Министерство здравоохранения Хабаровского края

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение

среднего профессионального образования

«Хабаровский государственный медицинский колледж»

##### ЦМК «Терапевтическая дисциплина»

Курсовая работа

По профессиональному модулю

МДК 02.01 РАЗДЕЛ 1 Сестринская помощь в терапии

**СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**

Выполнила студентка

курса 23 группы

Никовская Р.Р.

Научный руководитель:

Власкина Н.П.

Хабаровск - 2014

**Введение**

Выбранная тема курсовой работы является актуальной, так как почки - один из самых важных и в то же время один из наиболее уязвимых человеческих органов. Нарушение нормального функционирования почек приводит к серьёзным последствиям для всего организма.

Одно из таких функциональных нарушений почек носит название - гломерулонефрит. Данное заболевание впервые было описано ещё в 1827 г. Ричардом Брайтом, однако более существенный прогресс в понимании природы этого заболевания достигнут лишь на протяжении последних трёх десятилетий.

На сегодняшний день актуальность данной темы заключается в том что, заболевания почек почти всегда трудно поддаются лечению и нередко переходят в хроническую форму, а такое заболевание как гломерулонефрит является одним из частых заболеваний почек. Это заболевание может развиться у людей обоих полов и в любом возрасте, но в 2 раза чаще гломерулонефритом заболевают молодые люди (20-40 лет) и нередко заболевание переходит в хронический процесс, что обуславливает развитие хронической почечной недостаточности.

Актуальность проблемы этого заболевания заключается в том, что не всегда удаётся вовремя поставить правильный диагноз гломерулонефрита за счёт скрытых и атипично протекающих форм заболевания.

Цель исследования: Изучение сестринской помощи при гломерулонефрите.

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

− Этиологию предрасполагающие факторы данного заболевания;

− Клиническую картину и особенности диагностики данного заболевания;

− Принципы оказания первичной медицинской помощи при данном заболевании;

− Методы обследования и подготовку к ним;

− Принципы лечения и профилактики данного заболевания;

− Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

− Особенности сестринской помощи при данной патологии.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

− Тактику медицинской сестры при осуществлении сестринской помощи пациентам с данной патологией;

Практическое значение курсовой работы:

Подобное раскрытие материала, по теме «Сестринская помощь при гломерулонефрите» которое позволит повысить качество сестринской помощи.

# **Список сокращений**

АД - артериальное давление

ВОЗ - всемирная организация здравоохранения

ГН - гломерулонефрит

ЛС - лекарственное средство

ОГН - острый гломерулонефрит

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

УЗИ - ультразвуковое исследование

ХГН - хронический гломерулонефрит

ХПН - хроническая почечная недостаточность

ЦНС - центральная нервная система

ЧДД - частота дыхательных движений

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ - электрокардиограмма

# **1. Гломерулонефрит**

Гломерулонефрит - острое двустороннее иммуновоспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочкового аппарата и вовлечением в процессе почечных канальцев, интерстициальной ткани и сосудов, клинически проявляющееся почечными и внепочечными симптомами.

# **.1 Этиология**

Этиологическая роль принадлежит β - гемолитическому стрептококку группы А.

Обычно началу болезни на 1-3-й неделе предшествует стрептококковая инфекция в виде ангины, фарингита, тонзиллита, скарлатины, кожных поражений.

Возникновению гломерулонефрита и переходу его в хроническую форму способствуют:

охлаждение

чрезмерное потребление соли

хроническая инфекция (тонзиллит, кариес зубов, гепатит, туберкулез)

алкогольная интоксикация

введения вакцин и сывороток (сывороточный, вакцинный нефрит).

# **1.2 Патогенез**

Появлению симптомов гломерулонефрита после перенесенной инфекции предшествует длительный скрытый период, во время которого изменяется реактивность организма, образуются антитела к микробам и вирусам.

Образующиеся иммунные комплексы (комплекс антиген-антитело) циркулируя в крови, начинают оседать на мембране гломерул, повреждая сосудистые стенки. При этом в почечном клубочке запускается воспалительный процесс, приводящий к разрушению клубочков. Развивается генерализованный васкулит с поражением главным образом почек, так же нарушается проницаемость сосудов.

# **1.3 Клиника и классификация**

Чаще развивается у лиц молодого возраста через 10-12 дней после инфекционного заболевания. Начинается внезапно с симптомов:

общей интоксикации (общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, снижения аппетита, повышение температуры тела)

повышение АД

отеки на лице и ногах

боль в поясничной области тупого ноющего характера

кожные покровы бледны

снижение диуреза, что связанно с понижением фильтрации в почках

моча приобретает цвет «мясных помоев»

По течению различают: острый или хронический гломерулонефрит с повторными обострениями и ремиссиями.

