



БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИ Х ПУТЕЙ

МБОУиСОЗ

Анатомо-физиологические особенности выделительной системы

- У детей функциональная деятельность почек протекает более интенсивно, чем у взрослых. Масса почки у новорожденного (по отношению ко всей массе тела) больше, чем у взрослого. Почечные лоханки и мочеточники у детей раннего возраста относительно широкие, а мышечные и эластичные волокна развиты недостаточно, что обуславливает их пониженную деятельность и предрасполагает к возможному застою.
- Мочевой пузырь у детей первого года жизни расположен довольно высоко, при заполнении заходит в полость живота. Объем мочевого пузыря у ребенка первого месяца составляет 50 мл, а к 3 месяцам утраивается, к году увеличивается до 200 мл, к 9 — 10 годам достигает 600—900 мл.

Анатомо-физиологические особенности выделительной системы

- Длина мочеиспускательного канала у новорожденного мальчика составляет 5—6 см (у взрослого 12 см); у девочки 0,8—1 см (у взрослой женщины 3,5 см).
- В зависимости от возраста ребенка различна и частота мочеиспускания: новорожденный мочится до 20—25 раз в сутки, ребенок первого года — до 15 раз в сутки, на 2—3 году — 10 раз, в 4—7 лет — 6—7 раз в сутки.
- В первые месяцы жизни акт мочеиспускания является безусловным рефлексом. Начинать приучать ребенка к выработке условного акта мочеиспускания следует с 3—5 месяцев. Устойчивый навык пользоваться горшком закрепляется обычно на втором-третьем году жизни.

Пиелонефрит

- **Этиология.** Воспаление почек. Инфекция может проникнуть в почку несколькими путями: через лимфу — лимфогенным, через кровь — гематогенным или через мочевыводящие пути - уриногенным путем.
- Основной путь распространения инфекции гематогенный, а источник инфицирования — гнойничковые заболевания кожи, септические заболевания, заболевания верхних дыхательных путей и легких, кариес зубов, гнойные очаговые инфекции.
- **Течение и лечение болезни.** Основными симптомами пиелонефрита являются лейкоцитурия (лейкоциты в моче); бактериурия (бактерии в моче), обнаруживаемые при исследовании мочи. Заболевание может начинаться остро: повышается температура, появляется озноб, боли в животе, пояснице, дизурические расстройства (частое и болезненное мочеиспускание, ночное недержание) . Моча становится мутной, в ней появляются хлопья, кровь.
- У детей первых месяцев жизни в клинической картине преобладают симптомы интоксикации — рвота, дисфункция кишечника, ребенок теряет в массе тела.
- **Лечение** пиелонефрита проводится в стационаре.

Диффузный гломерулонефрит

- **Этиология.** Гломерулонефрит — это инфекционное аллергическое заболевание, развитию которого часто предшествуют ангина, скарлатина, а также вирусные инфекции. Способствуют развитию нефрита также охлаждение, аллергическая и наследственная предрасположенность организма.
- **Течение болезни.** Заболевание в большинстве случаев начинается на второй-третьей неделе после перенесенной инфекции. Появляются симптомы интоксикации — утомляемость, вялость, бледность, головная боль, повышение температуры.
- В зависимости от клинических проявлений выделяют 3 основные формы : гематурическую, нефротическую и смешанную. Гематурическая форма характеризуется умеренной гипертензией (повышенное давление), нерезко выраженными отеками и гематурией (кровь в моче). Для нефротической формы характерно наличие распространенных отеков, появление резко повышенной скорости оседания эритроцитов — СОЭ — и быстро развивающаяся дистрофия у ребенка. Смешанная форма сопровождается повышением давления (гипертензией), отечным синдромом, макрогематурией (большим количеством крови в моче).

Диффузный гломерулонефрит

- **Лечение** при диффузном гломерулонефрите длительное, проводится в стационаре и включает режим, диету, применение антимикробных десенсибилизирующих, симптоматических средств. Дети после стационара с полной клинико-лабораторной ремиссией наблюдаются 1 раз в 3 месяца на протяжении года, затем при отсутствии рецидива — 1 раз в 6 месяцев; анализ мочи делают 1 раз в месяц, крови — 1 раз в 3 месяца.
- Дети с клинико - биохимической ремиссией и остаточным мочевым синдромом подлежат наблюдению 1 раз в месяц, анализ мочи — 1 раз в 2 недели, анализ крови — 1 раз в 2 месяца.
- При неполной клинической ремиссии дети нуждаются в ежемесячном наблюдении, а при назначении гормональных препаратов — в еженедельном, при этом анализ мочи делают 1 раз в 2 недели, крови - 1 раз в 2 месяца. После выписки из стационара в стадии клинической ремиссии дети могут быть направлены в специализированные санатории.

