

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студентки

Очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Сыровой Татьяны Игоревны

Научный руководитель
преподаватель Шенцева И.Н.

Рецензент
Заведующая приемным отделением
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница» Кашлакова Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	5
1.1. Понятие и классификация заболеваний мочевыделительной системы у детей	5
1.2. Клинические синдромы заболевания мочевыделительной системы у детей ..	8
1.3. Диагностика заболеваний мочевыделительной системы у детей	11
1.4. Лечение, профилактика и уход при заболеваниях мочевыделительной системы у детей.....	16
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	22
2.1. Организационная характеристика педиатрического отделения №1 ОГБУЗ «ДОКБ»	22
2.2. Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при заболеваниях мочевыделительной системы у детей в педиатрическом отделении ОГБУЗ «ДОКБ»	24
2.3. Результаты анкетирования Медицинских сестер педиатрического отделения №1	27
2.4. Анализ статистических данных, собранных на базе ОГБУЗ «ДОКБ»	33
2.5. Социологическое исследование, проведенное среди родителей, дети которых находятся на лечении в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	44
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	46
ПРИЛОЖЕНИЯ	48

ВВЕДЕНИЕ

Мочевыделительная система или мочевая система человека, это система органов, которая формирует, накапливает и выделяет мочу. Одним из главных органов выделительной системы человека являются почки. Процессы мочеобразования тесно связаны с кровотоком через почку. К органам мочевыделительной системы относятся: мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, почки, мочеточники.

Почки, мочеточники и мочевой пузырь выполняют свою функцию уже с момента рождения. В связи с тем, что у детей повышен обмен веществ, который обусловлен энергичным ростом, почки ребенка, особенно в раннем возрасте, функционируют гораздо интенсивнее, чем у взрослого.

Актуальность работы определяется множеством заболеваний детей с данной патологией. В настоящее время заболевания почек остаются серьезной и значимой проблемой в педиатрии. Несмотря на успехи теоретической и практической нефрологии, заболеваемость, остается второй по частоте патологий детского возраста, как в мире, так и в России. Поэтому в организации лечебно-профилактической помощи детям большое значение имеет первичная диагностика патологии почек на ранних этапах, выявление факторов риска, проведение диспансеризации и реабилитации детей.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в рамках профилактики заболеваний мочевыделительной системы у детей.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы у детей.

Целью дипломной работы является: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы у детей.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

1. Изучить и проанализировать источники и литературу по теме дипломной работы «Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике заболеваний мочевыделительной системы».

1. Определить роль участия медицинской сестры в организации лечебно - профилактического процесса и уходе за пациентами с заболеваниями мочевыделительной системы.

2. Составить и проанализировать анкеты для респондентов и медицинских сестер педиатрического №1 отделения ОГБУЗ «ДОКБ».

3. Разработать рекомендации для улучшения качества оказания медицинских услуг и сестринского ухода при мочекаменной болезни в отделении педиатрии ОГБУЗ «ДОКБ».

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие **методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический метод.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие и классификация заболеваний мочевыделительной системы у детей

Почки регулируют водно-солевой, кислотно-щелочной и электролитный баланс, а также осмолярность плазмы.

У детей среди заболеваний мочевыделительной системы распространенными являются гломерулонефрит, пиелонефрит, нефроптоз (опущение почек) и цистит, мочекаменная болезнь.

Пиелонефрит – микробное, неспецифическое воспаление в чашечно - лоханочной системе интерстициальной ткани почек с вовлечением в патологический процесс кровеносных сосудов, лимфатических сосудов и канальцев.

Хронический пиелонефрит - длительного течения воспалительный процесс, на фоне анатомических аномалий обструкции или мочевыводящего тракта, сопровождается деформацией чашечно - лоханочной системы и фиброзом.

Цистит - воспалительный процесс мышечных и слизистых слоев мочевого пузыря,

Гломерулонефрит - инфекционно - аллергическое заболевание, в основе которого лежит нарушение почек, различают острый и хронический процесс с повторным обострением и ремиссией. Острый гломерулонефрит - это протекающее циклически инфекционно-аллергическое заболевание почек, которое начинает развиваться через 2-3 недели после перенесенного инфекционного заболевания (скарлатины, ангины, вирусных инфекций верхних дыхательных путей, хронического тонзиллита и т.д.). Такой процесс гломерулонефрита чаще развивается у пациентов до 40 лет [1,с.21].

Мочевая инфекция - это наличие микробов в мочевом тракте выше сфинктера мочевого пузыря, которое обычно стерильно. Встречается часто у детей до 3 лет и новорожденных.

Нефроптоз - это патологическая подвижность почки, которая проявляется смещением органа за его пределы в норме. Незначительный и умеренный нефроптоз протекает без симптомов, но при нарушениях гемодинамики и уродинамики появляются боли в пояснице, пиелонефрит, артериальная гипертензия, нефролитиаз, гидронефроз, гематурия. При смещении почки ниже границ физиологической нормы выделяют 3 степени нефроптоза.

При I степени нижний полюс почки опускается более чем на 1,5 поясничных позвонка.

При II степени нижний полюс почки смещается ниже 2-х поясничных позвонков.

Нефроптоз III степени характеризуется опущением нижнего полюса почки на 3 и более позвонков. Степень опущения почки влияет на клинические проявления заболевания.

При I степени в вертикальном положении туловища больных могут беспокоить тянущие односторонние боли в пояснице, тяжесть и дискомфорт в животе. Эти симптомы исчезают, когда больной принимает горизонтальное положение. При 3 степени в любом положении тела больного почка находится ниже реберной дуги. Поясничные боли становятся постоянными и не исчезают при принятии горизонтального положения, могут появиться почечные колики, расстройства функции ЖКТ [2,с.67-70].

Мочекаменная болезнь – хроническое заболевание, характеризующееся образованием конкрементов из солевых и органических соединений мочи в мочевой системе. У детей мочекаменная болезнь занимает большую часть педиатрической практики, т.к. это заболевание рецидивирует.

Первичное образование камней происходит, там же где и образование кристаллов, в собирательных трубках и лоханке. Развитие в почках камней

можно подразделить на 2 этапа: образование зародыша (ядра) и накопление вокруг зародыша кристаллов вновь образовавшихся.

Основными причинами заболевания являются:

1. наследственность;
2. воспалительный процесс в почках;

К факторам риска относятся:

1. внешние:

- недостаток витаминов;
- чрезмерное употребление продуктов, которые содержат белки, углеводы, соли;
- климатические условия;

2. внутренние:

- почечные патологии;
- заболевание кишечника и желудка;

К симптомам мочекаменной болезни относятся:

1. колика в пояснице;
2. повышение АД;
3. отеки на лице, конечностях;
4. повышение температуры тела;
5. мутная моча, гематурия;
6. болевые ощущения при мочеиспускании;
7. тянущее чувство в пояснице;
8. тошнота, рвота [14,с.232].

Распространенные заболевания мочевыделительной системы, часто имеют малосимптомное течение. Наличие малого количества симптомов характерно для поражения мочевого пузыря, почек и уретры. Это приводит к поздней диагностике, из-за чего заболевание может перейти в хроническую форму или может привести к осложнениям.

Во избежание этого необходимо чтобы родители внимательно относились к здоровью своего ребенка и регулярно сдавали и следили за анализами мочи.

1.2. Клинические синдромы заболевания мочевыделительной системы у детей

Клиническая картина при заболеваниях мочевыделительной системы начинается с выявления у пациентов патологических симптомов, затем их группируют в синдромы.

Мочевой синдром - это обобщающий термин, имеющий несколько характеристик. Он характеризуется изменениями мочи.

Гематурия - это наличие крови в моче (в 1 мл мочи больше 1000 эритроцитов), это свидетельствует о патологическом мочевом синдроме. Гематурия вызывается в основном тремя причинами: ренальные, внепочечные (происходит нарушение систем тромбообразования, коагуляции), а также причины, которые обусловлены патологией мочевыводящего тракта.

Протеинурия - повышенное содержание белка в моче. У здорового ребенка в суточной моче 30-60 мг белка.

Гиропроteinемия — пониженное содержание белка в моче, отклонение от нормы свыше 3 грамм в сутки.

Пиуретический вариант мочевого синдрома — в моче находится большое количество лейкоцитов и патологическая бактериурия.

Мочевой синдром смешанного типа редко бывает изолированным.

Кристаллурия — наличие в моче агрегированных кристаллов, которые появляются при нарушении обмена мочевой и щавельной кислот, кальция, триптофана.

Для того чтобы вывести шлаки из организма детям нужно выпить большее количество воды, обезвоживание у них наступает быстрее. Моча образуется с помощью активной функции нефрона [9, с.540].

Анализ мочи является показателем мочевыделительной системы. В норме цвет мочи желтый, окрас мочи будет зависеть от концентрации мочевых элементов, она может изменяться при приеме различных веществ, таких как,

лекарственные препараты и пищевые продукты. Плотность мочи зависит от количества выпитой жидкости, потоотделения, пищевого рациона. Норма составляет 1002-1030 г/л.

Мутность мочи зависит от присутствия в ней бактерий, солей, слизи, жира, кислотных элементов. В норме моча у детей имеет слабокислую реакцию, но при искусственном вскармливании она становится слабощелочной.

Общеклинические методы. Исследование больного направлено на то, чтобы выявить симптомы, которые характерны для поражения мочевыводящих путей и почек.

К таким относятся:

1. изменение цвета мочи;
2. нарушение характера и частоты мочеиспускания (поллактурия, дизурия, прерывистость и задержка мочи);
3. полиурия, дегидратация;
4. олигурия (уменьшение суточного диуреза до 500 мл),
5. анурия (суточный диурез составляет не более 200 мл в сутки);
6. гипертермия, системные воспалительные симптомы;
7. поясничные, абдоминальные боли и др.;
8. внешние признаки аномалии развития, пальпируемые массы в брюшной полости и забрюшинном пространстве;
9. деформация костного скелета, задержка роста.

Экстраренальные симптомы могут определить различные варианты острого и хронического течения заболевания. К ним относятся: головная боль, утомляемость, общая слабость, ощущение нехватки воздуха.

У детей в основном гипертензивный синдром связан с неврологической патологией. Этому свидетельствуют следующие симптомы: повышенное артериальное давление (АД), головокружение, рвота, головная боль [14, с.233].

Гипертензивный синдром приводит к повышению в равной степени систолического и диастолического давления, сопровождается бледностью и головной болью. Этот синдром характерен для острого и хронического

заболеваний почечных артерий, аномалий и нефритов, а также для острой и хронической почечной недостаточности.

При нефритах могут отмечаться изменения границ сердца, могут прослушиваться усиленные тоны, возникают признаки сердечной недостаточности.

У детей для измерения АД используют anerоидные тонометры, со специальной детской манжеткой с размером внутренней камеры 9х16 см.

Алгоритм измерения АД у ребенка:

Перед измерением АД ребенок должен успокоиться и отдохнуть в течении 5 минут.

Во время измерения ребенок должен сидеть, спокойно и расслаблено, опираясь на спинку стула. Руку от одежды нужно освободить.

Проверить, полностью ли спущена манжетка, при необходимости спустить.

Манжетку накладываем на 2 см выше локтевого сгиба, при этом, проверить чтобы между кожей и манжеткой пространство было в один палец.

К поверхности кожи в локтевой ямке плотно прикрываем мембрану фонендоскопа.

Обязательно объясняем ребенку, что во время измерения АД нельзя разговаривать, это приведет к нарушению показателей.

Систолическое АД – это первые выслушиваемые тоны Короткова, диастолическое АД – это последние выслушиваемые тоны.

Диагностика патологии при нефротозе проводится с помощью УЗИ почек, ангиографии, нефросцинтиграфии, экстренной урографии.

Гипотензивный синдром можно наблюдать при некоторых врожденных и наследственных нефропатиях, особенно в период начальных клинических проявлениях болезни. Повышение артериального давления начинает формироваться на этапе начала хронической почечной недостаточности, а понижение артериального давления наблюдается у детей с обструктивными уропатиями и тубулопатией [1,с.22-23].

На ранних стадиях патологического процесса проявляется сосудистая гипотензия, а порой она может проявляться и при пограничных состояниях.

Для выявления скрытых отёков у ребенка определяют гидрофильность тканей методом «волдырной пробы» Мак-Клюера-Олдрича:

- интриточно в предплечье инсулиновым шприцем вводят 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида,

- после введения на коже образуется волдырь,

- у здорового ребёнка 1-го года жизни волдырь рассосётся за 15-20 минут,

- у ребенка от 1 года до 5 лет для рассасывания волдыря требуется 20-25 минут,

- у детей более старшего возраста и взрослых – за 40 минут. Следует обратить внимание на величину и форму живота, при развитии асцита живот изменяется.

