**Тема: "Сестринский уход при заболеваниях почек (гломерулонефрит, острая и хроническая почечная недостаточность)".**

**Гломерулонефрит** – это иммунновоспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков вследствие образования аутоантител к почечной ткани.

**Причины,** играющие роль пускового механизма заболевания**:**

* β-гемолитический стрептококк группы А,
* вирусная инфекция (аденовирусы, вирус герпеса, краснухи, гепатита В, энтеровирусы),
* различные вакцины и сыворотки

**Способствующие факторы:**

* наследственная предрасположенность
* переохлаждение
* физические нагрузки
* высокая влажность воздуха

##### Различают острый и хронический гломерулонефриты.

**Острый гломерулонефрит** (ОГН) развивается через 1-3 недели после перенесенной инфекции (например, после ангины) и обычно заканчивается выздоровлением.

**При хроническом гломерулонефрите** (ХГН) происходит гибель нефронов, развитие вторично-сморщенной почки и развитие ХПН.

Длягломерулонефритов характерны ведущие синдромы:

1. **отечный синдром -** почечные отёки возникают по утрам, с локализацией на лице, исчезают к вечеру, кожные покровы бледные, тёплые и мягкие на ощупь
2. **гипертензивный синдром** - повышается и систолическое, но в большей степени диастолическое артериальное давление
3. **мочевой синдром**  - в моче появляются: протеинурия, гематурия, цилиндрурия

**Клинические варианты течения гломерулонефрита:**

* моносимптомная форма (с изолированным мочевым синдромом) - протекает скрыто, выявляется по изменениям в анализах мочи (белок, эритроциты, цилиндры).
* развернутая форма (классический вариант) – характерны ярко выраженные клинические симптомы.
* нефротический синдром - развивается при суточной потере белка с мочой более 3 г в сутки, у пациентов появляются массивные отеки вплоть до развития анасарки, асцита и гидроторакса.

**Клинические проявления гломерулонефрита. Жалобы:**

* могут быть незначительные тупые двусторонние боли в поясничной области.
* отеки на лице
* изменение цвета мочи (гематурия - моча цвета «мясных помоев»)
* уменьшение количества выделяемой мочи (снижение суточного диуреза)
* головная боль, тошнота, рвота (при повышении артериального давления)
* может быть, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

**Объективный осмотр:** Внешний вид: «лицо нефротика» - одутловатость лица, отечность век (особенно по утрам), кожа бледная. В тяжёлых случаях могут быть распространённые отёки (анасарка, асцит, гидроторакс). Отмечается повышение артериального давления. При повышенном артериальном давлении пульс напряжённый.

Поколачивание по поясничной области слегка болезненное. Моча имеет цвет мясных помоев.

##### Лабораторные и инструментальные методы исследования

Исследования мочи:

* общий анализ мочи (белок 0, 33 0 / 00 (промили), эритроциты более 10-15 в поле зрения или сплошь покрывают поле зрения (макрогематурия), цилиндры),
* проба Нечипоренко увеличивается количество эритроцитов в 1 мл мочи),
* проба Зимницкого снижается относительная плотность мочи во всех порциях, уменьшение суточного диуреза, преобладание ночного диуреза (никтурия)
* проба Реберга - определение скорости клубочной фильтрации (в норме –80-120 мл в минуту)
* определение суточной потери белка с мочой (при гломерулонефритах более 1 г в сутки, при нефротическом синдроме более 3 г в сутки).

Исследования крови:

* Взятие крови на иммунологические исследования – определяют иммуноглобулины.

**Инструментальные методы:**

* УЗИ почек,
* обзорный снимок почек,
* радиоизотопная реография,
* биопсия почек.

**Осложнения:**

* острая (ОПН) и хроническая почечная недостаточность (ХПН)
* острая сердечная недостаточность (отёк лёгких)
* гипертонический криз

**Лечение:**

1. Строгий постельный режим назначается при остром гломерулонефрите и при обострении хронического гломерулонефрита на срок 3-4 недели.

2. Диета – стол № 7 (ограничение жидкости не более 800 мл, поваренной соли до 2-3г в сутки, белков).

3. Лекарственные препараты:

* пенициллинотерапия (10 дней по 500 тыс. – 6 раз в сутки для санации очагов инфекции)
* иммунодепрессанты: цитостатики (6-меркантоиурин, циклофосфан) под контролем клинического анализа крови (эритроцитов и лейкоцитов); глюкокортикоиды (преднизолон)
* нестероидные противовоспалительные препараты (НГВП) - индометацин, вольтарен. мовалис и др. после еды
* антикоагулянты (гепарин 5000 - 10000ЕД через каждые 4 часа под контролем свертывания крови, курантил 2 табл. 3 раза в день)
* симптоматическое лечение: гипотензивные препараты, мочегонные препараты, препараты калия, сердечные гликозиды и т.д.

