

ЛЕКЦИЯ 10 (1 час)

ТЕМА: СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Студент должен иметь представление:

- об основных этапах сестринского процесса в комплексе реабилитационных мероприятий больным с заболеваниями органов мочевого выделения.

знать:

- цели и задачи применения физических упражнений, физических факторов лечения и массажа при различных заболеваниях мочевого выделения системы.

- особенности сестринского процесса в реабилитации больных с нарушением функций мочевого выделения.

- показания и противопоказания к применению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях органов мочевого выделения.

- особенности сестринского ухода, применения комплексов упражнений, дозировки ЛФК, массажа, физиопроцедур в зависимости от заболевания, стадии патологического процесса, двигательного режима.

Содержание лекции:

Пиелонефрит и гломерулонефрит

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционное воспалительное заболевание почек, поражающее почечную паренхиму (преимущественно интерстициальную ткань), лоханки и чашечки. Может начаться как самостоятельное заболевание или развиваться как осложнение какого-либо другого заболевания (ангины, гриппа, гайморита и др.). Патогенные микробы могут проникнуть в почки гематогенным или урогенным путем.

Пиелонефрит протекает в острой и хронической формах.

Клиническая картина. Острый пиелонефрит проявляется ознобом, высокой температурой (до 39-40°C, слабостью, болями в суставах, мышцах и пояснице, частыми и болезненными мочеиспусканиями, изменениями в составе мочи. В 40-50% случаев острый пиелонефрит переходит в хронический, который вне обострения протекает бессимптомно. Во время обострения возможны общие и местные проявления – такие же, как при остром пиелонефрите, но менее интенсивные. Однако хронический пиелонефрит может иметь тяжелые последствия; воспалительный процесс разрушает почечную ткань и вызывает склероз почки; при этом страдают очистительные и выделительные функции почек. В

конечной стадии заболевания может наступить отравление организма азотистыми шлаками (уремия).

При хроническом пиелонефрите возникает также артериальная гипертензия, проявляющаяся при инфильтрации интерстициальной ткани, приводящей к нарушению внутривисочечной гемодинамики и увеличению секреции ренина (вазопрессора).

Лечение острого пиелонефрита или обострений хронического включает применение медикаментозных (антибактериальных и противовоспалительных) препаратов и средств физиотерапии.

В подостром периоде болезни и в хронической стадии, наряду с медикаментозными средствами, применяются массаж и ЛФК.

Гломерулонефрит – распространенное инфекционно-аллергическое заболевание почек, характеризующееся диффузным иммунным воспалением почечных клубочков. Протекает в острой и хронической формах.

Этиология и патогенез. Этиология гломерулонефрита весьма разнообразна. Наиболее часто причиной этого заболевания становятся различные инфекционные агенты. Важным пусковым фактором в его развитии является переохлаждение.

Гломерулонефрит чаще развивается у людей молодого возраста через 1,5-2 недели после перенесенного заболевания (ангины, фарингита, гриппа, скарлатины, кори и др.). Важным фактором патогенеза заболевания считают образование и фиксацию в почках иммунных комплексов, а также активацию тромбоцитов, продуцирующих сосудосуживающие факторы.

Клиническая картина. *Острый гломерулонефрит* может проявляться внезапным повышением артериального давления (в пределах 180/100 мм.рт.ст.), макрогематурией (моча цвета «мясных помоев»), отеками лица и век, олигурией (малым количеством мочи), жаждой, одышкой, болями в сердце и в пояснице. В моче появляются белок и большое количество эритроцитов.

Хронический гломерулонефрит часто протекает латентно, бессимптомно и нередко диагностируется только при исследовании мочи: умеренная протеинурия, эритроцитурия и олигурия. Иногда повышается АД, появляются тупые боли в пояснице.

Общим для всех форм течения хронического гломерулонефрита является неминуемое развитие хронической почечной недостаточности и уремии.

Лечение гломерулонефрита заключается в применении антибактериальных средств, средств для уменьшения отеков (бессолевая диета, ограничение потребления воды, мочегонные средства), снижения АД (антигипертензивная терапия), подавления иммунных реакций (глюкокортикоиды и др.).

В *острый период* занятия ЛФК противопоказаны.

В *хронической стадии* противопоказаниями к назначению ЛФК являются: обострение процесса с повышением температуры тела; повышение АД более 180/105 мм.рт.ст.; макрогематурия; выраженные проявления почечной недостаточности (уремия).

Механизмы лечебного действия физических упражнений при пиелонефрите и гломерулонефрите. При выполнении интенсивных физических нагрузок, особенно статического характера, уменьшается кровоснабжение почек, отрицательно сказывающееся на их функции, поэтому такие нагрузки нежелательны. Следует использовать преимущественно упражнения динамического характера малой и умеренной интенсивности, которые оказывают положительный эффект и улучшают функции почек. При таких нагрузках увеличиваются площади рабочих поверхностей циркуляторного русла почек; возрастает диффузионная поверхность прекапиллярных артериол и капилляров; усиливается эффективный почечный плазмоток и лимфоток; улучшается отток крови от почек; развиваются многочисленные анастомозы между капсулой и паренхимой почек и соответственно улучшаются фильтрационная, реасорбционная и секреторная функции почек (С.С. Полтырев, 1987).

При хроническом гломерулонефрите в той или иной степени выражена артериальная гипертензия. Известно, что динамические физические упражнения умеренной интенсивности, с включением в работу больших мышечных групп, понижают общее периферическое сосудистое сопротивление и АД. Антигипертензивное действие циклических упражнений снижает не только системную артериальную, но и внутривенную гипертензию – за счет снижения тонуса артериол почек; соответственно увеличивается кровоток в клубочках и нефронах, снижая ишемию почек и замедляя прогрессирование болезни.