Абдоминальный и поясничный болевой симптом: ребёнок в более раннем возрасте не способен распознать боль, но чаще встречается односторонняя или двусторонняя боль в пояснице, по типу почечной колики.

При интоксикационном синдроме повышается температура тела, появляется рвота и потеря аппетита. Более выражено это у новорожденных и детей о 1 года, так же у них выражено потеря массы тела, западение родничка или его выбухание с пульсацией, срыгивание и т.д.

При дизуретическом расстройстве появляется боль и резь при мочеиспускании, недержание мочи. Энурез связан с теми или иными изменениями отделов мочевыделительной системы.

1.3. Диагностика заболеваний мочевыделительной системы у детей

Важным при постановке диагноза связанным с заболеваниями мочевыделительной системы у детей являются диагностические процедуры.

Все диагностические процедуры можно разделить на:

- метаболические
- общеклинические
- микробиологические
- функциональные
- патоморфологические
- иммунологические
- генетические
- визуализационные

Основным принципом диагностической тактики в детской нефрологии является оптимизация соотношения информативности исследования, его своевременности, безопасности, экономической целесообразности и реальной роли в выборе терапевтического подхода.

У многих детей, особенно в раннем возрасте трудно выявить самые обычные симптомы, такие как симптом Пастернацкого, так же как и уточнить характер жалоб.

При болевом синдроме, возможно, не будет ясной локализации, боль может связываться с мочеиспусканием, что характерно для воспалительного процесса в нижних мочевыводящих путях, обструкции, а также зависеть от положения тела, как при почечной колике, либо быть тупой или ноющей, как при пиелонефрите.

При интоксикации на фоне уремического или воспалительного синдрома возможны мышечные и суставные боли, сопровождающая системные заболевания соединительной ткани.

Для того чтобы поставить диагноз необходимо провести обязательные исследования. В обязанности медицинской сестры входит подготовка пациентов к этим исследованиям:

1. Сбор генетического анамнеза;
2. К общему анализу крови (СОЭ, увеличение лейкоцитов);

3. К биохимическому анализу крови (белок, фракции, мочевины, креатинин, остаточный азот, холестерин, β -липопротеиды, трансаминазы, электролиты, фосфор, КОС, фибриноген, и др.).

Метод изучения азотовыделительной функции почек определяется по остатку азота в крови. У новорожденных транзиторное повышение остаточного азота (до 50 ммоль/л). Повышается содержание мочевины из отдельных азотистых веществ, где азот в патологических состояниях имеется до 90%. Мочевая кислота, мочевина задерживаются в крови раньше, нежели другие азотистые фракции – креатинина, индикана. Признаком более тяжелой ХПН служит креатининемия. При наличии высокого количества белка в питании ребенка возможна азотемия.

4. Исследование мочи, сюда входит общий анализ мочи (проверяется наличие белка в моче, в норме белок должен отсутствовать; количество эритроцитов и лейкоцитов);

Сбор анализов по Нечипоренко - метод, в котором определяют количество эритроцитов, лейкоцитов и цилиндров в 1 мл мочи. При отклонениях от нормы показателей при общем анализе мочи, назначают анализ мочи по Нечипоренко, он позволяет более подробно изучить отклонения, для постановки точного диагноза.

Незадолго до сдачи анализа не стоит употреблять диуретики, а также фрукты и овощи, которые могут повлечь изменения цвета мочи.

Перед сбором мочи нужно провести тщательный гигиенический туалет половых органов, что позволит минимизировать вероятность попадания различных бактерий в биоматериал. Далее следует собрать среднюю порцию мочи, для этого первые 15-20 мл мочи следует слить в унитаз, т.к. в них находится наибольшее количество органических примесей. Среднюю порцию следует собрать в стерильный контейнер, оставшуюся мочу так же слить в унитаз. После сбора мочи, к контейнеру прикрепляют лист, в которой находится информация: ФИО пациента, дата и время сбора мочи, общий объем собранной мочи[7].

Метод Амбурже относится к методам количественного определения форменных элементов в моче. При этом определяется количество форменных элементов, выделенных с мочой за 1 минуту.

Пациенту исключают прием жидкости ночью, а днем понижают его.

Утром после опорожнения мочевого пузыря больной запоминает время и спустя 3 часа собирает мочу уже для исследования. Мочу сразу же отправляют в лабораторию для исследования.

Метод сбора по Каковского-Аддиса – сбор мочи за сутки. Подмывать пациента при суточном сборе мочи нужно перед каждым мочеиспусканием, особенно девочку. Всю мочу собирают в одну большую ёмкость, начиная, следует со второй порции первого дня и заканчивать первой порцией следующего дня. После каждого сбора мочи в ёмкость следует плотно закрыть ёмкость и поставить в прохладное место. После последней порции перемешать содержимое и отлить 150-200 мл и сдать в лабораторию, к этой порции прикрепляют этикетку, где обязательно помечается сколько всего выделил мочи ребенок за сутки.

Метод сбора по Зимницкому – мочу собирают в течение суток, в разную посуду, через каждые 3 часа, всего ёмкостей должно быть восемь. К каждой ёмкости прикрепляют этикетку, на которой указывают: дату, номер порции, время мочеиспускания. Первую порцию после сна следует вылить.

У детей до 3 лет мочеиспускание происходит чаще, поэтому требуется большее количество ёмкостей, в лабораторию нужно сдать все ёмкости, собранные за сутки, при этом указывая время мочеиспускания.

5. Исследование суточной мочи на белок + селективность протеинурии Морфологическая микроскопия осадка мочи для определения типа лейкоцитурии.

6. Контроль количества выпитой жидкости больным и контроль суточного диуреза. Суточное количество мочи зависит от количества выпитой жидкости – 75-80%.

7. Дополнительные лабораторные методы исследования (биохимические исследования мочи, ферментный спектр крови, коагулограмма и т.д.)

8. Обязательные инструментальные исследования при заболеваниях мочевыделительной системы.

9. Измерение АД.

10. УЗИ органов мочевой системы. Одной из профессиональных обязанностей медицинской сестры является подготовка пациентов к данному исследованию.

УЗИ почек не имеет противопоказаний, длится от 7 до 30 минут, не вызывает никаких болезненных ощущений у пациента. Перед исследованием следует исключить газообразующие продукты питания, такие как черный хлеб, фрукты, овощи и дрожжевые продукты за 3 суток до исследования. Накануне процедуры легкий ужин, до 19:00, при отсутствии стула следует поставить очистительную клизму. Процедура делается натошак. УЗИ проводится как со стороны спины, живота, так и в положении на боку.

11. Рентгенологическое исследование почек и мочевыводящих путей с введением контрастного вещества (урография) через катетер.

Перед тем как вводить рентгеноконтрастный препарат, нужно провести внутрикожную аллергическую пробу. За 3 суток перед исследованием больному следует исключить из своего рациона продукты, способствующие газообразованию.

Для адсорбции газов больному следует за этот же промежуток времени до исследования принимать активированный уголь. Детям старше 3-х лет за день до исследования назначают специальную диету.

При наличии запоров, а также при мочекаменной болезни желательно очищение кишечника. С целью достаточной гидратации рекомендуется обильное питье [10,с.268].

Исследование проводят натошак. Ребенок может выпить чашку теплого чая. Исследование начинается со снимка области почек без

рентгеноконтрастного вещества, после этого уже в вену вводят контраст, далее делают рентгеновские снимки области почек через определённое количество времени. Все снимки делаются в лежачем положении, но один снимок обязательно делают в вертикальном положении пациента (стоя).

1.4. Лечение, профилактика и уход при заболеваниях мочевыделительной системы у детей

Лечение заболеваний мочевыделительной системы может проводиться как амбулаторно, так и стационарно. Это зависит от особенности течения заболевания, от характера патологии. Показания для госпитализации:

1. Возраст до 2 месяцев;
2. Неэффективное лечение на дому;
3. Невозможность приема лекарств внутрь, рвота.

При стационарном лечении ребенок должен соблюдать постельный режим до исчезновения симптомов заболевания. Важной и неотъемлемой частью лечения является соблюдение водно-солевого режима, а так же соблюдение диеты.

Диетотерапия: в первые дни острого периода исключается полностью поваренная соль. Назначается диета 5, при нарушении функции почек - диета 7, 7а. Основная цель диеты заключается, чтобы снизить нагрузку на почки, с помощью уменьшения количества поступления в организм протеинов и соли, так же происходит активизация диуреза, освобождается организм от недоокислённых метаболитов, нормализуется артериальное давление. У пациентов, которые соблюдают стол №7, улучшается кровоток, выводится избыток солей, и улучшается общее состояние. Снизить употребление поваренной соли следует до 6 грамм в сутки.

Энергетическая ценность рациона и химический состав (корректируется врачом в зависимости от состояния пациента):

- калорийность - от 2200 до 3000 ккал;
- белки - до 20-80 грамм;
- углеводы - до 450 грамм;
- липиды - от 70 до 90 грамм, тогда как растительные жиры составляют около 25%.

Количество приемов пищи- 5-6 раз в день, маленькими порциями. Пищу готовят без соли. Исключают продукты, богатые экстрактивными веществами, эфирными маслами, щавелевой кислоты. Т.к. количество поваренной соли ограничено, для того чтобы придать вкус продуктам, пища готовится с добавлением лимона, клюквы, фруктовых и овощных соков, ягод и настойки шиповника [11,с.187].

7 стол назначается на 1-1,5 месяца, расширение диеты происходит с исключительной осторожностью. Дети плохо адаптируются к бессолевой диете, поэтому нужно помнить, что попытки заставить их есть, могут усилить отвращение к еде. Медицинская сестра должна проводить беседу с ребенком и родителями о важности соблюдения такой диеты.

Достаточность питьевого режима можно оценить по величине диуреза за сутки, в норме должно быть 1,5-2 л, мочеиспускание должно производиться в норме 1 раз за 2-3 часа. При нарушениях функции почек, артериальной гипертензии и обструктивной уропатии прием жидкости ограничивается. Пить можно щелочную минеральную воду, чай, компоты (из сухофруктов), чистую воду.

При щелочной реакции мочи показано увеличение кислых валентностей - морсы, напитки из клюквы, брусники. В медицинской карте находящегося на стационаре ребенка прописаны допустимые суточные объемы жидкости, и количество поваренной соли.

Суточный диурез у ребенка определяют только по необходимости, это позволяет определить водный баланс организма. Мочу собранную за сутки измеряют с помощью градуированного стеклянного цилиндра. В специальную тетрадь записывают данные о количестве выпитой и выделяемой жидкости, при

этом следует указать время, количество выпитой и выделяемой жидкости, количество употребляемой пищи и количество выделяемого кала. Больных с отёчным синдромом кроме контроля за диурезом нужно ежедневно взвешивать.

При заболеваниях мочевыделительной системы необходимо тщательно следить за соблюдением гигиены промежности. Лежачих больных подмывают не менее двух раз в сутки. Дети старшего возраста нуждаются в контроле за осуществлением гигиенических процедур, а младшего в помощи медицинской сестры.

Наряду с охранительным режимом и диетотерапией применяют лекарственную терапию. как правило при лечении заболеваний почек применяется несколько препаратов, поэтому необходимо обеспечить их правильный и своевременный прием. Сестра должна знать имеют ли побочные действия, наиболее часто применяемые лекарства и как они проявляются, поскольку часто используются цитостатики (при хроническом гломерулонефрите), гормональные препараты и пр. Ребёнок должен принимать лекарственные средства только под контролем медицинской сестры.

Медикаментозное лечение включает в себя:

- антимикробную терапию (цефалоспорины 2-го поколения (цефуроксим) цефалоспорины 3-го поколения (цефтриаксон, цефтибутен, цуфотаксим, цефоперазон));
- дезинтоксикационные препараты;
- жаропонижающие средства;
- диуретики;
- гипотензивные средства;
- препараты, улучшающие свойства крови (снижающие вязкость и свертываемость);
- гормональные препараты.

При нефрите следует следить за АД, за пульсом, проверять зрение. Если от больного поступают жалобы на головную боль или ухудшение зрения

следует немедленно сообщить об этом лечащему врачу. У детей с нефритом одежда должна быть из натурального волокна, надеть шерстяное бельё или шерстяной пояс. Следует уделить внимание на профилактику простудных заболеваний.

Если ребёнку назначен постельный режим, следует уделить особое внимание уходу кожными покровами, менять простыни и обрабатывать дезинфицирующими растворами кожу ребенка. Следить за регулярным опорожнением мочевого пузыря и кишечника.

