузыря бактериального происхождения. Девочки болеют им в три раза чаще мальчиков, а с возрастом повышается относительный риск развития рецидива. В среднем, рецидивы возникают у 30% девочек в течение одного года после первого эпизода и у 50% – в течение пяти лет после первого эпизода. У мальчиков рецидивы наблюдаются у 15–20% в течение одного года после первого эпизода.

Существуют редкие неинфекционные формы острого цистита, связанные с физическими воздействиями. Например, ионизирующее излучение при прохождении лучевой терапии часто становится причиной острого лучевого цистита.

В большинстве случаев к развитию острого цистита приводит жизнедеятельность бактерий:

- кишечной палочки (*Escherichia coli*) – 70-95 %;
- реже стафилококка (*Staphylococcus spp.*) – 10-20 %;
- клебсиеллы (*Klebsiella pneumoniae*);
- протей (*Proteus mirabilis*).

Патогенез

Проникновение патогенных микроорганизмов в мочевой пузырь возможно следующими путями:

- восходящим по мочеиспускательному каналу — самый частый путь, при котором уропатогены проникают в мочеиспускательный канал с поверхности кожи промежности, со слизистой влагалища, из окружающих уретру тканей и из кишки, а далее поднимаются по слизистой мочеиспускательного канала в мочевой пузырь;
- нисходящим из почек — при воспалительных заболеваниях почек (пиелонефрите и его терминальной стадии — пионефрозе);
- с током лимфы из половых органов — при сальпингоофорите, эндометрите, параметрите (воспалении соответственно маточных труб и яичников, слизистой оболочки матки и соединительной ткани, окружающей матку);
- гематогенным (с кровью) — встречается редко, возможен при недавно перенесённых инфекционных заболеваниях;
- прямым — при наличии мочевого свища, катетеризации мочевого пузыря и проведении цистоскопии (эндоскопический метод диагностики заболеваний мочевого пузыря).

После попадания уропатогенов на слизистую мочевого пузыря происходит их фиксация и "противостояние" возбудителя защитным клеткам слизистой оболочки органа. В дальнейшем зафиксированные уропатогены на слизистой оболочке мочевого пузыря начинают формировать над собой защитную биоплёнку. Благодаря биоплёнкам уропатогены могут оставаться достаточно долго неуязвимыми и периодически вызывать обострения цистита. Длительное пребывание и размножение бактерий приводит к неадекватному опорожнению мочевого пузыря, застою мочи, разложению и накоплению токсичных веществ, в том числе продуктов жизнедеятельности бактерий. В мочевом пузыре появляются признаки воспалительного процесса — боль в связи с раздражением болевых рецепторов в подслизистом слое, отёк и

покраснение слизистой, локальное повышение температуры в мочевом пузыре и нарушение его функций. При проникновении бактерий в подслизистый слой возможно разрушение микроциркуляторного русла с развитием геморрагического цистита, при котором кровь из повреждённых мелких сосудов изливается внутрь мочевого пузыря, из-за чего в моче появляются примеси крови.

- мочеиспускание болезненное, учащённое;
- ощущение жжения и зуда при мочеиспускании;
- кровь при мочеиспускании;
- кровь в моче в виде осадка, при анализе мочи выявляют микрогематурию, гематурия и гемоглобинурия;
- повышение температуры тела;
- повышение температуры тела до 37-38 °С;
- помутнение мочи с появлением хлопьев и осадка.

Симптомы для постановки диагноза мочевыделительной системы и мочевого пузыря:

При острых воспалительных процессах мочевого пузыря (цистит) наблюдаются частые позывы к мочеиспусканию, ощущение жжения и зуда при мочеиспускании, кровь в моче в виде осадка, при анализе мочи выявляют микрогематурию, гематурия и гемоглобинурия.

Гематурия (красная моча) у детей является симптомом мочевого пузыря и мочевого пузыря. При этом наблюдаются частые позывы к мочеиспусканию, ощущение жжения и зуда при мочеиспускании, кровь в моче в виде осадка, при анализе мочи выявляют микрогематурию, гематурия и гемоглобинурия.

