Теоретическое (лекционное) занятие № 15/31

Преподаватель Чехо О.И.

ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях».

Раздел 3 «Сестринский уход в педиатрии»

Специальность **34.02.01 «Сестринское дело»**

Группа: 41 М и 42М

Тема: Сестринский уход за детьми с гломерулонефритами

План занятия:

Определение. Основные понятия, определения. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, особенности течения, прогноз. Методы диагностики. Основные принципы лечения. Профилактика.

Гломерулонефрит – инфекционно-аллергическое заболевание почек с преимущественным поражением клубочкового аппарата.
(первичный/вторичный, острый/хронический)

Этиология:

бета-гемолитический стрептококк группы А, стафилококк, вирусы.

Факторы риска:

- хронические очаги инфекции (хронический тонзиллит, кариес)
- частые ОРВИ
- отягощенная наследственность
- аллергия

Провоцирующие факторы:

- переохлаждение
- снижение иммунитета

Клиническая картина:

- начинается остро, через 2-3 недели после перенесенного инфекционного
- заболевания
- синдром интоксикации
- мочевой синдром (олигурия, гематурия, протеинурия)
- отечный синдром (по утрам на веках и под глазами, распространяются по всему туловищу и конечностям, в тяжелых случаях скапливается в полостях)
- гипертензионный синдром – повышение АД (головная боль, тошнота, рвота)

В клинической картине ОГН может преобладать один из синдромов:

- *нефритический (гематурический*) – преобладает макрогематурия или упорная микрогематурия
- *нефротический синдром (отечный*) – протеинурия, выраженные отеки; отеки при заболеваниях почек разнообразны по степени выраженности, локализации, стойкости: чаще всего они выявляются на лице и в области стоп. при более выраженном отечном синдроме отеки обнаруживаются во всех тканях (анасарка) и полостях (грудной, брюшной), обычно отеки сочетаются с уменьшением суточного диуреза - олигурией

(диурез менее 500 мл/сутки), «почечные» отеки сочетаются с бледностью кожных покровов и сухостью кожи, они бледные, мягкие, а температура кожи над ними - обычная.

- *смешанная форма* – нефротический синдром с гипертензией, гематурией,
- протеинурией, протекает неблагоприятно, рано развивается ХПН.

Гломерулонефрит (ГН) *Острый*- остро развившийся после перенесенной инфекции, имеющей четко очерченное начало, выраженные клинические признаки и цикличное течение с развитием клинико-лабораторной ремиссии.

Хронический гломерулонефрит – хроническое прогрессирующее иммуновоспалительное поражение структур обеих почек, ведущее к развитию нефро-склероза и хронической почечной недостаточности.

Хронический - часто острый гломерулонефрит переходит в хронический. Особенно часто переход в хроническое течение происходит при нефротической и смешанной формах заболевания.

Выделяются следующие формы хронического гломерулонефрита: латентная, нефротическая, гипертоническая, гематурическая и смешанная. Течение хронического гломерулонефрита характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий.

Прогноз.

Даже без применения кортикостероидов в 60—70% случаев наблюдается полное выздоровление. При затянувшемся течении острого гломерулонефрита имеется вероятность перехода процесса в хронический. Главной причиной летальности, которая встречается крайне редко, является острая почечная недостаточность.

Осложнения.

При тяжелом течении ОГН возможно развитие острой почечной недостаточности (ОПН) и острой сердечной недостаточности, почечной эклампсии.

При ХГН развивается ХПН, прогрессирует, сердечная недостаточность, энцефалопатия.

Диагностика гломерулонефритов

1. ОАК.
2. ОАМ.
3. Анализ кала.
3. Ежедневное измерение суточного диуреза и количества выпитой жидкости.
4. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому.
5. Биохимический анализ крови.
6. Проба Реберга.
7. Иммунологические исследования крови.
8. Иммунофлюоресцентное исследование биоптатов почек.
9. Исследование глазного дна.
10. УЗИ почек.
11. ЭКГ.