При энурезе ребенку, которому назначен постельный режим необходимо, предложить мочеприёмник или памперс. Для пациентов, которым разрешено передвигаться даются специальные мочеприёмники из эластичного материала.

Профилактика заболеваний мочевыделительной системы у детей:

1. систематическое медицинское обследование;
2. вакцинопрофилактика
3. соблюдение индивидуального режима дня;
4. тщательный гигиенический уход за наружными половыми органами;
5. соблюдение правильного питания, закаливание, регулярное занятие спортом;
6. избегание переохлаждения – не сидеть на холодных поверхностях, одеваться тепло [16,с.30].

После ремиссии рекомендуется:

- информировать родителей пациента о том, что необходимо проконсультироваться со своим лечащим врачом, если у ребенка появились следующие симптомы: боль в животе, лихорадка, вялость, дизурия, отсутствие аппетита.

- информировать родителей о том, чтобы внимательно следили за регулярным стулом и мочеиспусканием, увеличением объёма потребляемой жидкости.

Детям до 3 лет бывает трудно принимать лекарственные средства перорально, в этом случае продолжается парентеральная терапия в течении 7-10 дней.

При нарушениях со стороны мочевыводящих путей нужно провести урологическое вмешательство. При обнаружении в почках склеротических изменений нужно тщательное наблюдение педиатром для своевременного обнаружения последствий, как рецидивирующие инфекционные заболевания мочевыделительной системы.

Для предотвращения рецидивов следует в длительном промежутке времени принимать фитопрепараты, в которые входят травы с мочегонным и противовоспалительным действием. Такие препараты желательно принимать под контролем врача и не стоит самостоятельно назначать их ребёнку.

После прохождения курса лечения обязательно назначаются контрольные анализы. После выписки из больницы ребенок подлежит диспансеризации в течение 3-х лет при пиелонефрите и 5 лет при гломерулонефрите.

Исследования более 30 внешне средовых, социальных и биологических факторов риска показали, что наличие болезней почек в семье являются наиболее значимыми, так же профессиональные вредности, патологическое течение беременности, заболевания матери во время беременности.

Профессиональные вредности родителей привлекают к себе внимание потому, что они еще являются экологически неблагоприятными факторами и оказываются токсичными для лиц, которые проживают в непосредственной близости с загрязняющими предприятиями.

В России с конца 80-х годов 20 века происходят экономические и социальные изменения, при том, что усугубляется положение экологического характера, что привело к необходимости проведения эколого-эпидемиологических исследований. Трехэтапное эпидемиологическое обследование - 22 тыс. детей с первых месяцев жизни до 14 лет проведено в регионе развитой электронной промышленности. Геохимическое исследование выявило загрязнение внешней среды тяжелыми металлами. Частота

заболеваний органов мочевой системы в данном регионе составила 186 на 1000 детей. Исследования, проведенные в это же время в регионе, где нет промышленных предприятий, и не отмечается загрязнения среды тяжелыми металлами, показали, что частота патологии органов мочевой системы составляет 65 на 1000 детей, что в 3 раза меньше, чем в загрязненном регионе.

В экологически неблагоприятном регионе частота заболеваний почек и органов мочевого выделения была выше у детей, проживающих непосредственно рядом с загрязняющими среду предприятиями, а также у детей старших возрастных групп, в сравнении с младшими. Мониторинг заболеваний органов мочевой системы показал, что в интервале 5 лет произошло увеличение их распространенности в экологически неблагоприятном регионе почти в 2 раза [15,с.5].

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика педиатрического отделения №1 ОГБУЗ «ДОКБ»

Медицинский центр ОГБУЗ «ДОКБ», оказывает специализированную диагностическую, консультационную помощь и стационарное лечение детям Белгородской области. ОГБУЗ «ДОКБ» открылась в 1976г. В рамках программы обязательного медицинского страхования лечение проходит бесплатно. Так же при желании люди могут получить платные диагностические и консультационные услуги. Жители других регионов России также могут получить помощь, Число детей, которые ежегодно получают амбулаторно-консультативную помощь свыше 80 тыс. человек. Более 50% детей, которые получили лечение, проживают в сельской местности. Каждый год проходит более 5000 операций, проходят лечение свыше 10000 человек. Помощь оказывается на высоком уровне.

ОГБУЗ «ДОКБ» находится под контролем Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области, Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородского района. Больница рассчитана на прием 410 пациентов одновременно, в том числе в специализированных отделениях: хирургии, гнойной хирургии, физиотерапии, анестезиологии-реанимации, гематологии, неврологии, педиатрии, офтальмологии, ортопедии, отоларингологии. Дневной стационар предусмотрен до 43 пациентов детского возраста.

В состав больницы входит: многопрофильный стационар, 8 вспомогательных и 12 клинических отделений, консультативная поликлиника. Диагностический центр включает в себя: отделение ультразвуковой

диагностики, кабинет рентгенографии, биохимическую и общеклиническую лабораторию, отделение функциональной диагностики и т.д. Диагностический центр, который оснащен современным инструментарием и оборудованием, ежедневно принимает до 500 пациентов.

На базе больницы работают 133 врача по 28 специальностям. При больнице функционирует единственное в Белгородской области офтальмологическое отделение, которое оснащено современной высокотехнологической техникой.

В настоящее время разрабатываются новые направления: нейрохирургия, уроандрология, онкогематология, хирургия раннего возраста, эпилептология. Также проводят высокопрофессиональные операции: экстропии мочевого пузыря, кишечную непроходимость, артезию пищевода, одномоментные операции при гипоспадии, различные пороки развития.

На базе больницы располагаются кафедры медицинского колледжа и медицинского факультета Белгородского государственного университета.

Детская областная больница является центром организационно-методической, научной базы педиатрической службы Белгородской области. Дальнейшие планы коллектива больницы связаны с внедрением высокотехнологичной помощи детскому населению области в соответствии с постановлением правительства Белгородской области от 29 сентября 2006 г.

Педиатрическое отделение №1 сформировано с открытия стационара. Ранее отделение работало на базе корпуса №1, а в настоящее время, после реконструкции железнодорожной больницы, располагается в современно обустроенном здании.

Для проведения анализа деятельности медицинской сестры в педиатрическом отделении №1 в лечебно-диагностическом процессе при заболеваниях мочевыделительной системы и анализа профилактической работы, мы проанализировали штатное расписание.

В отделении работают:

Педиатр – 2 штатные единицы.

Врач - нефролог – 1 штатная единица.

Врач – гастроэнтеролог – 1 (0,5 ставки).

Врач – кардиолог – 1 (0,25 ставки).

Заведующая отделением – 1 штатная единица.

Врач – пульмонолог – 1 (0,5 ставки).

Врач – ревматолог – 1 (0,25).

Врач – эндокринолог – 1 (0,5 ставки).

Процедурная медицинская сестра – 1 штатная единица.

Старшая медицинская сестра – 1 штатная единица.

Палатная медицинская сестра – 14 штатных единиц, из них имеют:

- без категории - 1;
- вторую категорию – 2;
- первую категорию – 2;
- высшую квалификационную категорию – 9.

Санитарки – 9 штатных единиц.

Педиатр психолог – 1 штатная единица.

Сестра хозяйка – 1 штатная единица.

На базе больницы работают 8 врачей по 7 направлениям, что способствует раннему выявлению заболевания и правильной постановке диагноза. Высшую квалификацию имеют большинство специалистов.

2.2. Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при заболеваниях мочевыделительной системы у детей в педиатрическом отделении ОГБУЗ «ДОКБ»

В профессиональной деятельности медицинской сестры педиатрического отделения ежедневно решаются множество задач. Кроме выполнения манипуляций и процедур, назначенные врачом, медицинская сестра обязана выявлять приоритетные проблемы пациента, узнавать окружающую его

обстановку, а также составлять план сестринских вмешательств, в основе которых лежат проблемы пациента, связанные с заболеванием.

Для анализа мы выбрали истории болезни с заболеваниями мочевыделительной системы педиатрического отделения ОГБУЗ «ДОКБ».

При поступлении в стационар всем пациентам назначаются следующие лабораторные исследования:

- анализ кала на цисты лямблий и яйца гельминтов;
- посев мочи на степень бактериурии;
- общий анализ мочи и общий анализ крови;
- соскоб на энтеробиоз;
- биохимический анализ крови.

Диагностические процедуры: ЭКГ, УЗИ, Урография, цистография, нефросцинтиграфия, цистоскопия.

Медицинские сестры соблюдают все правила подготовки к сдаче анализов, доставки их в лабораторию, потому что результаты анализов показывают общее функциональное состояние больного. Все эти действия входят в профессиональную деятельность медицинской сестры.

По итогам исследования карт стационарного больного, мы выяснили, что:

1/3 пациентов проводилась проба Реберга, определение суточного диуреза было проведено 1/4 части пролеченных больных, 1/2 пациентам было проведено исследование анализа мочи по Нечипоренко. Дополнительные биохимические исследования проводились в 30% случаев: анализ крови на креатенин, анализ на СРБ, мочевины, определение уровня мочевины в крови.

При острой фазе купирования у пациентов с гломерулонефритом, применяются антигистаминные противоаллергические препараты. Мы выяснили, самый распространенный препарат – супрастин. Мочегонные препараты применяются для снятия отёчного синдрома (фуросемид, лазикс). В педиатрическом отделении применяется фуросемид, он был назначен 60% пациентам. Также в сочетании с этим препаратом применяют аспаркам. Он

восполняет потерю калия, который выходит из организма вместе с мочой при применении мочегонных препаратов. 50% больных назначается абсорбированная кислота, она не вырабатывается в тканях и органах, но укрепляет сосудистую стенку и оказывает метаболическое действие. С целью предотвращения развития дисбактериоза, нормализации и восстановления микрофлоры кишечника 40% пациентов назначались пробиотики. Для улучшения почечных сосудов и почечного кровотока применяются курантил – у 35%, пирацетам - у 25%. У 20% при расстройствах мочеиспускания применяется препарат элькар.

Детям при необходимости проводятся дополнительные консультации со специалистами. В профессиональной деятельности медицинской сестры неотъемлемой частью является выполнение назначений врача и уход за пациентом.

На основании проведенного анализа профессиональной деятельности медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при заболеваниях мочевыделительной системы у детей можно сделать следующие выводы:

1. Для правильного определения и постановки диагноза пациентам назначаются обязательные диагностические процедуры, такие как анализ кала на цисты лямблий и яйца гельминтов, посев мочи на степень бактериурии, общий анализ мочи и общий анализ крови, соском на энтеробиоз, биохимический анализ крови.

2. Важной ролью является медикаментозное лечение, в том числе антибактериальная, так как большая часть патологий мочевыделительной системы у детей носит инфекционный характер.

3. Медицинская сестра обязана выполнять назначение врача, а также уход за пациентом и контроль за его физическими показателями.

4. При заболевании органов мочевыделительной системы важно соблюдение диеты, водного режима и личной гигиены.

2.3. Результаты анкетирования Медицинских сестер педиатрического отделения №1

Среди медицинских сестер педиатрического отделения №1 ОГБУЗ «ДОКБ» был проведен опрос (Приложение 1).

Нами были проанкетированы 15 медицинских сестер в педиатрическом отделении №1 ОГБУЗ «ДОКБ», каждая ответила на 12 вопросов в нашей анкете.

Из общего количества анкетированных нами, респонденты подразделились на следующие группы по возрасту: от 20 до 30 лет 5(33%) сотрудников, от 30 до 50(47%) 7 сотрудников, от 50 и выше 3(20%) сотрудников.

Можем сделать вывод из этих данных, что в отделении работают преимущественно персонал, который относится к молодой возрастной категории, по классификации ВОЗ (Рис.1).

