

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

Учебно-исследовательская работа студента

Тема: Особенности организации сестринского ухода у детей с заболеваниями
мочевыделительной системы: Цистит
тема

по специальности 34.02.01. Сестринское дело на базе среднего общего образования
код и наименование специальности

Дисциплина/МДК Сестринский уход за больными детьми различного возраста
наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

Выполнила: Грешилова А.А. /
Фамилия, инициалы, дата


подпись

Руководитель: Фукалова Н.В.
Фамилия, инициал


подпись

Работа оценена: 5/04/21
(оценка, дата)

Красноярск 2023

Оглавление

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| ГЛАВА 1. ЦИСТИТ У ДЕТЕЙ..... | 4 |
| 1.1. Определение цистита..... | 4 |
| 1.2. Этиология цистита..... | 4 |
| 1.3. Патогенез цистита..... | 4 |
| 1.4. Классификация цистита..... | 5 |
| 1.5. Клинические проявления цистита у детей..... | 5 |
| 1.6. Методы диагностики | 6 |
| 1.7. Лечение цистита..... | 6 |
| 1.8. Прогноз и профилактика цистита у детей | 7 |
| ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ..... | 8 |
| 2.1. Сестринский уход при цистите | 8 |
| 2.2. Диспансеризация при цистите..... | 9 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 10 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 11 |

ВВЕДЕНИЕ

Цистит – воспаление слизистой мочевого пузыря, частое проявление инфекцией мочевыводящих путей.

Урологические заболевания – серьезная социальная, медицинская и экономическая проблема. Они являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, инвалидизации и преждевременной смертности.

Среди инфекций нижних мочевых путей ведущее место занимает цистит. Это одно из самых частых урологических заболеваний среди населения всех возрастов, представляющих собой серьезную медицинскую проблему. 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.

Цель исследования: изучение этиологии, патогенеза, классификации, клинической картины, диагностики, лечения, профилактики, прогнозов и особенностей сестринского ухода у детей с циститом.

Задачи исследования:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по заболеванию цистит у детей;
2. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, современные методы лечения, профилактику и прогнозы цистита у детей;
3. Рассмотреть особенности организации сестринского ухода при цистите у детей.

ГЛАВА 1. ЦИСТИТ У ДЕТЕЙ

1.1. Определение цистита

Цистит- инфекционно-воспалительное заболевание стенки мочевого пузыря бактериального происхождения.

1.2. Этиология цистита

Все циститы у детей делят на инфекционные и неинфекционные. Инфекционные бывают неспецифическими и специфическими. В большинстве случаев цистит у детей обусловлен неспецифическими возбудителями, преимущественно грамотрицательной флорой. На первом месте фигурирует *Escherichia coli* (кишечная палочка).

Доказана роль вирусов в возникновении острого цистита. При хроническом цистите вирусы играют роль фактора, провоцирующего обострение воспалительного процесса в мочевом пузыре с последующей бактериальной инвазией.

В очень редких случаях цистит может быть обусловлен неинфекционными факторами, среди которых на первом месте стоят лекарственные препараты.

Большое значение в возникновении циститов у детей также придается токсическим, химическим веществам, ядам, физическим факторам, радиации, аллергенам. В литературе описываются эозинофильный и интерстициальный циститы. Эозинофильный цистит является редким заболеванием у детей и чаще развивается у больных с атопией и паразитарными заболеваниями. Интерстициальный цистит является самостоятельным заболеванием, встречается преимущественно у женщин, с неясным этиопатогенезом, аутоиммунного происхождения. У детей с системной красной волчанкой развитие интерстициального цистита может расцениваться как проявление генерализованного полисерозита.