Санаторно-курортное лечение проводится в тёплом сухом климате пустыни (Байрам Али), а весной и летом - Южный берег Крыма.

##### Профилактика:

Первичная профилактика гломерулонефритов:

* осуществлять санацию очагов инфекции,
* избегать переохлаждений и контактов с пациентами с гриппом, ОРВИ, ангиной и т.д.
* профилактические прививки проводить на фоне полного здоровья

Вторичная профилактика направлена на предупреждение обострений (рецидивов) хронических гломерулонефритов и назначение профилактических курсов лечения.

Пациенту, перенесшему острый гломерулонефрит, и страдающему хроническим гломерулонефритом необходимо также:

* осуществлять санацию очагов инфекции,
* избегать переохлаждений и контактов с пациентами с гриппом, ОРВИ, ангиной и т.д.
* профилактические прививки проводить в период ремиссии по индивидуальному календарю.
* запрещается работа в холодных и сырых помещениях и связанная с тяжёлым физическим трудом.

**Диспансерное наблюдение** у нефролога и участкового терапевта – после выписки из стационара в первый месяц пациента обследуют каждые 10 дней, затем 1 раз в месяц, 1 раз в 2-3 месяца:

* анализ мочи в динамике
* анализ мочи на пробу по Нечипоренко
* контроль за АД
* консультация окулиста
* консультация ЛОР - врача и стоматолога (санация очагов инфекции)

У пациентов с гломерулонефритами нарушаются удовлетворение следующие потребности: выделять, пить, есть, осуществлять самоуход, поддерживать температуру тела, отдыхать.

В связи с определением нарушенных потребностей у пациентов с гломерулонефритами можно выделить следующие **проблемы**:

* головные боли,
* тошнота, рвота,
* уменьшение количества выделяемой мочи.
* боли в поясничной области
* повышение температуры тела

**Сестринский уход:**

1. Контроль за соблюдением постельного режима, способствующего улучшению клубочковой фильтрации и снижению артериального давления

2. Контроль за соблюдением диеты № 7 и рекомендации по диетотерапии:

* приготовление пищи без соли; употребление жидкости с учетом суточного диуреза предыдущего дня + 300-400 мл,
* употребление творога, мяса и рыбы в отварном виде, натуральных фруктовых соков, фруктов, овощей, варенья, меда, щелочных минеральных вод (Боржоми),
* исключение алкогольных напитков, чая, кофе, шоколада, острой пищи;

3. Осуществлять уход за кожей (выполнять гигиенические мероприятия) и профилактику пролежней при тяжёлых формах гломерулонефрита.

5. Помощь при рвоте

6. Подготовить пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования

7. Контроль за отеками при нефротическом синдроме (регулярное взвешивание и учет водного баланса).

8. Контроль артериального давления, характеристик пульса, частоты дыхательных движений, цвета кожных покровов, цвета мочи, суточного диуреза

9. Дать рекомендации пациенту:

* сухое тепло на поясничную область (шерстяной платок),
* при наличии отеков на нижних конечностях рекомендовать пациенту носить мягкую свободную обувь, носки без тугой резинки
* не носить тугую стесняющую одежду

10. Обучить пациента и родственников измерению водного баланса и артериального давления, уходу за кожей, взвешиванию.

11.Выполнение врачебных назначений (рекомендации по приёму гипотензивных и мочегонных препаратов, глюкокортикоидов)

**Острая почечная недостаточность**

характеризуется внезапно возникшим и стремительно прогрессирующим нарушением функций почек.

Э т и о л о г и я:

* шоковая почка
* острая инфекционная почка
* токсическая почка
* сосудистая обструкция
* об­струкция мочевых путей

К л и н и ч е с к я к а р т и н а*.*

В течении заболевания выде­ляют 4 периода:

1) шоковый

2) олигоанурия

3) восста­новление диуреза

4) выздоровление

* у больных снижа­ется количество мочи до 500 мл В сутки, вплоть до пол­ного исчезновения
* при дыхании определяется запах аммиака
* отмечаются потеря аппетита, тошнота, рвота, головная боль, расстройства ЦНС
* при исследовании мочи в осадке обнаруживается много эритроцитов, лейкоцитов, цилиндры, белок
* в крови СОЭ увеличена, отмечается высокий лейкоцитоз, анемия

Л е ч е н и е*.*

* больных госпитализируют
* терапия направ­лена на:
* удаление токсических веществ из организма
* предотвращение повреждения канальцев, циркулятор­ных нарушений
* для стимуляции диуреза применяют фуросемид (до1000 мг В день)
* для коррекции белкового катаболизма применяют анаболические стероиды
* проводят борьбу с гиперкалиемией, ацидозом
* назначают крупномолеку­лярный декстран (полиглюкин, реополиглюкин)
* для очищения организма от азотистых шлаков применяют длительные промывания желудка
* при наличии инфек­ции проводят лечение антибиотиками
* гемодиализ

.