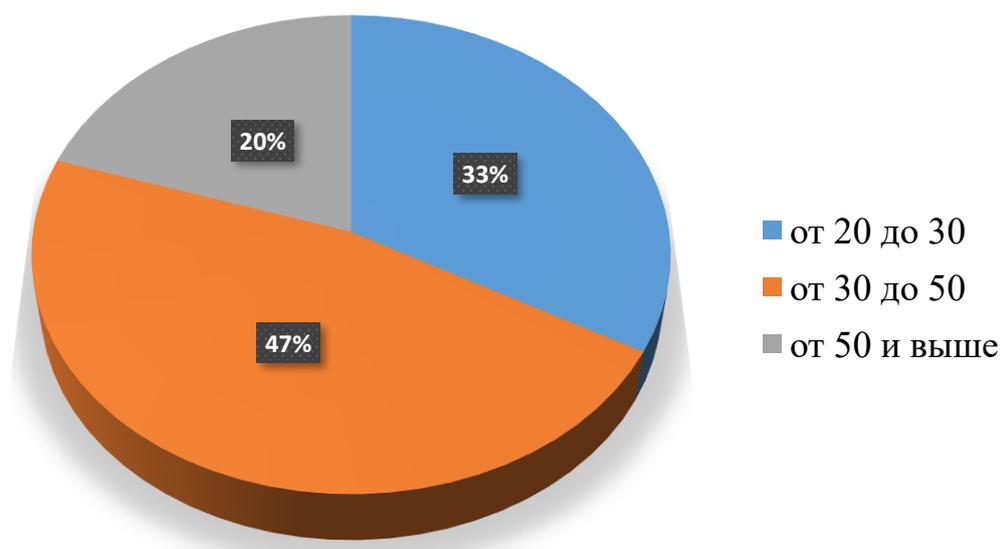


Рис. 1. Распределение по возрастным группам

В отделении большинство работников имеют стаж работы более 10 лет, это говорит об опытности и квалификации персонала (Рис.2).

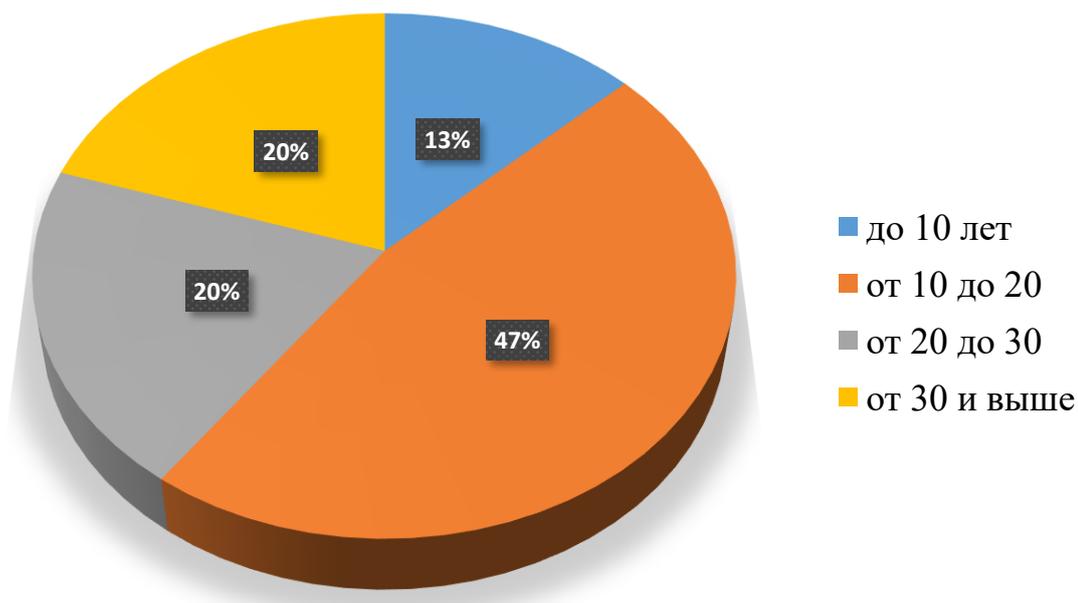


Рис.2. Стаж работы

Из данной диаграммы видно, что большинство медицинских сестер оценивает свою рабочую нагрузку, как достаточно высокую (Рис.3).

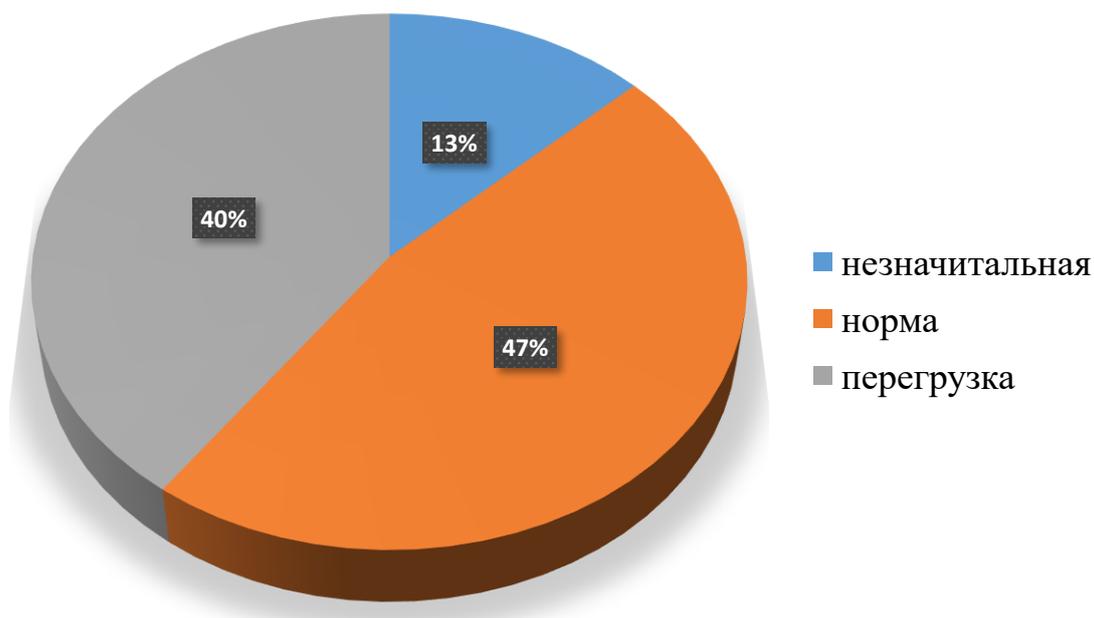


Рис.3. Оценка рабочей нагрузки сотрудниками

Из опроса видно, что большинство 10(67%) сотрудников удовлетворены своей работой, только 5(33%) респондентов не удовлетворены своей профессией или бы хотели бы сменить её (Рис.4).

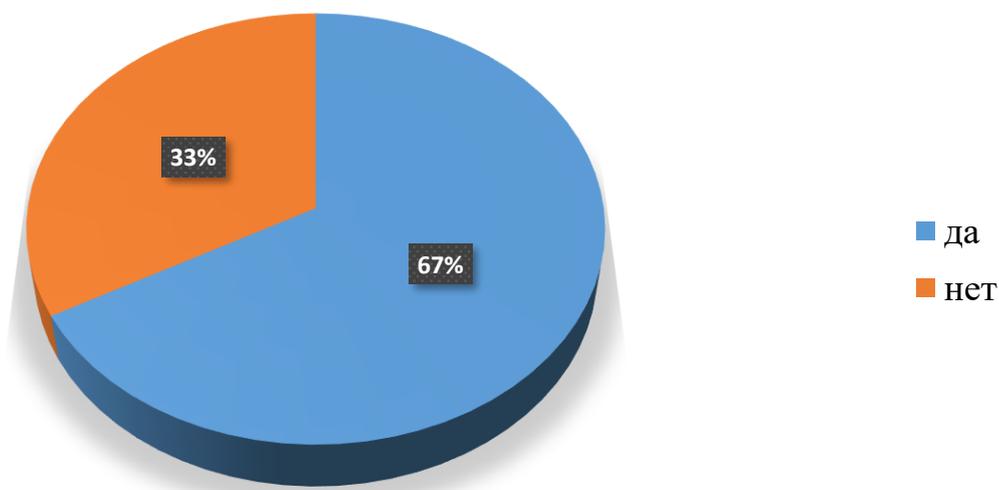


Рис.4. Удовлетворение профессией

Девять (60%) сотрудников признают, что их работа имеет высокую степень ответственности и связана с большим количеством стрессов. Шесть (40%) сотрудников не считают, что их деятельность связана с большими стрессовыми нагрузками, но подчеркиваю ответственность на данной работе (Рис.5).

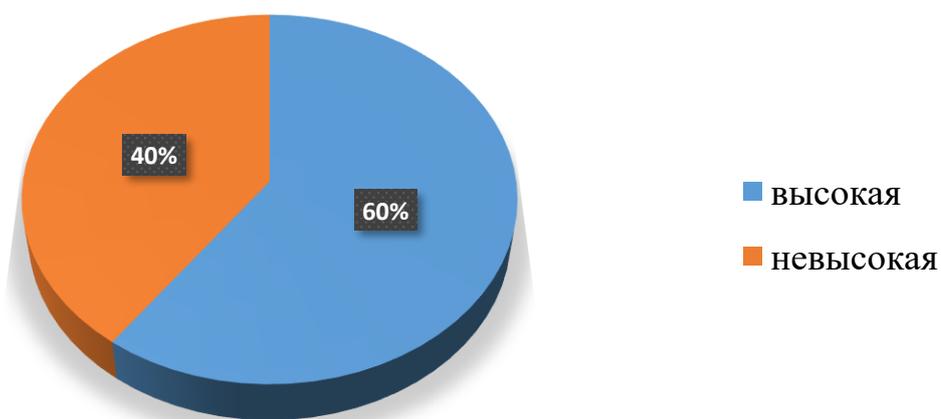


Рис.5. Оценка стрессовой нагрузки на рабочем месте

По результатам анкетирования, 13 (87%) медицинских сестер из 15 считают себя профессионалами и удовлетворены уровнем своей профессиональной подготовки (Рис.6).

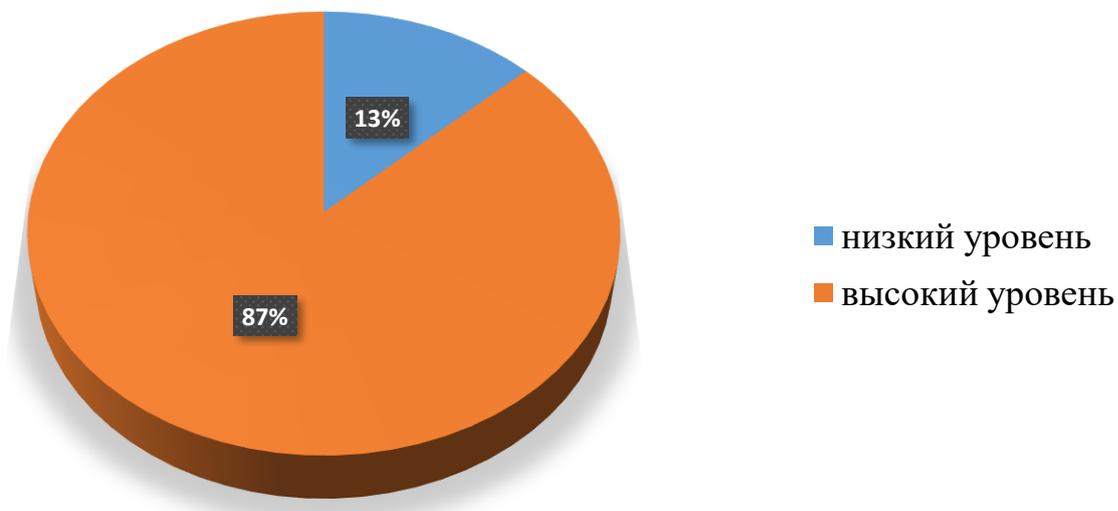


Рис.6. Оценка личного профессионализма

Несмотря на это, 7 респондентов, что составляет 47% сотрудников, хотели бы повысить свой уровень профессиональной подготовки и освоить более современные методы работы (Рис.7).

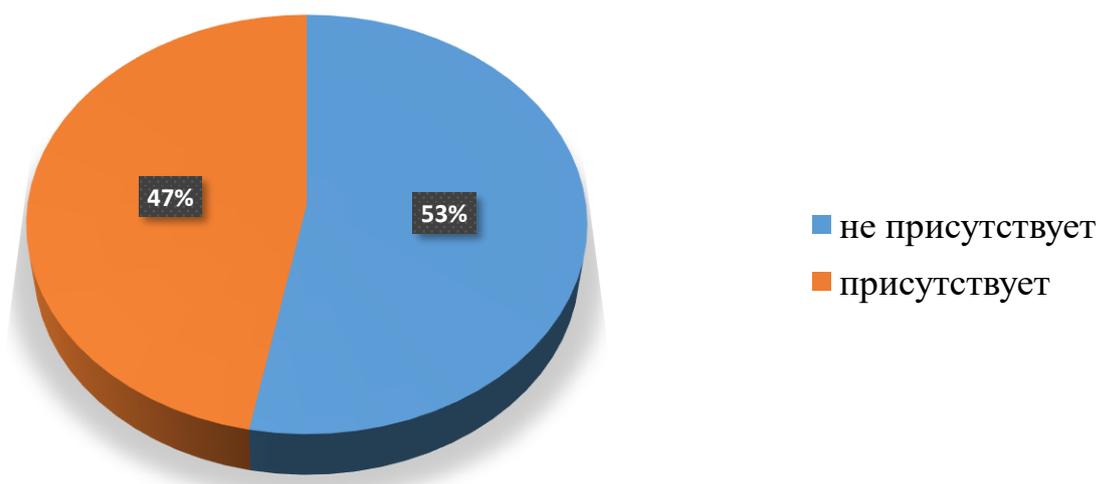


Рис.7. Желание повысить свою квалификацию

На вопрос о том, какие методы по повышению эффективности работы отделения были бы наиболее успешны 9 (60%) медицинских сестер предпочли бы более технически усовершенствованное и современное оснащение, 5 (33%) сотрудников высказались в пользу повышения квалификации, один (7%) сотрудник предложил снизить количество пациентов на штатную единицу персонала (Рис.8).