Острый гломерулонефрит

ОГН характеризуется 4 основными синдромами:

• мочевым;

• гипертоническим;

• церебральным

• отечным.

Мочевой синдром

Характеризуется нарушением мочеотделения и патологическими изменениями в моче. Так же характерным признаком является появлением в моче эритроцитов, белка и цилиндров, макро или микрогематурией.

Гипертонический синдром

Характеризуется следующими признаками одышкой, повышение АД как систолического, так и диастолического, возможным развитием острой левожелудочковой недостаточности с появлением картины сердечной астмы и отека легких

Отечный синдром

Характеризуется появлением отеков, как правило с утра вначале на лице, затем распространяются на туловище и конечности. Прибавка массы тела за короткое время может достигать 15-20 кг и более, но через 2-3 недели отеки быстро исчезают.

Церебральный синдром

Характеризуется: головной болью, тошнотой, рвотой, туманом перед глазами, снижением зрения, повышенной мышечной и психической возбудимостью, двигательным беспокойством, понижением слуха, бессонницей, крайнее проявление церебрального синдрома - ангино-спастическая энцефалопатия (эклампсия).

Различают 2 формы течения острого гломерулонефрита:

Циклическая форма

Начинается бурно. Появляются отеки, одышка, головная боль, боль в поясничной области, уменьшается количество мочи. В анализе мочи высокие цифры протеинурии и гематурии. Повышается АД. Отеки держаться 2-3 недели. Затем наступает переломный момент, развивается полиурия, увеличивается объем выделяемой мочи и снижение АД, период восстановление может сопровождаться гипостенурией (снижение относительной плотности мочи)

Латентная форма

Встречается не редко и диагностика ее имеет большое значение, так как часто при этой форме заболевание становится хронической.

Эта форма характеризуется постепенным началом без каких либо выраженных субъективных симптомов и протекает лишь небольшой одышкой или отеками на ногах. В таких случаях гломерулонефрит удается диагностировать только при систематическом исследование мочи. Длительность периода (2-6 месяцев и более).

Острый гломерулонефрит может сопровождаться нефротическим синдромом. Всякий острый гломерулонефрит, не закончившийся бесследно в течение года нужно считать перешедшим в хроническую стадию.

Хронический гломерулонефрит

В течении хронического гломерулонефрита <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38153> выделяют две стадии:

а) Почечной компенсации <http://terms.monomed.ru/info.php?id=47009>, т. е. достаточной азотовыделительной функции почек (эта стадия может сопровождаться выраженным мочевым синдромом, но иногда долго протекает латентно <http://terms.monomed.ru/info.php?id=49165>, проявляясь лишь небольшой альбуминурией <http://terms.monomed.ru/info.php?id=8769> или гематурией <http://terms.monomed.ru/info.php?id=35881>);

б) Почечной декомпенсации <http://terms.monomed.ru/info.php?id=39772>, характеризующейся недостаточностью азотовыделительной функции почек (мочевые симптомы могут быть менее значительными; как правило, наблюдается высокая артериальная гипертензия <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=938>, отеки <http://terms.monomed.ru/info.php?id=19916> чаще умеренные; в этой стадии выражены гипоизостенурия и полиурия <http://terms.monomed.ru/info.php?id=23779>, которые заканчиваются развитием азотемической уремии <http://terms.monomed.ru/info.php?id=7260>).

Выделяют, следующие клинические формы хронического гломерулонефрита <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38153>:

Нефротическая форма

Наиболее частая форма первичного нефротического синдрома. Этой форме в отличие от чистого липоидного нефроза <http://terms.monomed.ru/info.php?id=55839> свойственно сочетание нефротического синдрома с признаками воспалительного поражения почек. Клиническая картина <http://terms.monomed.ru/info.php?id=46444> заболевания может долго определяться нефротическим синдромом и только в дальнейшем наступает прогрессирование собственно гломерулонефрита <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38132> с нарушением азотовыделительной функции почек и артериальной гипертензией <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=938>.