Клиническая картина

Острый цистит у детей характеризуется внезапным началом, вызванным каким-либо провоцирующим фактором. Тяжесть проявления симптомов нарастает в течение первых двух суток, а в случае своевременно назначенной терапии наблюдается быстрый регресс.

Наиболее частые проявления острого цистита:

- частое болезненное мочеиспускание (более 6-8 раз в день);
- мочеиспускание малыми порциями;
- ложные позывы к мочеиспусканию;
- рези при мочеиспускании;
- боли внизу живота, над лонем в проекции мочевого пузыря, изредка отдающая в промежность;
- редко/иногда примесь крови в моче;
- редко/иногда подъем температуры тела 37-37,5 °C;
- помутнение мочи с появлением неприятного запаха

Сложность диагностики у детей младшего возраста заключается в сложности интерпретирования симптомов.

При рецидивирующем течении проявление симптомов заболевания наблюдается не реже двух раз за полгода либо трех раз в течение года. Причинами могут являться реинфекция, прерванное или неправильное лечение, бесконтрольный прием антибиотиков и несоблюдение правил личной гигиены.

Рецидивирующий цистит у детей является следствием предшествующего воспалительного заболевания и носит вторичный характер. Клинические симптомы схожи с таковыми при остром цистите. Возможен вариант течения с минимальными жалобами и постоянными лабораторными признаками (лейкоцитурия, бактериурия), с отсутствием гипертермии.

Диагностика

Основные моменты диагностики цистита – тщательный сбор анамнеза, особенно у детей младшего возраста, активная беседа с родителями или законными представителями. Не существует никаких шаблонов бесед с ребенком или его родными – все очень индивидуально. При беседе с детьми старшего возраста необходимо получить информацию о возможных половых контактах. Лабораторные методы включают общий анализ мочи, посев на стерильность и ультразвуковое исследование мочевых путей.

При проведении общего анализа мочи могут выявляться лейкоцитурия, бактериурия, эритроцитурия, присутствие эпителия и цилиндров. Также возможна ложная протеинурия, обусловленная распадом большого количества форменных элементов крови.

При подозрении на наличие воспалительного процесса в мочевыводящих органах, рецидивирующем течении заболевания или асимптомной бактериурии при наличии жалоб назначается бактериальный посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Он важен как для определения непосредственно чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам, так и для контроля эффективности антибактериального лечения.

При назначении ультразвукового исследования мочевых путей важно помнить, что изменения мочевого пузыря на УЗИ не являются специфичными и должны быть подтверждены клинической картиной и данными лабораторных исследований.

Во всех случаях, особенно у детей раннего возраста, необходимо проводить дифференциальную диагностику острого цистита с острым пиелонефритом. Так, при цистите температура редко поднимается выше 38 °С, могут отсутствовать симптомы интоксикации и боли в пояснице, которые всегда сопровождают острый пиелонефрит. Вместе с тем при цистите всегда присутствует дизурия, зачастую – гематурия. При пиелонефрите также характерны изменения в анализах крови.

Также в некоторых случаях требуется дифференциальная диагностика с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, вульвовагинитом и дисметаболической нефропатией. Не стоит забывать и о том, что эти заболевания могут присутствовать и параллельно с циститом.

Ключевые моменты в лечении цистита у детей – устранение симптомов и бактериурии в остром периоде, предотвращение развития рубцовых изменений стенки мочевого пузыря, а также профилактика рецидивов.

Профилактика

Профилактика цистита должна быть нацелена в первую очередь на правильную личную гигиену ребенка. Родители должны не допускать слишком длительного пребывания детей в наполненном подгузнике. Тепло, наличие мочи и повышенной температуры будет способствовать быстрому разрастанию патогенной микрофлоры. Особенно опасно длительное пребывание ребенка в подгузнике после акта дефекации.