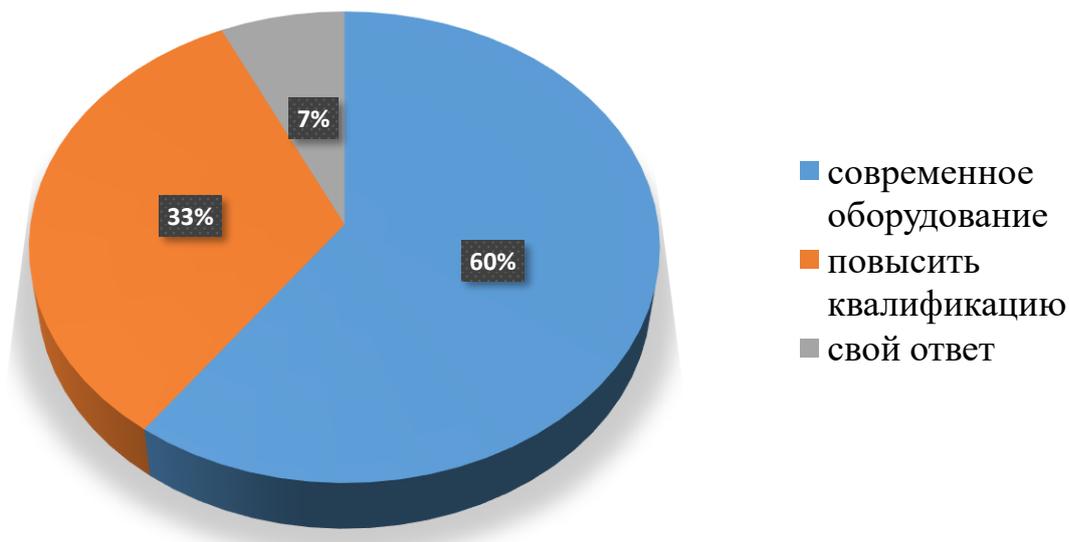


Рис.8. Методы повышения эффективности работы в отделении

На вопрос о применении в отделении современного оборудования, сотрудники дали положительный ответ (Рис.9).

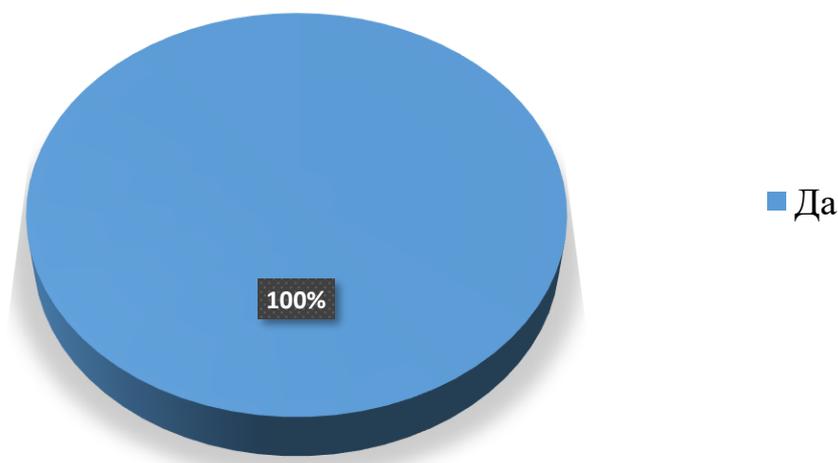


Рис.9. Применяют ли в отделении современное оборудование

Четырнадцать (93%) медицинских сестер из 15 регулярно проводят беседы с пациентами и их родственниками о методах профилактики и возникновения рецидивов заболеваний (Рис.10).

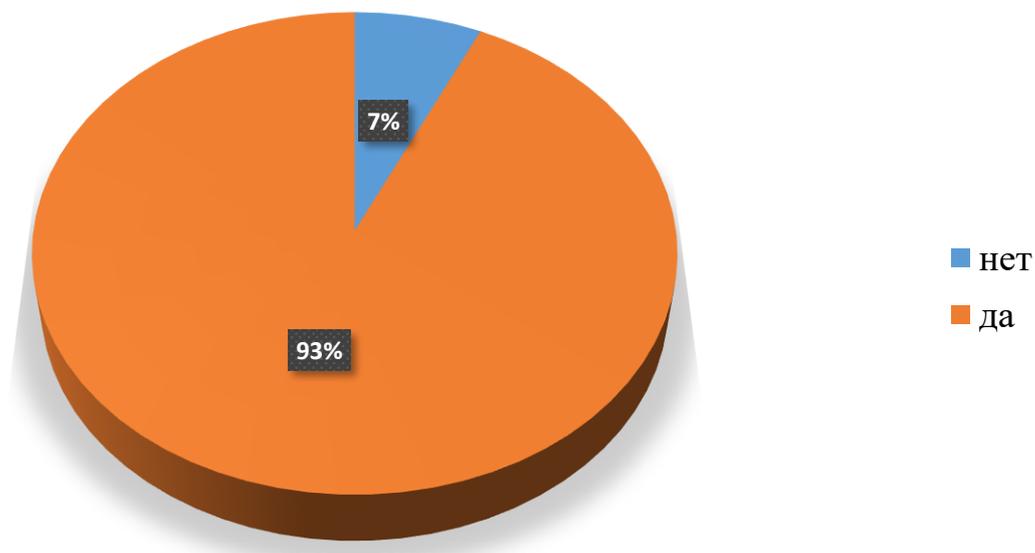


Рис.10. Проведение бесед с пациентами и их родственниками

По данным этой диаграммы мы видим, что все сотрудники отделения считают, что соблюдение этики и деонтологии необходимая часть лечебного процесса, поэтому 15 (100%) медицинских сестер стараются их придерживаться (Рис.11).

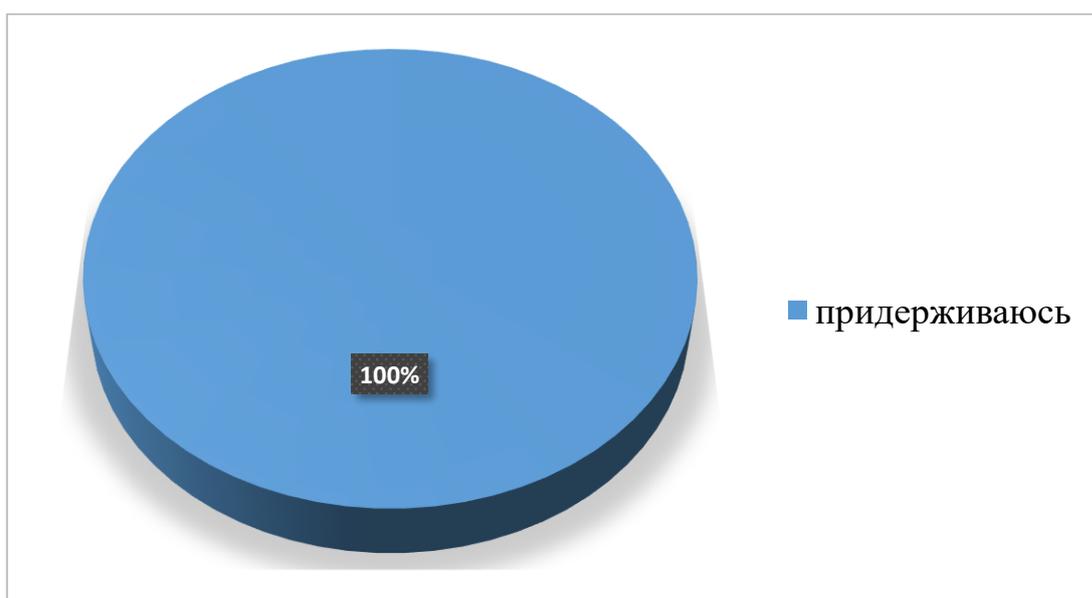


Рис. 11. Исполнение сотрудниками принципов этики и деонтологии

Из данных в этой диаграмме мы видим, что 11 (73%) сотрудников отмечают заинтересованность в получении информации о методах профилактики со стороны пациентов и их родственников, 4 (27%) оценивают низкий уровень заинтересованности (Рис.12).

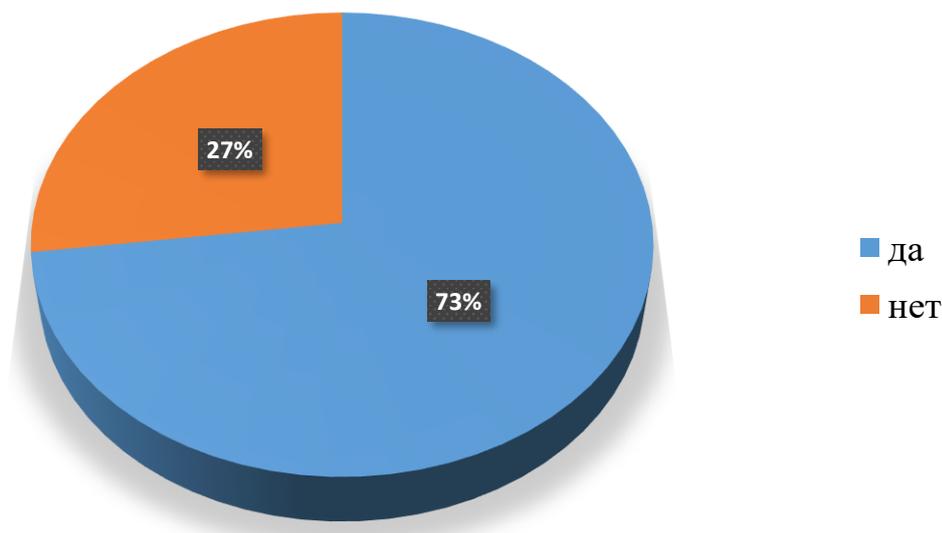


Рис.12. Проявление заинтересованности со стороны пациентов и их родственников

По итогам анкетирования можно сделать следующие выводы, что штат медицинских сестер педиатрического отделения ОГБУЗ «ДОКБ» сформирован из сотрудников, которые имеют высокий уровень профессионализма и продолжительный стаж работы, также в отделении проводится профилактическая работа с пациентами и их родственниками.

2.4. Анализ статистических данных, собранных на базе ОГБУЗ «ДОКБ»

Мы собрали на базе ОГБУЗ «ДОКБ» статистические данные о статистике заболеваемости мочевыделительной системы среди детей в период с 2014г. по 2018г. На основе этих данных была составлена таблица, в которой указали

заболевания как: почечная недостаточность, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит и другие заболевания МВС, для того, чтобы определить имеющиеся проблемы с целью их оптимизации и повышению качества оказания сестринской помощи детям по профилактике МВС.

Таблица 1

Пролечено пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы с 2014г. по 2018г.