Профилактика заболеваний почек у детей

- неспецифическая профилактика, цель которой заключается в оздоровлении окружающей среды и организма ребенка: общеукрепляющие мероприятия, правильный уход, рациональное вскармливание и питание, систематическое физическое воспитание с обязательным закаливанием;
- специфическая профилактика острых детских инфекций (профилактические прививки) и острых респираторных вирусных, инфекций;
- соблюдение индивидуального режима дня, рациональное питание, правильно организованное физическое воспитание, щадящее закаливание детей в период выздоровления после ангины, острого гнойного отита, пневмонии, скарлатины, острых респираторных заболеваний.
- Если ребенок, переболевший нефритом, посещает детское учреждение, он находится на специальном режиме и диете, изменение которых проводится по назначению врача. Воспитатель должен строго соблюдать установленный режим, индивидуальный уход за ребенком, выполнять назначения врача.

Цистит

- **Этиология.** Воспаление мочевого пузыря чаще всего вызывается кишечной палочкой и стафилококком, а также является осложнением инфекционных заболеваний, в том числе и гриппа. Инфекция распространяется через кровь, лимфу и восходящим путем, т. е. из наружных половых органов, главным образом у девочек, при наличии механических повреждений мочеточников., мочеиспускательного канала из-за плохого ухода за ребенком.
- **Течение болезни.** Основными симптомами заболевания являются боли при мочеиспускании, учащенные позывы и наличие гноя в моче. Дети жалуются на тяжесть и боль в низу живота (в области мочевого пузыря). Мочеиспускание может быть таким частым, что ребенок не в состоянии удержать мочу. Моча при цистите мутная, так как в ней много лейкоцитов, а нередко появляется и кровь. Заболевание может протекать в острой и хронической форме.
- **Лечение.** При остром цистите ребенка следует, прежде всего, уложить в постель (дома или в больнице). Необходимо из пищи исключить все острое, соленое. Лечение комплексное. При хроническом цистите необходимо ликвидировать причину, поддерживающую воспаление (хроническую очаговую инфекцию, камень в любом отделе мочевыводящих путей, пиелонефрит).

Вульвовагинит

- **Этиология.** Вульвовагинит — это воспаление слизистой оболочки наружных половых органов у девочек. Оно бывает чаще в возрасте до 5 лет. Вызывается воспаление кишечной палочкой, стафилококком у детей с экссудативным диатезом, аллергической предрасположенностью, а также при энтеробиозе (острицах), после острых инфекционных заболеваний, гриппа, острых респираторных вирусных инфекций. Причиной вульвовагинита может быть и отрицательная привычка (онанизм) у девочки, сложившаяся в результате плохого ухода за наружными половыми органами. В этих случаях развивается неспецифический воспалительный процесс. Специфический вульвовагинит вызывается гонорейной инфекцией, которая переносится через руки ухаживающего персонала, предметы ухода, а также от матери, больной гонореей.

Вульвовагинит

- **Клиника.** При развитии вульвовагинита определяется краснота, раздражение слизистой оболочки наружных половых органов, жалобы на зуд. Появляются выделения, которые при неспецифическом воспалении бывают необильными, слизистыми или слизисто-гнойными. При специфическом (гонорейном) воспалении выделения обильные, гнойные, долго не прекращающиеся, они сопровождаются отечностью и резким покраснением слизистой
- **Лечение** неспецифического вульвовагинита проводится в домашних условиях с применением общеукрепляющих средств, витаминов, препаратов, уменьшающих зуд и воспаление. Применяют местные ванночки с настоями трав (череда, ромашка). Обязательным условием успешного лечения является ликвидация причины воспаления.
- Лечение гонорейного вульвовагинита всегда проводится в стационаре: оно длительное. Лети после

Профилактика воспалительных заболеваний мочевыводящих путей

- предупреждение острых инфекционных и хронических заболеваний у детей, организации тщательного гигиенического ухода: ежедневное правильное подмывание девочек кипяченой водой или водой с марганцовкой (движения при подмывании должны быть спереди назад); наличие индивидуальной постели, полотенца, белья. Одним из условий профилактики является соблюдение сотрудниками дошкольного учреждения правил личной гигиены и их систематическое медицинское обследование.