1.3. Патогенез цистита

Инфекция попадает в мочевой пузырь различными путями:

1) Восходящий- основной путь, при котором происходит первичная колонизация периуретральной и вагинальной области уропатогенами, которые распространяются по уретре в мочевой канал, а далее поднимаются со слизистой мочевого канала в мочевой пузырь. Способствует продвижению микроорганизмов уретро-везикальный рефлюкс;

2) Нисходящий- при воспалительных заболеваниях почек;

3) Лимфогенный- при воспалении маточных труб и яичников, слизистой оболочки матки и соединительной ткани, окружающей матку с током лимфы;

4) Гематогенный- с кровью- встречается редко, при недавно перенесенных инфекционных заболеваниях;

5) Прямой- при наличии мочевых свищей, катетеризации мочевого пузыря и проведении цитоскопии.

В норме мочевой пузырь резистентен к инфекции благодаря факторам, предохраняющим его от воспаления. К ним относятся: периуретральные железы, вырабатывающие слизь бактерицидными свойствами; защитный мукополисахаридный слой мочевого пузыря; местная иммунологическая и антибактериальная защита; анатомическая и функциональная сохранность мышечной оболочки; целостность эпителиального покрова мочевого пузыря. Большое значение в возникновении цистита у детей принадлежит эндогенным и экзогенным факторам риска.

При ослаблении факторов защиты и наличии факторов риска, происходит адгезия микроорганизмов к рецепторам уроэпителиальных клеток мочевого пузыря с последующим и развитием воспалительного процесса. При сохранении факторов риска возможно повторное развитие воспалительных процессов в мочевом пузыре. Длительное воспаление в дальнейшем приводит к замещению нормальной ткани рубцовой, к плоскоклеточной метаплазии эпителия, в результате возникает нарушение нервной трафики и нарушение кровообращения мочевого пузыря.

1.4. Классификация цистита

По течению различают цистит: острый, хронический.

По этиологии цистит может быть: инфекционный, химический, аллергический.

По форме: первичный (на здоровом мочевом пузыре), вторичный (на фоне урологической патологии, нарушение оттока мочи).

По распространенности: диффузный (поражение всей слизистой МП), очаговый.

По морфологическим изменениям: катаральный, язвенный, геморрагический, некротический, кистозный.

1.5. Клинические проявления цистита у детей

Острый цистит

Боль в надлобковой области, беспокойство, дизурические нарушения: болезненное мочеиспускание, поллакиурия (частое мочеиспускание малыми порциями), императивные (ложные) позывы на мочеиспускание, недержание мочи: мутная, приобретает красноватый цвет.

Позднее присоединяется симптомы интоксикации. Они более выражены, чем меньше возраст.

В периферической крови характерно: воспалительная реакция, умеренный лейкоцитоз, СОЭ = 20-25, в моче: бактериурия, лейкоцитурия, микрогематурия

Хронический цистит

Клиника зависит от возраста, характера течения, интенсивности инвазии. Часто протекает со стертыми симптомами, во время рецидивов напоминает острую форму. Но наиболее частыми симптомами являются учащенное мочеиспускание и ночное недержание мочи.

1.6. Методы диагностики

Основу диагностики цистита у детей составляет комплекс лабораторных исследований, включающий:

- общий анализ мочи;
- бактериологический посев мочи на флору;
- определение pH мочи;
- проведение двухстаканной пробы.

Изменения мочи при цистите у детей характеризуются лейкоцитурией, гематурией различной степени выраженности, присутствием большого количества слизи и переходного эпителия, бактериурией. Чаще всего забор мочи для микробиологического исследования производится при свободном мочеиспускании (после туалета наружных половых органов и очистки препуциального мешка у мальчиков), однако при острой задержке мочи приходится прибегать к катетеризации мочевого пузыря.

Проводится УЗИ мочевого пузыря с оценкой состояния детрузора. Эхоскопически обычно обнаруживается утолщение слизистой мочевого пузыря и большое количество эхонегативных включений.

Проведение цистографии и цистоскопии показано только при хроническом цистите у детей в период стихания воспаления; основной целью исследований служит выявление степени и характера изменения слизистой. В проведении диагностического поиска участвуют педиатр и детский уролог.

