**Сестринский уход при гломерулонефритах**

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, 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.

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 Лабораторные методы:

Исследования мочи:

* + - общий анализ мочи (белок 0, 33 0 / 00(промилле), 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 – ограничение жидкости не более 800 мл, поваренной соли до 1,5-3 г в сутки, белков.

3.Лекарственные препараты:

* антибиотикотерапия,
* иммунодепрессанты,
* нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП),
* антикоагулянты,
* симптоматическое лечение: гипотензивные препараты, мочегонные препараты, препараты калия, сердечные гликозиды.

4.Санаторно-курортное лечение проводится в тёплом сухом климате, 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
* 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
* 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 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.

4. Помощь при рвоте

5. Подготовить пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования

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

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

8. 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

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

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

**Сестринский уход при ХПН**

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это состояние, возникающее вследствие гибели нефронов при любом заболевании почек, связанное с невозможностью почек выполнять основные функции с развитием азотемии, ацидоза, анемии, нарушением вводно-электролитного баланса, развитием гипертензии.

Хронические заболевания почек, приводящих к развитию ХПН:

* хронический гломерулонефрит,
* хронический пиелонефрит,
* амилоидоз почек
* опухоли почек,
* поликистоз почек
* диабетический гломерулосклероз.

Клиническая картина ХПН обусловлена увеличением количества в крови остаточных продуктов белкового обмена (креатинина, мочевины, мочевой кислоты). Азотистые шлаки накапливаются во всех органах и тканях и выделяются через кожу и слизистые оболочки

Различают 3 стадии ХПН (в зависимости от содержания уровня креатинина в крови).

Основные клинические проявления:

1. I ст. - начальная (латентная, скрытая) - отмечается полиурия, слабость, снижение работоспособности, уменьшение отёков.
2. II ст. азотемическая – снижение диуреза, нарастание отёков, признаки интоксикации (снижение аппетита, тошнота, рвота, запах мочевины изо рта, кожный зуд
3. III ст. - уремическая - анурия, нарастает интоксикация и развивается уремическая кома.

Клинические признаки уремии:

* Сердечно-сосудистая система – пациента беспокоят выраженные боли в области сердца, одышка, сердцебиение, повышение АД, затем в терминальной стадии
* со стороны присоединяются признаки перикардита (шум трения перикарда – «похоронный звон»).
* Дыхательная система: развивается уремический плеврит. У пациента выраженные боли в грудной клетке при дыхании.
* Нервная система: у пациентов появляются синдром «беспокойных ног», мышечные подергивания, судороги, бессонница, апатия, затем развивается сонливость сопорозное состояние, которое переходит в уремическую кому.
* Пищеварительная система: анорексия, запах мочевины изо рта, тошнота, рвота, диарея, боли в животе.
* Система кроветворения: появляются признаки анемии, склонность к носовым, кишечным, маточным кровотечениям.
* Кожные покровы бледно-жёлтого цвета с сероватым оттенком, виден налет матово-блестящих чешуек мочевины на коже крыльях носа – «мочевой иней». Беспокоит постоянный кожный зуд - на коже следы расчёсов.
* Опорно-двигательная система – постоянные боли в суставах.

Осложнения:

1. присоединение вторичной инфекции (пневмонии, гингивиты, стоматиты, конъюнктивиты, паротиты, гидрадениты, пиодермия кожи, сепсис)
2. внутренние кровотечения
3. отёк головного мозга
4. уремический отёк лёгких

Лабораторные методы исследования:

Исследования крови:

* Клинический анализ крови снижение количества эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов.
* Биохимия крови: повышение уровня креатинина более 0,44 ммоль/л (в норме 0,18 ммоль/л, мочевины, мочевой кислоты).
* Вводно-электролитные нарушения: гипокальциемия, гиперфосфатемия, гипонатриемия и гипернатриемия, гиперкалиемия.

Исследования мочи:

* + - общий анализ мочи снижение относительной плотности мочи и изменения, характерные для основного заболевания.
    - проба Зимницкого снижается относительная плотность мочи во всех порциях, преобладание ночного диуреза (никтурия). Увеличение суточного диуреза при I стадии, но уменьшение вплоть до анурии при II - III стадиях,
    - проба Реберга - определение скорости клубочной фильтрации (в норме – 80-120 мл в минуту) – резкое снижение 10- 5 мл в мин.

Принципы лечения:

1. Лечение в амбулаторных условиях, при резком ухудшении состояния показана госпитализация в нефрологическое отделение.
2. Диета с исключением белков животного происхождения, уменьшение приёма жидкости. Количество поваренной соли в зависимости от стадии ХПН не более 5-10г в сутки. Приём щелочных минеральных вод (Боржоми).
3. Пациенту 1-й стадии ХПН проводится лечение основного заболевания.

Во II-III стадиях ХПН требуются активные методы лечения: энтеросорбция, гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почек.

1. Симптоматическая терапия:

* назначение мочегонных средств без препаратов калия, сердечные гликозиды, гипотензивные препараты, препараты кальция, седативные препараты
* при болях в сердце - наркотические анальгетики.
* при одышке – оксигенотерапия
* при гиперкалиемии - в/в капельно 5- 10% раствор глюкозы
* при ацидозе – в/в. капельно 3% раствор бикарбоната натрия (соды),
* промывание желудка и кишечника 3% раствором бикарбоната натрия - для удаления продуктов азотистого обмена,
* Для выведения из организма азотистых шлаков - искусственная (принудительная) диарея – приём внутрь раствора ксилита или сорбита из расчёта 100-150 г на 200мл воды.

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.
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.