Лечение:

1. госпитализация
2. постельный режим на 2-4 недели
3. диета – ограничение белка, соли, дозированный прием жидкости (в течение 3-7 дней диета №7а, в течение 1 месяца – 7б, стол №7 – в течение года)
4. при остром гломерулонефрите из питания ребенка исключаются продукты, вызывающие аллергизацию организма, поддерживающие и усиливающие гипертонию и отеки; в рацион добавляются продукты, содержащие калий: картофель, изюм, курага, бананы
5. антибактериальная терапия – препараты пенициллинового ряда
6. антигистаминные средства (супрастин, тавегил и др.)

7. гипотензивные препараты (резерпин, дибазол, папаверин, капотен и др.)
8. при отеках – мочегонные (лазикс, гипотиазид, верошпирон)
9. антиагреганты – курантил, трентал
10. нестероидные противовоспалительные препараты - вольтарен
11. в тяжелых случаях – гормоны (преднизолон, дексаметазон)
12. витамины – В1, В2, С, А, Е, рутин
13. санация хронических очагов инфекции

При хроническом гломерулонефрите лечебный режим включает следующие мероприятия: создание эмоционально комфортных условий существования, предотвращение переохлаждений, физических и эмоциональных перегрузок, смена работы, связанной с пребыванием в холодных и жарких помещениях, с ночными дежурствами, организация полноценного ночного сна и ежедневного дневного отдыха в течение 1,5 ч.

Профилактика.

Первичная профилактика острого гломерулонефрита сводится к эффективному лечению хронических очаговой инфекции (хронический тонзиллит, кариес и др.); необходимо избегать чрезмерных и продолжительных охлаждений, которых должны особенно

остерегаться лица, подверженные простудным заболеваниям. В целях своевременного выявления начала болезни после вакцинации, перенесенных острых респираторных инфекций у всех больных необходимо обязательно исследовать мочу.

Вторичная профилактика: больных, перенесших острый гломерулонефрит, ставят на диспансерный учет. При неявке медицинская сестра активно вызывает больного.

Диспансеризация.

1. дети освобождаются от профилактических прививок
2. освобождаются от занятий физкультурой на 6 мес. и более, затем занятия в спецгруппе
3. при полной клинико-лабораторной ремиссии осмотр педиатра 1 раз в квартал, исследование мочи – 1 раз в месяц
4. при частичной ремиссии – осмотр педиатра 1 раз в 2 недели, исследование мочи 1 раз в 2 недели.
5. снять с диспансерного учета можно в случае стойкой клинико-лабораторной ремиссии в течение 5 лет.

Особенности сестринского ухода за детьми с заболеваниями органов мочевыделения:

1. осуществлять контроль лечебного питания, за передачами, соблюдение водного и солевого режима, проводить разъяснительные беседы с родителями
2. учет суточного диуреза и выпитой жидкости
3. периодически взвешивает пациентов с целью контроля отеков и изменения массы тела при гормонотерапии
4. мониторинг состояния: контроль АД, пульса
5. выявляет расстройства мочеиспускания
6. осуществляет сбор мочи для анализов
7. осуществляет подготовку пациента к инструментальным методам исследования
8. контролирует работу кишечника
9. умеет оказать помощь при задержке мочи, почечной колике.

Профилактика заболеваний почек.

- ✓ предупреждение инфекционных заболеваний
- ✓ санация хронических очагов инфекции

- ✓ своевременная диагностика врожденных аномалий развития мочевой системы
- ✓ общегигиенические мероприятия
- ✓ закаливание ребенка.

Основная литература:

1. Тульчинская В. Д.. Сестринский уход в педиатрии: учебное пособие/ Ростов н/Д : Феникс, 2020. — 598 с.

Дополнительная литература

1. Волков С.Р., Волкова М.М. Проведение профилактических мероприятий. Здоровый человек и его окружение. Руководство к практическим занятиям: Учебное пособие. – М.: Авторская академия, 2011.
2. Волков С.Р., Волкова М.М. Здоровый человек и его окружение: Учебник. – М.: Авторская академия, 2012.
3. Кучма В.Р., Сивочалова О.В. Здоровый человек и его окружение-4-е изд. испр. и доп.: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-544с.
4. Мухина С. А., Тарновская И. И. Теоретические основы сестринского дела. – М.: Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2014-2016