Острый цистит у детей следует дифференцировать с острым аппендицитом, парапроктитом, пиелонефритом, опухолями мочевого пузыря, гинекологической патологией. С этой целью план обследования может включать консультации детского хирурга и детского гинеколога.

Так же, важную роль в диагностике цистита играет сбор анамнеза, особенно у детей младшего возраста, активная беседа с родителями.

1.7. Лечение цистита

Методы воздействия:

1) Медикаментозная терапия

Антибиотики: широкого спектра действия (цефалоспорины 2-3 поколения) одним курсом.

Уросептики: нитрафурановые препараты (фурагин, фурадонин) назначаются при невысокой активности воспалительного процесса, в качестве поддерживающей терапии около 3-х месяцев.

Спазмолитики: при болезненном мочеиспускании (дротаверин папаверин).

Витамины: патогенетически обосновано использование витаминов А,Е, В6 они обладают антиоксидантными, репаративными свойствами в течение 2-3 недель.

Иммуномодуляторы: (виферон) используют при тяжелых формах заболевания и при непрерывно рецидивирующем течении цистита курсом не менее 10 дней.

Фитотерапия: в зависимости от ведущих симптомов назначают травы с противовоспалительным, антимикробным, дубящим, мочегонным, регенерирующим действием.

2) Физиолечение

Лазеротерапия- метод лечения, который влияет на патогенез урогенитальных инфекций и усиливают влияние базисной терапии. Используются чрескожное лазерное облучение мочевого пузыря, лазерное облучение по точкам, эндovesикальное лазерное облучение. Курс лечения составляет обычно 10 процедур.

Лекарственный электрофорез (чрескожная методика). Метод применения внутритканевого электрофореза антибиотика является наиболее эффективным. Внутривенно капельно вводят 100 мл 0,9 % раствора натрия хлорида, в котором растворена максимальная разовая доза антибиотика (цефтриаксон, гентамицин и др.). После внутривенного введения 2/3 объема лечебной смеси проводят гальванизацию надлобковой области с помощью аппарата «Поток-1». Курс лечения состоит из 5-7 процедур ежедневно.

Пелоидотерапия — аппликации озокерита или парафина в виде трусов.

3) Режим принудительных мочеиспусканий

Рекомендуется опорожнять мочевой пузырь каждые 2-3 часа.

1.8. Прогноз и профилактика цистита у детей

Острый цистит у детей обычно заканчивается полным выздоровлением. Хронические формы цистита развиваются у детей, имеющих анатомо-функциональные предпосылки для персистенции инфекции.

Профилактикой является правильная гигиена половых органов, соблюдение режима мочеиспускания, лечение очагов инфекции, проведение дегельментизации, достаточный прием жидкости, коррекция обменных нарушений, исключение переохлаждений. Дети с хроническим циститом должны наблюдаться у детского уролога, периодически сдавать контрольные анализы мочи.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ЦИСТИТЕ У ДЕТЕЙ

2.1. Сестринский уход при цистите

У ребёнка нарушены потребности: быть здоровым, есть, спать, выделять, поддерживать температуру тела, общаться, двигаться, отдыхать.

Возможные проблемы ребенка: частое болезненное мочеиспускание, недержание мочи, императивные (ложные) позывы на мочеиспускание, боли в надлобковой области с иррадиацией в промежность, лихорадка, снижение аппетита, снижение массы тела, слабость, недомогание.

Потенциальная проблема: развитие острой задержки мочи, пиелонефрит.

