

ПОНЕДИЛНИКОВЫЙ РОСТАСЪХ ТЕМА ЛЕКЦИИ: ОСТРЫЙ ИНФАНТОУДЕН

Разработчик:

преподаватель
педиатрии

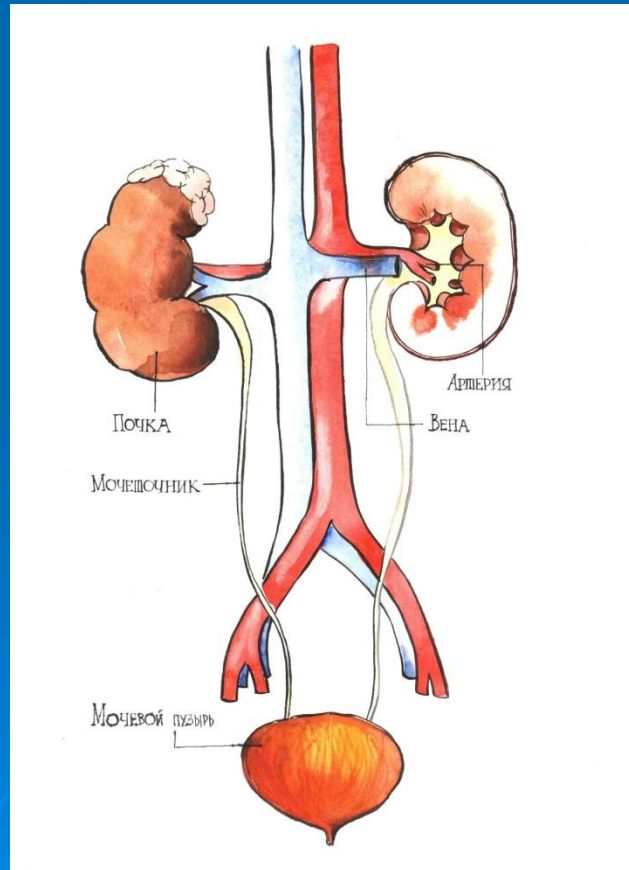
Суздалева Н.Л.

План изложения материала

- 1.Актуальность проблемы.
- 2.Определение понятия пиелонефрит.
- 3.Этиология и патогенез.
- 4.Классификация.
- 5.Клиника. Возможные проблемы пациента.
- 6.Лабораторная диагностика.
- 7.Лечение. Сестринские вмешательства при уходе за детьми с пиелонефритом.

Пиелонефрит

- Пиелонефрит – это микробно-воспалительный процесс в почечной ткани с преимущественным поражением канальцев почек.



ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит относится к заболеваниям с наследственной предрасположенностью, о чем свидетельствует:

1. Анализ родословной больных;

2. Наличие у них 5 и более стигм дизэмбриогенеза:

- готическое небо;
- расширенное переносье;
- варусная деформация мизинца;
- полидактилия;
- гипертелоризм;
- аномалии ушных раковин;
- грыжи;
- крипторхизм;
- аномалии гениталий;
- лордоз.

Факторы риска микробно-воспалительного процесса мочевой системы

▣ АНТЕНАТАЛЬНЫЕ:

- 1.наследственная отягощенность;
- 2.прием лекарств беременной;
- 3.пиелонефрит беременных;
- 4.профессиональные вредности;
- 5.вредные привычки;
- 6.хронические инфекции у беременных;
- 7.токсикоз 1 и 2 половины беременности.

▣ ПОСТНАТАЛЬНЫЕ:

- 1.вульвиты, вульвовагиниты, баланопоститы.
- 2.хронические, очаги инфекции носоглотки, кариес зубов.

ЭТИОЛОГИЯ

- 1.кишечная палочка
- 2.клебсиелла
- 3.протей

Пути проникновения инфекции в почки

- 1. Восходящий (из нижних отделов мочевыводящих путей: при цистите, вульвовагините, баланопостите).
- 2. Гематогенный (при обострении хронического тонзиллита, фурункулезе).
- 3. Лимфогенный (при дискинезии ЖКТ, запорах).

Условия для возникновения пиелонефрита

- 1.Снижение иммунитета у ребенка;
- 2.Переохлаждение;
- 3.Нарушение оттока мочи (ПМР);
- 4.АФО мочевой системы.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Острый (до 3-х месяцев) и хронический (более 3-х месяцев).
2. Первичный и вторичный пиелонефрит.
 - Первичный возникает в анатомически правильно сформированной почке.
 - Вторичный развивается:
 - А) на фоне аномалии почек или мочевыводящих путей (обструктивный)
 - Б) на фоне метаболических (обменных) нарушений (необструктивный пиелонефрит).

- Обструктивный возникает на фоне нарушения уродинамики: перегиб мочеточника, сужение в лоханочно-мочеточниковом сегменте, ПМР и т.д.
 - Необструктивный возникает на фоне оксалатурии, фосфатурии, уратурии.
3. По течению:
- Острый и хронический
4. По периоду:
- Обострение, период обратного развития, ремиссия.
5. По функции почек:
- С нарушением функции почек, без нарушения, ХПН.

КЛИНИКА

- Начало заболевания может быть бурным или постепенным.
- Основные синдромы заболевания (проблемы пациента):
 1. болевой
 2. дизурический
 3. интоксикационный
 4. мочевого (бактериурия, лейкоцитурия).

- 1. Боли могут быть в пояснице, животе, нередко сочетание болей, могут быть одно или двухсторонними, постоянными или периодическими, тупыми, ноющими, коликообразными с иррадиацией в паховую область.
- 2. Дизурический синдром проявляется учащенным, болезненным мочеиспусканием, или наоборот редкими мочеиспусканиями. Может появиться энурез.
- 3. Начало острого или обострение хронического пиелонефрита сопровождается повышением температуры, рвотой.

