

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.

Для гломерулонефритов 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, цилиндрuria

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 0,33⁰ / 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 клубочковой 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 тугих резинок
 - 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 а 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 (до 1000 мг в день)
- для коррекции белкового катаболизма применяют анаболические стероиды
- проводят борьбу с гиперкалиемией, ацидозом
- назначают крупномолекулярный декстран (полиглокин, реополиглокин)
- 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, развивающийся 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 почечной недостаточностью
- 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, кровоочистительной 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 система:

- 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 *гиперкалиемия*

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 Зимницкому*: 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 выделенной мочи за предыдущие сутки добавляется 300-500 мл.

- *поддержание в организме баланса натрия:*

- ✓ обычно назначают диету с низким содержанием соли (5-7 г в сутки)
- ✓ если нет отеков, артериальной гипертензии, количество соли не ограничивается)

- *коррекция количества калия в крови:*

- ✓ в полиурической стадии бывает *гипокалиемия* - 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 - *гиперкалиемия* (ограничивают продукты, богатые калием, запрещают применение калийсберегающих диуретиков и назначают калийвыводящие (фуросемид, гипотиазид)

- назначают 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 № 7^В 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 фурацилина, 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.