Профилактика цистита требует соблюдения всех мер безопасности при купании детей. Напомним, что вода должна стекать по направлению с лобка на анальное отверстие, руки при подмывании ребенка и моющие средства должны наноситься в том же направлении.

Все гигиенические средства, полотенца должны быть индивидуальными, гипоаллергенными, с нейтральным pH. Это поможет избежать раздражения и аллергических реакций.

В старшем возрасте девочек нужно научить и приучить подмываться и делать это регулярно. Доказано, что все гигиенические навыки входят в привычку у детей в возрасте 3 — 5 лет. Если в этом возрасте не научить детей правилам гигиены, то в дальнейшем можно столкнуться с множеством проблем. Родители должны следить за регулярностью стула у детей. Запоры могут стать причиной нарушения кровообращения толстой кишки и мочевого пузыря. При недостаточном поступлении питательных веществ защитные силы мочевого пузыря начинают страдать, из-за чего вероятность развития патологии увеличивается.

Поэтому доктора рекомендуют включать в рацион ребенка послабляющие продукты — чернослив, овощи и крупы с большим содержанием клетчатки, кисломолочные продукты и др.

Особое внимание необходимо уделять возникающим заболеваниям. Даже затянувшаяся простуда существенно подкосит защитные силы организма, и создаст благоприятные условия для развития цистита. Поэтому не стоит заниматься самолечением, ставя на детях эксперименты. Необходимо обратиться за помощью к специалистам, которые назначат действительно эффективное лечение. Особое внимание необходимо уделять заболеваниям почек.

Родители не должны забывать про распространение инфекции с током крови. В таком случае ее источником может стать любой очаг хронического воспаления. Для профилактики цистита необходимо посещать всех узких специалистов — стоматолога, ЛОРа, нефролога, так как патологии этих органов могут стать источником инфекции.

Нельзя допускать переохлаждения — это один из самых частых провоцирующих факторов развития цистита. Дети должны одеваться правильно и по погоде. А девочкам, на собственном примере нужно показать что тепло — это также красиво и модно.

Методы лечения

Современная медицина предполагает консервативный метод лечения цистита у мальчиков и девочек. Для этого используются следующие методы воздействия:

- Специфическая медикаментозная терапия, направленная на снятие воспаления. У детей чаще всего используются противовоспалительные медикаменты, в тяжелых случаях показан прием антибиотиков широкого спектра.
- Оптимизация питьевого режима. Для быстрой эвакуации возбудителя и его токсинов из мочевыделительного тракта требуется увеличение порции отделяемой мочи, поэтому маленьким пациентам показано увеличение принимаемой жидкости за счет питьевой воды, компотов, растворов для дегидратации, морсов и пр.
- Соблюдение постельного режима.
- Диетическое питания. Наиболее рациональна при цистите у детей молочно-растительная диета. Из рациона питания необходимо исключить жареные, соленные и копченые блюда. Кроме этого, важно ограничить потребление сахара.

В большинстве случаев цистит у детей лечится в амбулаторных условиях, только пациентам грудного возраста может быть показана экстренная госпитализация в профильное отделение.

Улучшение общего самочувствия наблюдается уже через 2-3 дня, но процесс восстановления слизистой носит достаточно продолжительный характер. Для предотвращения перехода цистита в хроническую форму необходимо строго соблюдать все врачебные рекомендации и пройти полный курс лечения.

Организация сестринского ухода за детьми с острым циститом

Сестринский уход при цистите:

Важно своевременно выявлять настоящие, потенциальные проблемы и нарушенные жизненно важные потребности пациента и его семьи.

Возможные проблемы пациента:

- высокая лихорадка;
- нарушение питания;
- снижение массы тела;
- боли в надлобковой области;
- частое болезненное мочеиспускание;
- риск нарушения целостности кожных покровов и слизистых при дефектах ухода или самоухода;
- чувство «ложного» стыда;
- страх, связанный с госпитализацией, перед инвазивными манипуляциями;
- снижение устойчивости к нагрузкам вследствие интоксикации;
- снижение познавательной деятельности;

Возможные проблемы родителей:

- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- плохое понимание нужд ребенка;
- необходимость обеспечения ребенка лечебным питанием;
- необходимость проведения непрерывных курсов антибактериальной терапии и фитотерапии.