□ У подростков пиелонефрит может протекать:

А) под маской гриппа: температура, озноб, обильное потоотделение -при снижении температуры боли в животе без четкой локализации.

Б) под маской острого аппендицита –интоксикация, напряжение передней брюшной стенки.

- У детей грудного возраста заболевания чаще начинается в 4-5 месяцев, после перехода на искусственное вскармливание, после ОРЗ, после прививки. Повышается температура тела, появляется рвота, жидкий стул, желтуха, развивается обезвоживание, т.е протекает пиелонефрит под маской кишечной инфекции.
- Пиелонефрит у детей раннего возраста может проявляться кратковременной лихорадкой (беспричинные подъемы температуры).
- Эквивалентами дизурии могут быть беспокойство, плач, натуживание, покраснение лица, половых губ при мочеиспускании.

Лабораторная диагностика

- 1.В общем анализе крови –лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
- 2.В общем анализе мочи –снижение уд. веса, лейкоцитурия.
- 3.В анализах мочи по Нечипоренко, Аддис-Каковскому лейкоцитурия.

- 4.Проба по Зимницкому выявляет нарушение функции почек концентрационной, выделительной: гиноизостенурия, никтурия.
- 5.В анализе на бактериурию определяется более 100 тыс. микробных тел, устанавливается чувствительность возбудителя к антибиотикам и уросептикам.

- 6.Биохимический анализ крови: определяет клиренс по эндогенному креатинину, мочевины, остаточный азот, В2 –микроглобулины.
- 7.УЗИ почек (эхография почек).
- 8.Рентгенологическое обследование: в/в урография, цистография.

Эхография почек



ЛЕЧЕНИЕ

- Ребенок с острым пиелонефритом госпитализируется в стационар.
- При уходе за больным ребенком медицинская сестра осуществляет
- НЕЗАВИСИМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (контроль за выполнением режима и диеты).
- ВЗАИМОЗАВИСИМЫЕ: подготовка ребенка к исследованиям и забору материала для анализов.
- ЗАВИСИМЫЕ: проведение медикаментозной терапии.

1. Режим постельный до исчезновения лихорадки

- тепло на область мочевого пузыря, поясницу: грелки, парафин, соллюкс.
- опорожнение мочевого пузыря через каждые 2 часа.
- через 3 недели от начала заболевания ЛФК лежа, сидя, стоя.
- ежедневные гигиенические мероприятия: душ, ванна, обтирание.

2.Диета №5 по возрасту с исключением соленых, жареных острых блюд, копченостей, рыбных, грибных, мясных бульонов, чеснока, лука, щавеля, кофе.

Чередовать нужно молочно –растительную диету с белковой. Например, первая половина дня –мясные продукты, вторая только овощи.

- Рекомендуется достаточное питье, на 50% больше возрастной нормы в виде “некрепкого чая”, компотов, соков.

- Рекомендуется прием слабощелочных минеральных вод (Славянская, Смирновская из расчета 2-3 мл/кг т на прием в течение 20 дней, 2 курса в год.
- Молочно –кислые продукты 2 раза в день, на ночь обязательно (запоров не должно быть). Дается отварное мясо, рыба, крупы, макаронные изделия. Предпочтение отдается молочным продуктам. Такая диета на 1 год.

3. Медикаментозное лечение – антибактериальная терапия длительная непрерывная, с учетом чувствительности микрофлоры, до 4-6 недель, со сменой препарата каждые 7-10-14 дней. Способ введения зависит от активности процесса, формы пиелонефрита, функции почек. Используют метод ступенчатой терапии: при тяжелой форме болезни в первые дни антибиотики вводят в/в или в/м 3-5 дней; а в период стихания активности процесса переходят на пероральный путь введения.

Защищенные пенициллины:

- Аугментин
- Амоксиклав
- Уназин

Цефалоспорины:

- Цефуксим
- Цефатоксим
- Цефтибутен


Аминогликозиды:

- Гентамицин

В период стихания активности процесса рекомендуются антибактериальные препараты –УРОСЕПТИКИ:

- Фурагин
- Неграм
- Невиграмон
- Палин
- Пимидель
- 5-нок (нитроксолин)
- Канефрон

В период ремиссии назначают лекарственные травы, обладающие противовоспалительным, антисептическим, регенерирующим действием.

- Брусничный лист
 - Василек полевой
 - Клюква болотная
 - Подорожник большой
 - Стальник полевой и т.д.
- 

Через 3-5 дней после начала а/б терапии назначается антиоксидантная терапия в течение 3-4 недель:

- Витамин Е
- Бета-каротин
- Аскорбиновая кислота
- Препараты, содержащие селен (триовит, селцинк).

□ После выписки из стационара все дети с пиелонефритом находятся на диспансерном учете: перенесшие острый пиелонефрит в течении 3х лет, страдающие хроническим – до момента передачи во взрослую сеть.

□ Выполняются рекомендации стационара: контроль за анализами мочи, санация хронических очагов инфекции, предупреждение глистной инвазии, противорецидивное лечение.

Схема противорецидивной терапии

- 1-я неделя месяца –уросептик
- 2 и 3 неделя –фитотерапия
- 4-я –витамины + клюквенный морс или отвар шиповника.

ПРОГНОЗ

- О. пиелонефрит –выздоровление в подавляющем большинстве случаев, хронический пиелонефрит – редко развивается ХПН –только на фоне обструктивных процессов.