Задачи ЛФК:

- повышение общего тонуса и улучшение психоэмоционального состояния больного;
- улучшение кровоснабжения почек;
- снижение АД;
- уменьшение свертывающей активности крови.

Методика занятий ЛФК включает три периода: подострый, неполной и полной ремиссии.

В подостром периоде (первые две недели) физические упражнения выполняются в и.п. лежа, так как при горизонтальном положении тела улучшается кровообращение почек. Вначале занятия проводятся по методике, применяемой при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Выполняются упражнения для мелких и средних

мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями в и.п. лежа на спине и на боку, а затем – сидя. Темп выполнения упражнений – медленный; количество повторений – 6-8 раз. Продолжительность занятия – 10-12 мин.

В период неполной ремиссии применяются обще-развивающие и специальные упражнения, выполняемые в медленном темпе в и.п. лежа, сидя и стоя. Количество повторений – 8-10 раз. Продолжительность занятия – 15-20 мин.

В период полной ремиссии упражнения выполняются в среднем темпе, в разнообразных исходных положениях. Используются специальные упражнения, при выполнении которых в работу включаются мышцы, иннервируемые из тех же сегментов спинного мозга, что и почки (усиление моторно-висцеральных рефлексов по М.Р. Могендович). К ним относятся упражнения для мышц брюшного пресса, спины, тазового дна, а также упражнения для увеличения амплитуды движения и сократительной способности диафрагмы. При достаточно напряженных сокращениях этих мышц значительно возрастает их кровоснабжение; по механизму моторно-висцеральных рефлексов усиливается кровообращение в почках и других органах брюшной полости.

Широко используются упражнения в расслаблении мышц после их предварительного напряжения. Упражнения в расслаблении мышц поясничной области не только снижают тонус этих мышц, но и способствуют снижению тонуса сосудов почек, что способствует улучшению их гемодинамики. Применение элементов аутотренинга в сочетании с релаксационно-дыхательными упражнениями (с неглубоким и редким дыханием) способствует нормализации психоэмоционального состояния больного.

В двигательный режим больных – в период неполной и особенно полной ремиссии – включают УГГ, самостоятельное выполнение специальных и общеразвивающих упражнений. Показаны также циклические виды физических упражнений умеренной интенсивности: ходьба, бег трусцой, ходьба на лыжах, гребля, которые особенно широко применяются в санаторно-курортных условиях. Физические нагрузки подбираются в соответствии с уровнем физической работоспособности больных и их двигательным опытом.

Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь – часто встречающееся хроническое заболевание почек, характеризующееся образованием камней в чашечно-лоханочной системе. Камни могут быть одиночными или множественными, размером от 0,1 до 10-15см и более.

Камнеобразование в почках является сложным физико-химическим процессом, в основе которого лежат нарушения коллоидного равновесия, перенасыщение мочи солями,

изменение реакции мочи, препятствующее растворению солей, инфекция мочевыводящих путей.

Клиническая картина. Основными признаками болезни являются: боль, проявляющаяся приступами почечной колики; гематурия (наличие крови в моче); лейкоцитурия; самопроизвольное; отхождение с мочой мелких конкрементов. Гематурия является следствием травматизации мочевыводящих путей. Лейкоцитурия связана с сопутствующим воспалительным процессом в почке и мочевыводящих путях.

Возникновение болей связано с резким спазмом мускулатуры лоханки или мочеточника из-за раздражения камнем. Обычно почечная колика возникает внезапно и проявляется очень сильными (нестерпимыми) болями в поясничной области или в подреберье. Наиболее частые причины почечной колики – сотрясение тела во время езды в транспорте или в автомобиле, поднятие тяжестей, обильное питье.

Лечение мочекаменной болезни комплексное: применяются медикаментозные средства для снятия боли и спазма мышц мочеточника (спазмолитики), а также диуретики (средства, усиливающие диурез), которые облегчают отхождение камней. В тяжелых случаях проводится оперативное лечение или раздробление камня ультразвуком.

Лечебная физкультура и массаж также являются важным средством лечения.

Задачи ЛФК:

- улучшение мочевыделительной функции почек и оттока мочи; i
- содействие отхождению камней;
- общее укрепление организма и улучшение обмена веществ.

Методика ЛФК. При мочекаменной болезни физические упражнения вызывают колебания внутрибрюшного давления и объема брюшной полости, стимуляцию перистальтики кишечника, сотрясение и растягивание мочеточников и тем самым способствуют выведению камней. Специальные упражнения для мышц брюшного пресса, мышц спины и малого таза также снижают тонус гладкой мускулатуры мочеточников по механизму моторно-висцеральных рефлексов и способствуют отхождению камня. К таким упражнениям относятся различные наклоны и повороты туловища, резкие изменения положения тела, бег, прыжки, соскоки со снарядов и др. Эти упражнения чередуются с расслаблением мышц и дыхательными упражнениями с диафрагмальным дыханием. Важной особенностью занятий ЛФК является частая смена исходных положений (стоя, сидя; стоя на четвереньках, на коленях; лежа на животе, на спине, на боку и др.). Продолжительность занятия ЛФ – 30-45 мин.

Кроме ЛГ, больным рекомендуются УГГ с выполнением упражнений в разных исходных положениях, а также ходьба, бег с прыжками, соскоками и подскоками, спрыгивание со ступеньки.

Массаж начинают с поясничной области, а затем переходят на область позвонковых костей таза. Для прекращения почечной колики производят сильные растирания в углу между 12-м ребром и позвоночником, а также в области Д₃-Д₄ позвоночника. Процедуру заканчивают массажем передней стенки живота в области над лонным сочленением.