**Хроническая почечная недостаточность (ХПН)**

- патологический синдром функциональной неполноценности почек со снижением (вплоть до полного прекращения) их деятельности по поддержанию внутренней среды организ­ма, развивающейся при различных заболеваниях почек вследствие прогрессирующей гибели нефронов и почечной стромы с неуклонным снижением функциональной спо­собности почек.

* ХПН является конечной стадией разви­тия различных заболеваний почек
* Известно более 50 за­болеваний, которые заканчиваются хронической почечнойнедостаточностью
* Продолжительность жизни определяется характером основного заболевания

Э т и о л о г и я .

* На первом месте: хронический гломерулонефрит.
* На втором месте: хронический пи­елонефрит, диабетический гломерулосклероз, гипертони­ческая болезнь, поликистоз, амилоидоз почек и др.

П а т о г е н е з .

* ХПН связана с не­обратимыми структурными изменениями паренхимы по­чек
* регенерации паренхимы не происходит
* снижается способность почек концентрировать мочу и разводить ее
* падает секреторная функция канальцев, в терминальной стадии она практически равная нулю
* происходит нарушение выделительной, кровоочисти­тельнoй и гомеостатической функции почек
* в крови на­блюдается задержка азотистых продуктов обмена (азотистые шлаки:

Морфологически:

* в почках разрастается соединительная ткань
* развивается *вторично сморщенная почка* (нефросклероз)

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а .

*Нервная система:*

* пациенты медлитель­ны, апатичны, сонливы
* головокружения, головные боли (уремическая энцефалопатия)

*Кожные покровы:*

* кожа сухая, развивается кож­ный зуд
* лицо одутловато

*Костно-мышечная система:*

* мышечная слабость
* поражение костей
* изменения скелета (остеопороз) вследствие деминерализации
* уремические артриты (вследствие задержки мочевой кислоты)

*Дыхательная ситема:*

* боли в груди (следствие уремическо­го фибриноидного плеврита)
* в легких могут прослуши­ваться влажные хрипы

*Сердечно-сосудистая система:*

* развитие острой левожелудочковой недостаточности с приступами сердечной аст­мы
* артериальная гипертензия
* в терминальной стадии - пери­кардит

Уремические васкулиты способствуют изъязвлению слизистых оболочек, некрозам кожи, уремическим висце­ритам.

Температура тела может быть понижена.

Могут быть носовые кровотечения, кровоточивость десен.

*ЖКТ:*

* анорексия
* тошнота, рвота
* сухость и не­приятный вкус во рту
* тяжесть в подложечной области после приема пищи
* жажда
* запах мочи изо рта
* уремические поносы (реже поносы)

*Кровь:*

* анемия (нарушается выработка эритропоэтина) в сочетании с токсическим лейкоцитозом
* количество тромбоцитов уменьшено
* повы­шаются содержание остаточного азота, мочевины и креати­нина в сыворотке крови
* развивается *zиnеркалиемия*

Т е ч е н и е.

стадии:

1. *латентная*
2. *азоте­мическая*
3. *уремическая*

Первая стадия еще обратима.

В первую и вторую стадию жалобы пациентов соответ­ствуют основному заболеванию.

В третью (уремическую) стадию - клинические проявления становятся полиорганными.

Уремия в терминальном периоде характеризуется комой, шумным глубоким дыханием Куссмауля, желудочно-кишечными кровотечениями, сердечно-сосудистой недостаточностью и заканчивается летально.

Д и а г н о с т и к а .

* ОАК - анемия
* *ОАМ* - признаки основного заболевания, низкая относительная плотность мочи
* *Проба по 3имницкому:* изогипостенурия, никтурия
* *ВАК* - высокие цифры креатинина, мочевины, калия
* *ЭКГ* - диффузные мышечные изменения, аритмия
* *Глазное дно* - ангиоретинопатия, кровоизлияния

П р о г н о з.

* неблагоприятен
* ухудшается при беременности, хирургических вмешательствах

Л е ч е н и е .