Цель: способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнений.

| Мероприятия | Мотивация |
|---|---|
| Независимые вмешательства | |
| Обеспечить соблюдение постельного режима | Обеспечение щадящих условий, уменьшение дизурии. |
| Обеспечить физический и эмоциональный покой | Улучшение психо-эмоционального состояния ребёнка |
| Обеспечить питание с ограничением острого, соленого, соблюдение питьевого режима. | Создание щадящих условий для мочевой системы и улучшения водно-солевого баланса |
| Контролировать состояние ребенка (АД, ЧСС, ЧДД, температура) | Своевременное выявление осложнений |
| Обеспечить дополнительное согревание поясницы и ног ребенка («сидячие» ванны с отварами трав) | Улучшение микроциркуляции, предотвращение переохлаждения |
| Контролировать диурез | Учёт выпитой и выделенной жидкости |
| Обеспечить своевременную смену нательного и постельного белья | Соблюдение гигиены пациента |
| Обеспечить уход за кожей и слизистыми | Соблюдение гигиены пациента |
| Обеспечить соблюдение санитарно-эпидемического режима | Профилактика осложнений |
| Ограничить физическую и эмоциональную нагрузку ребёнка при организации труда и отдыха | Улучшение состояния и профилактики осложнений |

| | |
|--|--|
| Провести беседу с родителями о заболевании, необходимости диспансеризации, профилактики заболевания, необходимости соблюдения диеты, режиме двигательной активности. | Информирование и профилактики осложнений |
| Зависимые вмешательства | |
| Выполнять назначения врача (обеспечить приём лекарственных средств) | Для эффективного лечения |

Оценка эффективности:

1) При правильной организации сестринского ухода выздоровление наступает в установленные сроки, пациент выписывается в удовлетворительном состоянии.

2) Пациент и его родители должны знать об особенностях режима и диеты, которые должен соблюдать ребенок после выписки из стационара, о необходимости диспансерного наблюдения и строгом соблюдении всех рекомендаций.

2.2. Диспансеризация при цистите

После перенесенного острого цистита ребенок находится на диспансерном наблюдении в течение 1 года. Ребенка наблюдает участковый педиатр.

Дети с хроническим циститом наблюдаются участковым-педиатром, педиатром-нефрологом или детским урологом. После обострения заболевания и выписки из стационара наблюдение нефролога или уролога проводится каждые 3 месяца с проведением повторного курса лечения. После достижения клинико-эндоскопической ремиссии ребенок находится под наблюдением в течение 3-х лет и в случае отсутствия обострений заболевания снимается с учета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя исследовательскую работу, выяснилось, что лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим важен правильный сестринский уход в лечении цистита у детей. Медицинская сестра должна знать не только все правила ухода и выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять, какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Очень важной является и профилактика: медицинская сестра проводит беседы о сущности заболевания, о необходимости сознательного активного участия пациента (семьи) в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, обязательном профилактическом лечении и обследовании. Она обучает пациента и членов семьи организации питания, двигательного режима, правилам подготовки к различным дополнительным методам исследования. Поэтому возрастает необходимость в высококвалифицированной медицинской помощи.

Для достижения цели и решения поставленных задач мной были проведены следующие этапы исследования:

1. Я провела анализ литературных источников по вопросам цистита у детей, выяснила роль медицинской сестры.
2. Закрепила теоретические знания: этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления, лечение, прогноз и профилактику цистита у детей;
3. Рассмотрев особенности организации сестринского ухода при цистите у детей, я поняла, что от медицинской сестры во многом зависит исход заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова; под ред. Р.Ф. Морозовой- Издательство: Феникс, 2015. (Среднее медицинское образование).
2. Лечение заболеваний мочевыделительной системы у детей / И.В. Маркова, М.В. Неженцев, Папаян А.В., 1994.
3. Сестринский уход за больными детьми различного возраста. В 2 ч.:курс лекций для обучающихся по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. Н.Л. Филенкова, Н.В. Фукалова; Фармацевтический колледж. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2016. –Ч. 2.
4. Цистит: диагностика, лечение, профилактика / А.П. Никольченко; под ред М.В. Смирновой- Издательство: Вектор, 2013.
5. Сестринский процесс при заболеваниях органов мочевыделительной системы: учебное пособие для студентов /сост. С.А. Гуцуляк, ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России.- Иркутск, 2015.