Год	2014	2015	2016	2017	2018
Всего болезней почек	627	602	488	596	629
Почечная недостаточность	11	5	15	48	52
Мочекаменная болезнь	15	20	20	41	45
Гломерулонефрит	301	327	318	320	317
Другие заболевания МВС	300	250	135	187	215

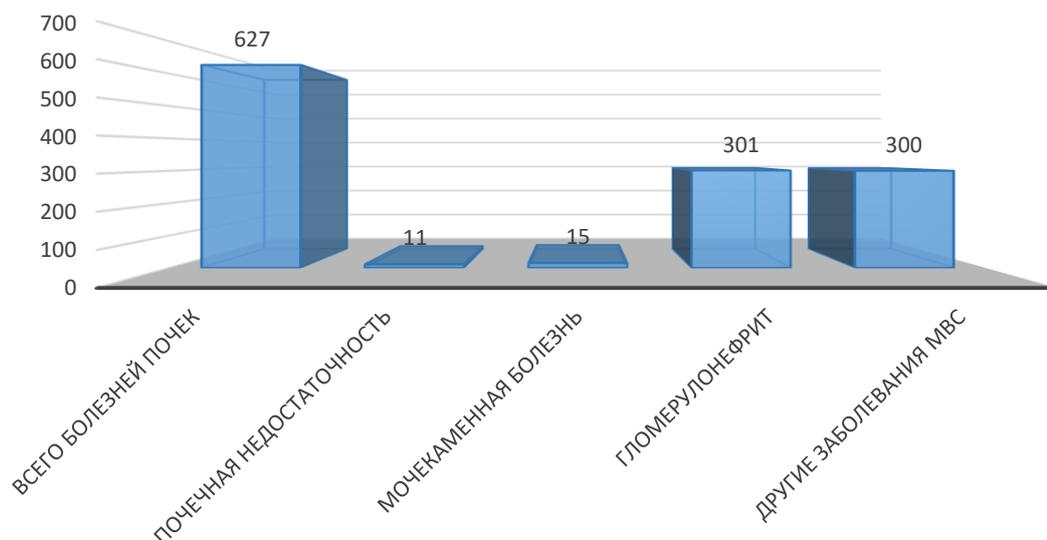


Рис.13. Статистические данные заболеваемости МВС в 2014 году

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что в 2014 году в структуре пролеченных заболеваний количество поступивших с диагнозом гломерулонефрит выше, чем с другими заболеваниями почек и составляет 48%, для медицинского персонала это является сигналом, чтобы разработать план сестринских вмешательств при данной патологии. Так же значительное количество пролечено с другими заболеваниями МВС, что составило 47% от всех заболеваний почек (Рис.13).

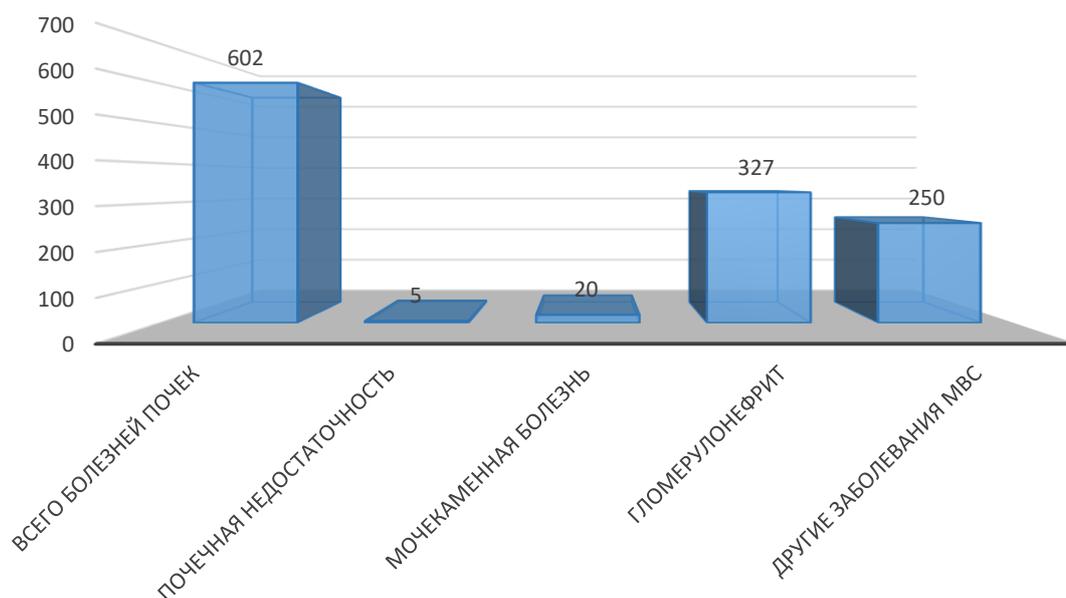


Рис.14. Статистические данные заболеваемости МВС в 2015 году

Анализируя работу мы наблюдаем, что в структуре пролеченных заболеваний ведущая роль отводится пациентам с гломерулонефритом, тенденции к снижению нет, но наблюдается динамика к снижению других заболеваний мочевыделительной системы, наблюдается рост пациентов с мочекаменной болезнью. Поэтому сестринскому персоналу нужно акцентировать внимание пациентов и его окружению на качество употребляемой ими воды и пищи (Рис.14).

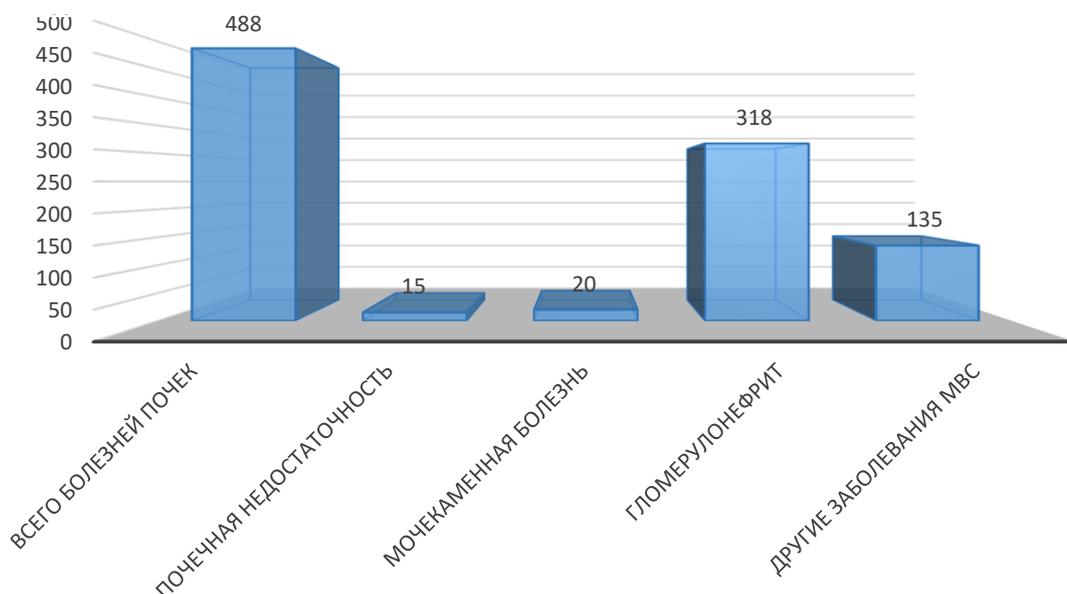


Рис.15. Статистические данные заболеваемости МВС в 2016 году

Из приведенных данных мы наблюдаем, что в данный год снизилось количество пациентов с общей болезнью почек, также снизилось количество пациентов с гломерулонефритом, что говорит о качественном и своевременном профилактическом и лечебно-диагностическом процессе на догоспитальном этапе, что позволяет медицинскому персоналу акцентировать свое внимание на реализации сестринского вмешательства при других заболеваниях МВС у детей (Рис.15).

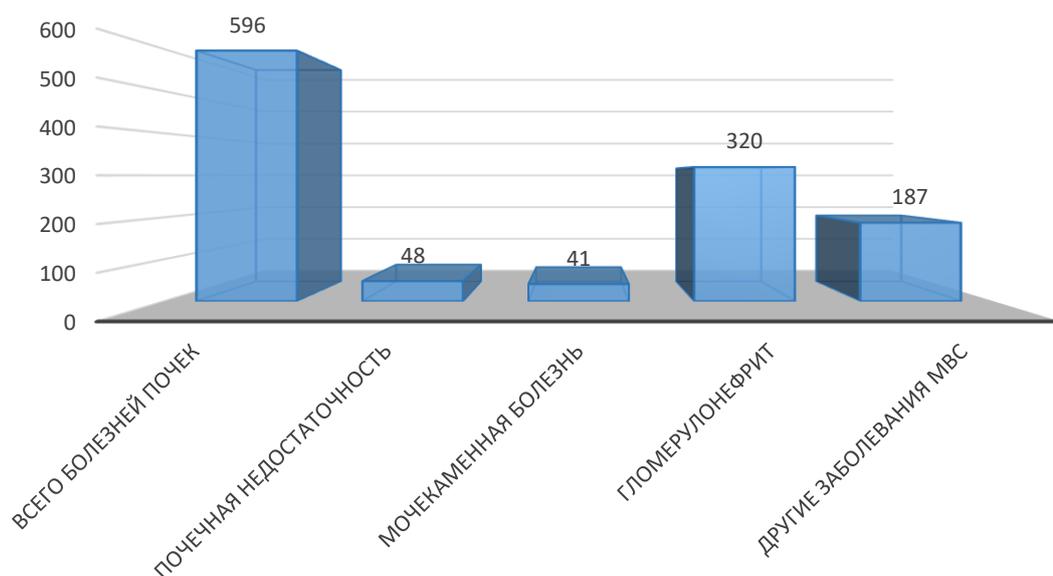


Рис.16. Статистические данные заболеваемости МВС в 2017 году

Из данной голограммы можно сделать вывод, что в 2017 году количество пациентов с заболеванием почек продолжает расти, в этот год преобладают пациенты с гломерулонефритом, а так же мы видим, что число детей с мочекаменной болезнью, выросло в два раза, по сравнению с 2015 годом. Необходимо каждому пациенту и их родственникам тщательно подбирать рацион, а медицинскому персоналу ознакомить их с продуктами, рекомендованными при данном заболевании (Рис.16).

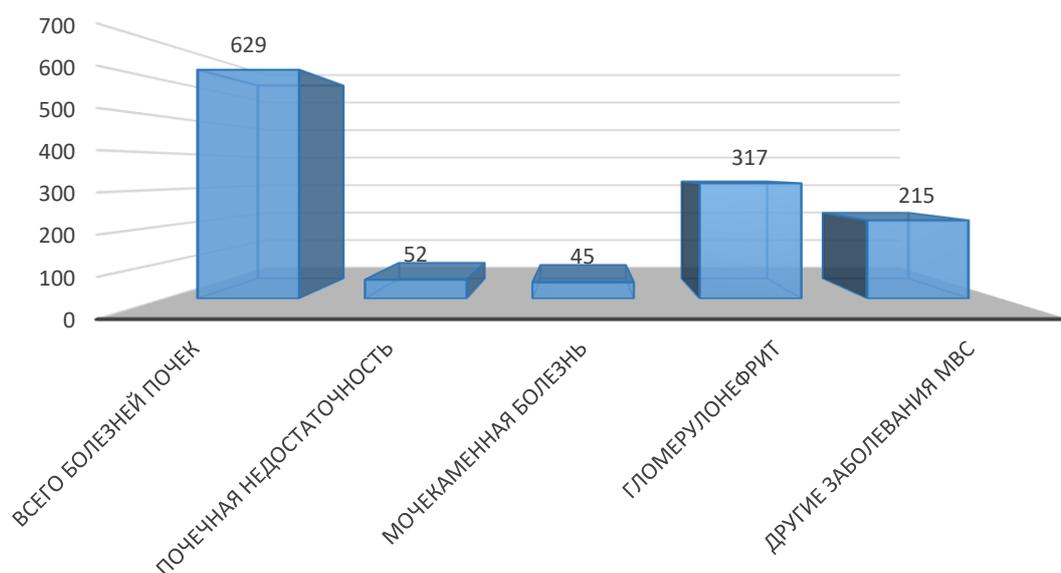


Рис.17. Статистические данные заболеваемости МВС в 2018 году

Из данных мы видим, что в 2018 году заболеваемость пациентов мочевыделительной системы возросло по сравнению с 2014-2017 годами, наблюдается значительный рост пациентов с почечной недостаточностью и мочекаменной болезнью, других болезней мочевыделительной системы, но снизилось количество пациентов с заболеванием гломерулонефрит, что говорит об улучшении лечебно-профилактического процесса при данном заболевании (Рис.17).

Проанализировав статистические данные, собранные на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», можно сделать вывод, что на современном этапе заболевания мочевыделительной системы у детей требуют внимательного подхода к данной проблеме всего медицинского персонала.

2.5. Социологическое исследование, проведенное среди родителей, дети которых находятся на лечении в ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Нами была составлена анкета для опроса родителей, проходящих стационарное лечение в педиатрическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» (Приложение 2). Всего было опрошено 25 человека.

Большинство детей, страдающих заболеваниями мочевыделительной системы 15 (60%) это девочки (Рис.18).