* проводится лечение основного заболевания
* *диета:*
* полноценная, с достаточной калорийностью, но с ограничением белка до 60-40-20 г в сутки в зависимости от стадии болезни
* контролируется поступление с пищей поваренной соли, воды, калия, фосфатов (ограничение рыбы и молока)
* коррекция водного баланса, нарушения электролитного обмена (коррекция калия в крови)
* контролировать количество потребляемой воды
* если нет отеков, ХСН, артериальной гипертензии, воды потребля­ется столько, чтобы диурез был 2-2,5 л в сутки (если его нет, добавляют фуросемид)
* в терминальную стадию прием жидкости регулируется по диурезу - к количеству выделен­

ной мочи за предыдущие сутки добавляется 300-500 мл.

* *под­держание в организме баланса натрия:*
* обычно назначают диету с низким содержание слои (5-7 r в сутки)
* если нет отеков, артериальной гипертензии, количество соли не ог­раничивается)
* *коррекция количества калия в крови:*
* в полиурической стадии бывает *zиnокалиемия* - назнача­ют калиевую диету (урюк, курага, чернослив, печеный кар­тофель) или вводят препараты калия (калия хлорид, па­нангин) и при необходимости калийсберегающие диурети­ки (верошпирон, триампур)
* в терминальную стадию - *zиnернкалиемия* (ограничивают продукты, богатые калием, запрещают применение калийсберегающих диуретиков и назначают калийвыводящие (фуросемид, гипотиазид)
* назначаются сорбенты, которые адсорбируют на себе аммиак и другие токсические вещества (хофитол, леспенефрил, препараты чеснока, анаболические стероиды)
* корректируется кис­лотно-щелочное равновесие (содовые клизмы и внутривен­ные вливания)
* *симптоматическая терапия:*
* гипотензивные препараты;
* препараты железа при анемии;
* лечение инфекционных осложнений;
* поливитаминная терапия.
* радикальным и оптимальным методом лечения является трансплантация почки
* успешным методом лечения можно считать гемодиализ с помощью аппарата «искусственная почка», который продлевает" пациента до 10-20 лет

**Нарушения удовлетворения потребностей:** дышать, есть, пить, выделять, спать, отдыхать, быть чистым, одеваться (раздеваться), быть здоровым, избегать опасности, двигаться, общаться, иметь жизненные ценности материальные и духовные, играть, учиться, работать.

**Проблемы пациента:**

* тошнота, рвота
* кожный зуд
* запах мочевины изо рта
* боли в грудной клетке
* в области сердца
* боли в животе,
* боли в суставах
* склонность к кровоточивости

**Сестринский уход:**

* 1. Контроль за соблюдением диеты, стол № 7Б и дать рекомендации: исключить белки животного происхождения (мясо, рыбу, молоко, сыр, яйцо), при I ст.- количество поваренной соли до 10 г, а при повышении АД и отёках, а также при II - III ст.- 5-7 г в сутки. Количество потребляемой жидкости 300-400 мл + диурез предыдущего дня, рекомендовать щелочные минеральные воды (Боржоми).
  2. Осуществлять инфекционную безопасность пациента: ежедневная, влажная уборка и кварцевание палаты, не допускать контакта с больными с острыми респираторными инфекциями, дезинфекция предметов ухода.
  3. Осуществлять уход за кожей и слизистыми: для уменьшения кожного зуда - обработка кожи и полоскание полости рта раствором 3% раствором бикарбоната натрия, смена нательного и постельного белья, осуществлять профилактику пролежней.
  4. При наличии воспалительных процессов в полости рта - рекомендовать исключение употребление твёрдой и горячей пищи, полоскание полости - раствором фурациллина, отваром цветов ромашки, шалфея; при кровоточивости дёсен полоскание отваром листьев крапивы, коры дуба
  5. Обучить пациента и его родственников правилам личной гигиены и методам профилактики пролежней. Избегать посещения бани, сауны, приёма горячей ванны, использовать в качестве моющих средств детские шампуни и детское мыло, носить одежду из хлопчатобумажных тканей.
  6. Наблюдение за состоянием пациента: контроль состояния сознания, частоты пульса, АД, ЧДД, суточного диуреза, количества выпитой жидкости, массы тела, состояния кожи и слизистых оболочек.
  7. Помощь при рвоте, лихорадке, одышке, диарее, носовых кровотечениях, при гипертонических кризах
  8. Подготовка пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования.
  9. Выполнение врачебных назначений: промывание желудка, сифонная клизма, дача и введение лекарственных препаратов.

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение гломерулонефрита.
2. Укажите основные факторы, способствующие развитию гломерулонефрита.
3. Назовите клинические проявления гломерулонефрита (острого, хронического).
4. В чем заключаются основные принципы лечения гломерулонефрита.
5. Какие заболевания приводят к ХПН?
6. Особенности ухода за больными с ХПН.