Сестринские вмешательства:

1. На время дизурических явлений больным назначается постельный режим. Необходим покой, способствующий уменьшению дизурических явлений и нормализации функции мочевого пузыря и мочевой системы в целом.
2. Необходимо обеспечить физический и эмоциональный покой, следить за тем, чтобы ноги ребенка и поясница были в тепле. Эффективны «сидячие» ванны при температуре $+37,5^{\circ}\text{C}$ с раствором трав, обладающих антисептическим действием (ромашка, зверобой, шалфей, дубовая кора). Ни в коем случае не следует принимать горячие ванны, так как тепло высоких

температур может вызвать дополнительную гиперемии с нарушением микроциркуляции в мочевом пузыре.

3. Из рациона ребенка следует исключить острые блюда, соленья, приправы, соусы, консервы. Рекомендованы молочные продукты, фрукты, овощи и обильное питье. Пища не должна быть раздражающей, целесообразно исключить все острые, пряные блюда и специи. Показаны молочно-растительные продукты, фрукты, богатые витаминами. Целесообразно использование в питании больных циститом йогуртов, обогащенных лактобактериями. Эффективно применение морса из клюквы, брусники.

Питьевой режим определяется потребностью больного. Однако при остром цистите лучше рекомендовать обильное питье (на 50% выше от должностного объема), которое увеличивает диурез, способствует вымыванию продуктов воспаления из мочевого пузыря. Суточное количество жидкости распределяется равномерно в течение дня.

Увеличение питьевого режима при остром цистите лучше рекомендовать после снятия болевого синдрома. Показаны слабощелочные минеральные воды, морсы, слабо концентрированные компоты. Прием минеральной воды (типа «Славяновской», «Смирновской» и др.), являющейся источником таких микроэлементов, как бром, йод, барий, кобальт, оказывает влияние на обмен веществ, обладает слабым противовоспалительным и спазмолитическим действием, изменяет pH мочи.

Вода принимается в теплом виде, без газа. Минеральная вода дозируется из расчета 3-5 мл/кг массы на прием или:

- детям в возрасте 6-8 лет - от 50 до 100 мл;
- в возрасте 9-12 лет - 120-150 мл;
- детям старше 12 лет - по 150-200 мл на прием.

Воду при циститах обычно пьют три раза в день за 1 ч до еды. Прием минеральной воды у больных циститом обеспечивает режим частого мочеиспускания, предотвращающий скопление «инфицированной» мочи, и тем самым способствует уменьшению раздражающего действия на «воспаленную» слизистую мочевого пузыря, «вымыванию» продуктов воспаления из мочевого пузыря.

4. При выраженных болях внизу живота, беспокойстве ребенка можно прикладывать теплую грелку к надлобковой области.

5. Для ускорения удаления возбудителя из мочевого пузыря рекомендуется принимать настои и отвары из трав с мочегонным эффектом (по назначению врача).

Список используемой литературы

1. Игнатова М.С.; Вельтищев Ю.Е. Детская нефрология. Л. 1989 г.
2. Игнатова М.С., Маковецкая Г.А. Диагноз и дифференциальный диагноз в детской нефрологии. - М., 1993
3. Лопаткин Н.А.А.Г Пугачев. Детская урология
4. Маркова. И.В; Неженцев М.В.; Папаян А.В. Лечение заболеваний почек у детей. 1994 г.
5. Маркова И.В., Неженцев М.В., Папаян А.В. Лечение заболеваний почек у детей. Руководство для врачей. - СПб, 1994 г., ее. 145-185
6. Папаян А.В., Савенкова Н.Д, Клиническая нефрология детского возраста. - СПб., 1997.
7. Попова Ю. Болезни почек и мочевого пузыря.