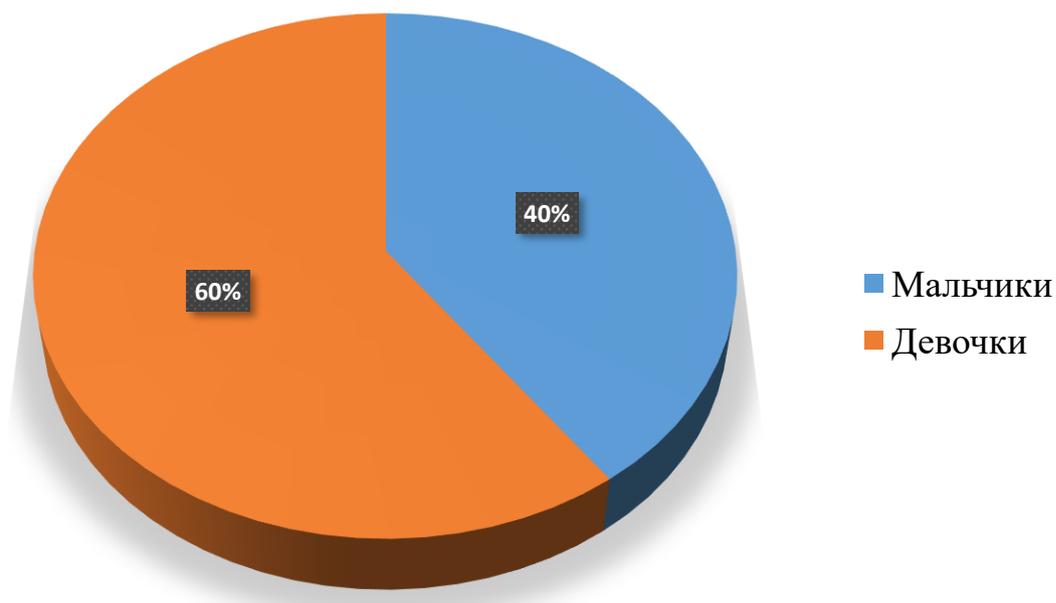


Рис.18. Половая принадлежность детей

Исходя из данных анкет, по статистике у 12(48%) детей имеются родственники с патологиями почек, это может говорить о наследственном характере заболевания. 3(12%) опрошенных родителей не имеют информации по этому вопросу (Рис.19).

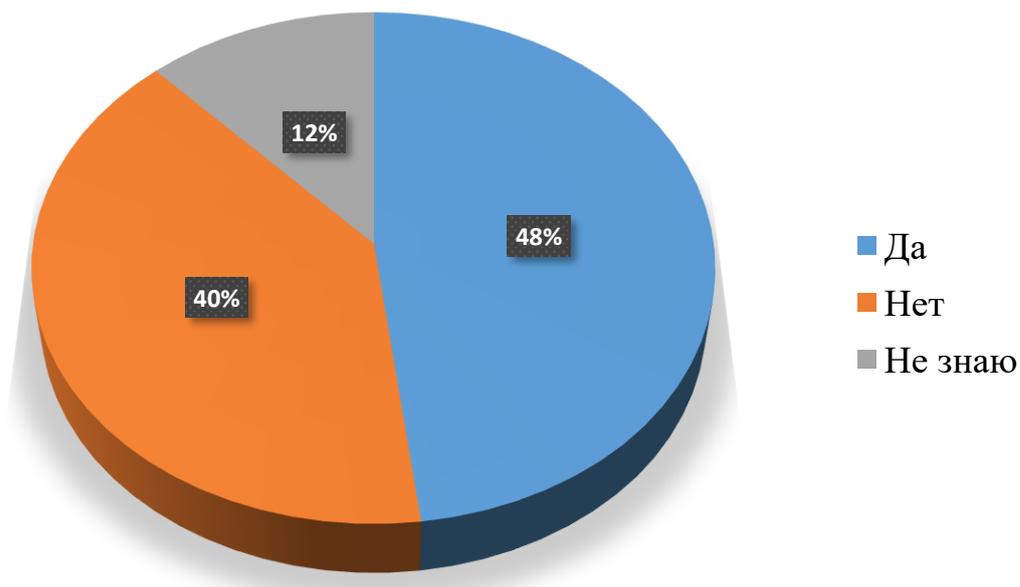


Рис.19. Генетическая предрасположенность

По результатам данных анкет, известно, что 13 (52%) родителей знают и стараются в семье соблюдать правила здорового образа жизни, всего лишь один (4%) человек затруднился с ответом на этот вопрос (Рис.20).

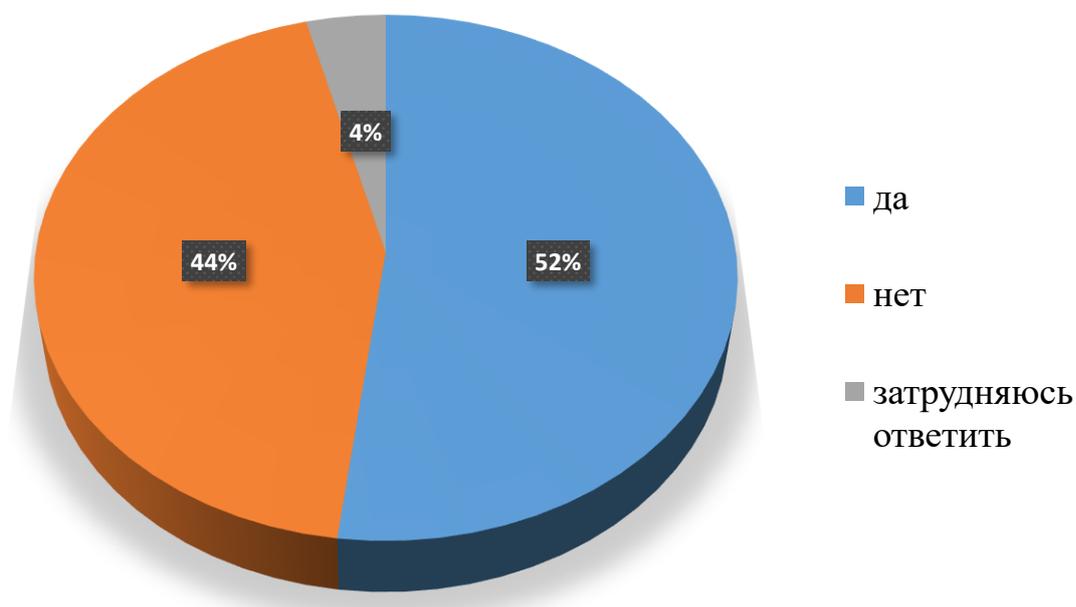


Рис.20. Соблюдение правил здорового образа жизни в семье.

Большее количество респондентов 17 (68%) подтвердили проводимость с ними бесед о методах профилактики болезней мочевыделительной системы у детей, а также закаливании и диетотерапии (Рис.21).

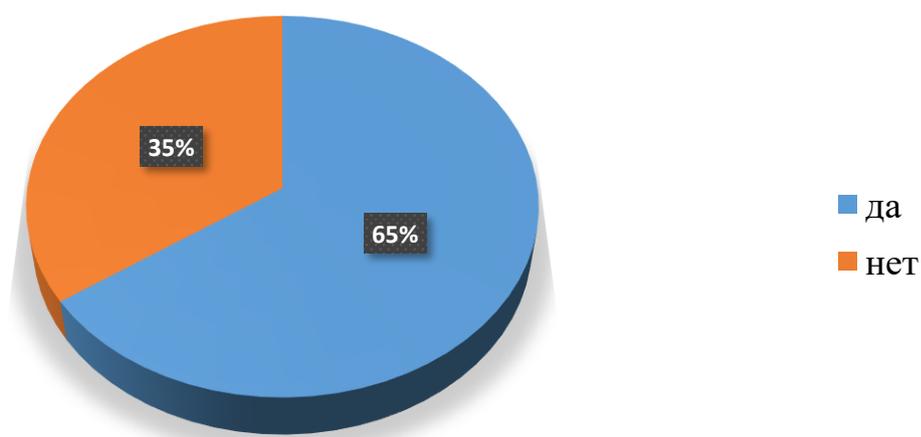


Рис. 21. Проведение медицинским персоналом бесед с родителями о методах профилактики заболеваний мочевыделительной системы у детей

О том, какие профилактические меры применяются, знают только 14 (56%) респондентов, 5 (20%) дали отрицательный ответ и 6 (24%) опрошенных затруднились с ответом (Рис.22).

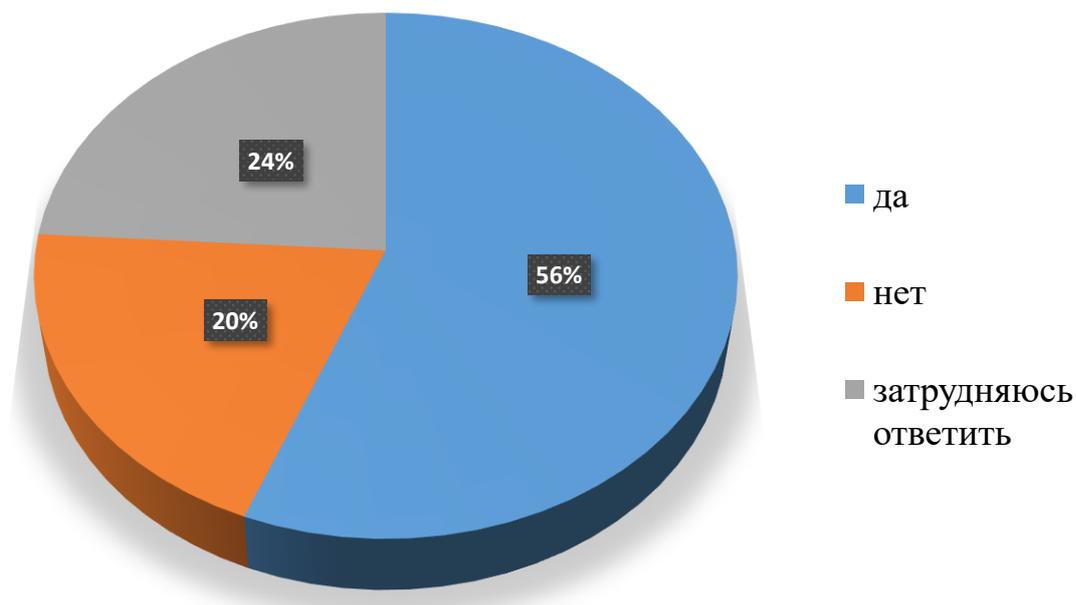


Рис.22. Осведомлены ли вы о мерах профилактики заболеваний мочевыделительной системы у детей

Из данной диаграммы видно, что 16 (64%) опрошенных стараются проходить диспансеризацию своевременно, предпочитают своевременно обращаться к специалистам и осуществляют контроль за здоровьем своих детей. Проходят не регулярно диспансеризацию 6 (24%) родителей, 3 (12%) опрошенных – проходят, но преимущественно не регулярно (Рис.23).

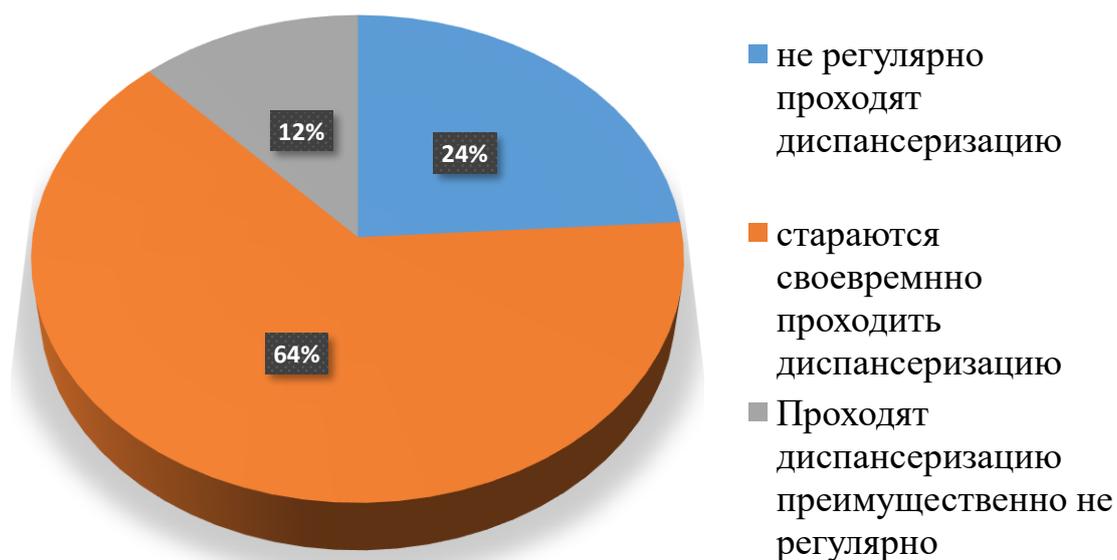


Рис.23. Регулярно проходят диспансеризацию и посещают педиатра

Несмотря на то, что родители показывают высокий уровень доверия врачебным рекомендациям и назначениям, но 15 (60%) старается их придерживаться, у 7 (28%) опрошенных не всегда это получается, 3 (12%) опрошенных не придерживаются (Рис.24).



Рис. 24. Исполнение врачебных диетических рекомендаций и водного режима

Восемь (32%) родителей не принимают мер по повышению защитных сил организма ребенка и его иммунитета. Четверо (16%) опрошенных проводят процедуры по закаливанию, 10 (40%) респондентов приобретают витаминно-минеральные комплексы для детей, 3 (12%) родителей повышают иммунитет детей с помощью регулярного санаторно-курортного отдыха, посещения солевых комнат (галотерапия), занятий спортом и физиопроцедур (Рис.25).

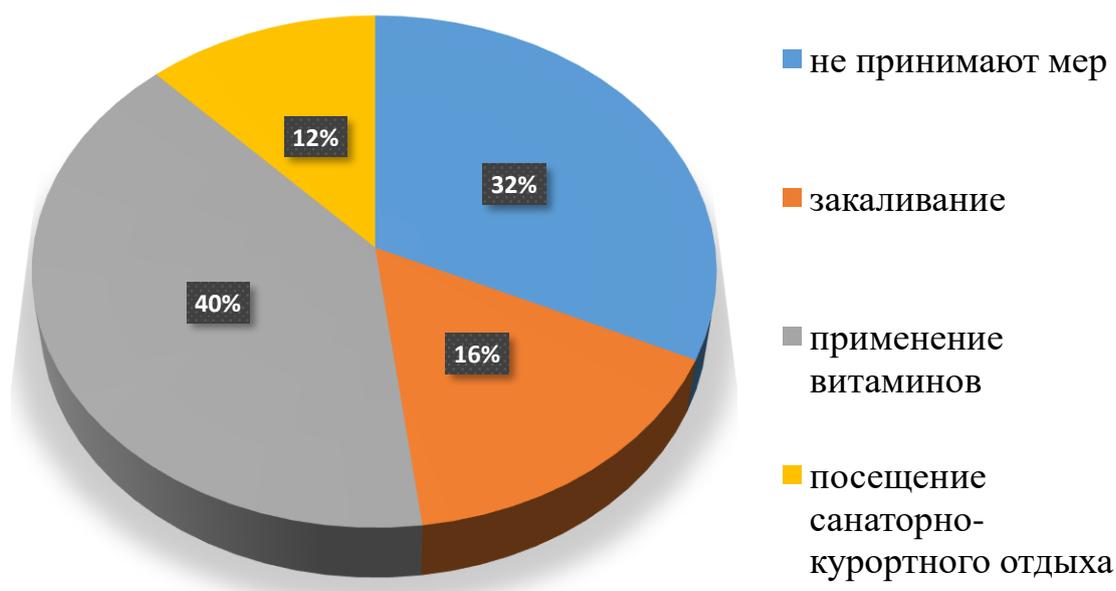


Рис.25. Прибегаете ли вы к методам повышения иммунитета

По данному исследованию мы можем сделать вывод, что родители получали медицинскую помощь на высоком уровне и в достаточном объеме, были осведомлены о мерах профилактики заболеваний ребенка и развитии осложнений. Задав множество вопросов респондентам, о работе медицинских сестер отделения, мы отметили, что родители были осведомлены о проблеме заболеваний мочевыделительной системы у детей. Своевременно получали необходимую информацию от медицинского персонала о профилактике рецидивов заболеваний, по диетотерапии, роли здорового образа жизни, как детей, так и родителей.

Опрошенные родители дали высокую оценку профессиональной деятельности медицинского персонала педиатрического отделения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя исследование о профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике заболеваний МВС у детей, мы выяснили, что в диагностике, лечении, диспансерном наблюдении, в первичной и вторичной профилактике заболеваний мочевыделительной системы у детей, роль медицинской сестры имеет первоначальное значение. Так как её функция заключается в непосредственном контакте с пациентом и его окружением, что является необходимым условием для имиджа лечебного отделения.

Важно знать, как для персонала, так и для родителей, что внешние факторы (травматизация, инфицирование, аллергические реакции, охлаждение, климатические условия) и внутренние (эндокринные нарушения, пол, обмен веществ, возраст, наследственность), влияют на развитие заболеваний МВС.

Всем детям, даже при минимальных изменениях в анализах мочи - необходима консультация уролога или врача специалиста - нефролога. Проведение полного нефрологического обследования для раннего выявления заболеваний почек, ролью медицинской сестры является преаналитическая подготовка пациента к исследованиям.

Проведение комплекса профилактических мер по предупреждению развития патологии органов мочевыделительной системы, необходимо регулярно осуществлять среди населения, путем проведения санитарно – просветительской работы, создание «Школы здоровья», регулярного выпуска санитарных бюллетеней и профилактических бесед среди родителей и детей.

При раннем установлении диагноза поражения почек важно, как можно быстрее начать правильное лечение и предотвратить развитие почечной недостаточности.

Тема выпускной квалификационной работы, дала нам возможность рассмотреть организацию сестринской деятельности в профилактике при заболеваниях МВС у детей, более подробно изучить проблемы, которые

повышают риск развития патологии мочевыделительной системы, изучить уровень информированности родителей и детей о профилактических мерах при данных заболеваниях.

Мы обратили особое внимание на организацию сестринского ухода в стационаре, получили опыт по обучению пациентов и выявлению их проблем, а также, глубже понять материал, что стало очередным этапом совершенствования наших навыков и знаний.

Изучив необходимую литературу и проанализировав работу среднего медицинского персонала педиатрического отделения, можно сказать следующее: знание способствующих факторов и этиологии возникновения заболеваний мочевыделительной системы, клинической картины и осложнений, особенностей диагностики данного заболевания и подготовки к ним, принципов профилактики и лечения, освоение принципов введения высокотехнологичных лекарственных средств, успешное адаптация и умение работать с высокотехнологичным оборудованием, поможет медицинской сестре качественно осуществить свою профессиональную деятельность в лечебно-диагностическом процессе на более высоком уровне и помочь пациентам эффективно и быстро влиться в социум.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарова И.Н. // Нефрология и диализ [Текст]: учебное пособие, 2015. с. 21—24.
2. Возианова А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста [Текст]: учебное пособие. – Киев: Книга плюс, 2014. – С.58-75.
3. Сергеева Т. В. // Нефрология и диализ [Текст]: учебное пособие. — 2017. — № 2. – С. 227—229.
4. под ред. В.А.Таболина, С.В.Бельмера, И.М.Османова. – М.: ИД Медпрактика. Нефрология детского возраста [Текст]: учебное пособие - 2015.- С.48-56.
5. Яцык П.К, Сенцова Т.Б, Габибли Р.Т. Микробиологические особенности инфекционного процесса у детей с хроническим обструктивным пиелонефритом. Урол. и нефрол [Текст]: учебное пособие - 2016 – 168.
6. Яцык С.П, Сенцова Т.Б, Фомин Д.К, Шарков С.М. Патогенез хронического обструктивного пиелонефрита у детей и подростков [Текст]: учебное пособие - 2016 – 135 с.
7. Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей: учеб.-метод. [Текст]: учебное пособие – 2017.
8. Калугина Г.В., Клушанцева М.С., Шебах Л.Ф. Хронический пиелонефрит. – М.: Медицина [Текст]: учебное пособие - 2018. – 267 с.
9. Запруднов А.М, Григорьев К.И. Детские болезни: Учебник. – М.: Медицина [Текст]: учебное пособие - 2012. - 540 с.
10. Крохина С.А., Сукало А.В. Воспалительные заболевания мочевой системы у детей // Мед.панорама [Текст]: учебное пособие – 2018. – 268с.
11. Маркова И.В, Неженцев М.В, Папаян А.В. Лечение заболеваний почек у детей. - СПб.: Академия [Текст]: учебное пособие – 2017. - с. 185 – 197.
12. Тиктинский О.Л, Калинина С.Н. Пиелонефриты. СПб: Академия [Текст]: учебное пособие – 2015. - с. 247.

13. А.Станкевич, А.В.Сукало, Е.С.Зайцева, Н.И.Тур. – Мн.: Технопринт [Текст]: учебное пособие - 2015. С.55-57.
14. Сергеева Т. В. // Нефрология и диализ [Текст]: учебное пособие — 2014. — № 2. – С. 230—234.
15. Гриценко, В.А. Механизмы уропатогенности бактерий [Текст]/ Гриценко В.А., Дерябин Д.Г., Брудастов Ю.А.; «Микробиология» [Текст]: учебное пособие – 2015. - №2. – 5 с.
16. Изолированная бактериурия как симптом инфекции мочевой системы у детей [Текст]: учебное пособие/ Вялкова А.А., Гриценко В.А., Зыкова Л.С., Гордиенко Л.М., Зорин И.В., Репман М.С.// «Медицинский вестник Юга России». - 2016. - №3. – С. 28-37.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА - ИНТЕРВЬЮ

Уважаемые коллеги! Мы просим Вас ответить на несколько вопросов, составленной нами анкеты. Все ответы останутся строго конфиденциальными и анонимными. После большинства вопросов приведено несколько вариантов ответов, из которых нужно выбрать подходящий для Вас!

1. Сколько Вам лет?

- А) от 20 до 30
- Б) от 30 до 50
- В) от 50 и выше

2. Сколько лет Вы работаете в педиатрическом отделении?

- А) до 10
- Б) от 10 до 20
- В) свыше 20

3. Насколько Ваша деятельность сопряжена с нагрузками?

- А) Ощущаю перезагрузку
- Б) В пределах нормы
- В) Нагрузка незначительная

4. Нравится ли Вам профессия?

- А) Да
- Б) Нет

5. Считаете ли Вы свою работу сопряженной со стрессовыми ситуациями?

- А) Да
- Б) Нет

6. Считаете ли вы себя профессионалом в своей сфере?

- А) Да
- Б) Нет

7. Хотели бы Вы повысить свой уровень квалификации?

- А) Да

Б) Нет

8. Что бы Вы предложили для повышения эффективности лечения пациентов?

А) Повышение квалификации сотрудников

Б) Усовершенствование оборудования

В) Свой вариант ответа

9. Применяются ли в Вашем отделении высокие технологии?

А) Да

Б) Нет

10. Проводите ли Вы беседы с пациентами и родственниками о методах профилактики и предупреждения рецидивов заболевания?

А) Да

Б) Нет

11. Придерживаетесь ли Вы принципов этики и деонтологии на рабочем месте?

А) Да

Б) Нет

12. Насколько бы Вы оценили заинтересованность пациентов и их родственников в информации о мерах профилактики болезней почек?

А) Низкая заинтересованность

Б) Средняя заинтересованность

В) Высокая заинтересованность

Благодарим за помощь!

АНКЕТА-ИНТЕРВЬЮ

Уважаемые родители! Просим Вас ответить на несколько вопросов, относительно профилактики и лечения болезней почек системы у Вашего ребенка. Большинство вопросов имеют несколько вариантов ответов, из которых необходимо выбрать наиболее подходящий. Вся информация останется анонимной и конфиденциальной!

1. Сколько Вам лет _____ Сколько лет Вашему ребенку _____

2. Какого пола Ваш ребенок?

А. Девочка

Б. Мальчик

3. Есть ли в Вашей семье люди, страдающие заболеваниями почек?

А. Да

Б. Нет

4. Стараетесь ли Вы семьей придерживаться принципов здорового образа жизни?

А. Да

Б. Нет

5. Проводилась ли медицинским персоналом с Вами беседа о методах профилактики заболеваний мочевыделительной системы у детей?

А. Да

Б. Нет

6. Осведомлены ли вы о мерах профилактики заболеваний мочевыделительной системы у детей?

А. Да

Б. Нет

7. Регулярно ли Вы посещаете педиатра и проходите диспансеризацию?

А. Да

Б. Нет

В. Скорее нет

8. Придерживаетесь ли вы врачебных диетических рекомендаций и режима питья?

А. Да, однозначно

Б. Нет

В. Иногда нарушаю

9. Проводите ли вы в домашних условиях мероприятия с целью повысить иммунитет ребенка, если проводите то какие?

А. Закаливание

Б. Прием витаминных препаратов

В. Свой вариант ответа

Г. Не проводим

Спасибо за содействие!