Гипертоническая <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37405> форма

Длительное время среди симптомов преобладает артериальная гипертензия <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=938>, тогда как мочевой синдром мало <http://terms.monomed.ru/info.php?id=2242> выражен. Изредка хронический гломерулонефрит <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38153> развивается по гипертоническому <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37405> типу <http://terms.monomed.ru/info.php?id=5682> после первой бурной атаки гломерулонефрита <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38132>, но чаще бывает результатом возникновения латентной <http://terms.monomed.ru/info.php?id=49165> формы острого гломерулонефрита <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=2626>. АД достигает 180/100-200/120 мм рт <http://terms.monomed.ru/info.php?id=28559>. ст. и может подвергаться большим колебаниям в течение суток под влиянием различных факторов. Разбивается гипертрофия <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37424> левого желудочка сердца, выслушивается акцент II тона <http://terms.monomed.ru/info.php?id=6032> над аортой <http://terms.monomed.ru/info.php?id=10334>. Как правило, гипертензия <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37347> все же не приобретает злокачественного характера, АД, особенно диастолическое, не достигает высоких уровней.

Смешанная форма.

При этой форме одновременно имеются нефротический и гипертонический <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37405> синдромы.

Латентная <http://terms.monomed.ru/info.php?id=49165> форма.

Это довольно часто возникающая форма; проявляется обычно лишь слабо выраженным мочевым синдромом баз артериальной гипертензии <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=938> и отеков <http://terms.monomed.ru/info.php?id=19916>. Она может иметь очень длительное течение (10-20 лет и более), позднее все же приводит к развитию уремии <http://terms.monomed.ru/info.php?id=7260>.

Гематурическая форма.

В ряде случаев хронический гломерулонефрит <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38153> может проявляться гематурией <http://terms.monomed.ru/info.php?id=35881> без значительной протеинурии <http://terms.monomed.ru/info.php?id=25099> и общих симптомов (гипертензия <http://terms.monomed.ru/info.php?id=37347>, отеки <http://terms.monomed.ru/info.php?id=19916>). Все формы хронического гломерулонефрита <http://terms.monomed.ru/info.php?id=38153> могут периодически давать рецидивы <http://terms.monomed.ru/info.php?id=28011>, весьма напоминающие или полностью повторяющие картину первой острой атаки диффузного <http://terms.monomed.ru/info.php?id=41232> гломерулонефрита. Особенно часто обострения <http://terms.monomed.ru/info.php?id=18339> наблюдаются осенью и весной и возникают через 1-2 сут после воздействия раздражителя <http://terms.monomed.ru/info.php?id=26462>, чаще всего стрептококковой инфекции.

# **1.4 Осложнение и прогноз**

Исходом хронического гломерулонефрита является сморщивание почек с развитием ХПН. Также при хроническом гломерулонефрите осложнения могут возникнуть из-за самого лечения (язвы желудка, остеопороз, сахарный диабет).

Тяжелое осложнение острого гломерулонефрита - почечная эклампсия. При этом нарушается кровообращение во время приступа, человек может получить переломы, ушибы. Смертельный исход в остром периоде заболевания бывает редко, переход острого гломерулонефрита в хроническую форму наблюдается примерно в 1/3 случаев.

Поскольку гломерулонефрит часто сопровождается высоким артериальным давлением, то могут быть осложнения связанные с высоким давлением (гипертонический криз).

При длительной гипертонии могут возникнуть осложнения в виде сердечной недостаточности, кровоизлияния в мозг или сетчатку глаза.

В 0,3-0,4% случаев осложненного гломерулонефрита заканчиваются летальным исходом, из-за кровоизлияния в мозг, сердечной недостаточности, пневмонии.

Иногда (в редких случаях) острый диффузный гломерулонефрит носит злокачественный характер и заканчивается смертью больного в ближайшие месяцы от начала болезни.

# **1.5 Диагностика**

Анализы мочи (Общий, по Нечипоренко, по Зимницкому)

Определяет повышенное содержание белка в моче и наличие большого количества эритроцитов (гематурия).

Общий анализ крови

Позволяет выявить признаки воспаления: лейкоцитоз, повышение СОЭ, увеличение концентрации белка.

Биохимия крови

Устанавливает повышение концентрации мочевины и креатинина крови.

Ежедневное измерение АД

УЗИ почек

Определяет увеличение размеров почек при остром гломерулонефрите или и сморщивание при хронических формах болезни или почечной недостаточности.

Радиоизотопная ангиоренография

В организм пациента вводятся радиоактивные изотопы - вещества, способные испускать радиоактивные лучи. При введении они смешиваются с другими веществами, накапливающимися во внутренних органах, и исполняют роль «меток» которые дают возможность обнаружить во внутренних органах введенные препараты, могущие указать на изменения, новообразования и. т. д.

ЭКГ

Биопсия почек

Позволяет уточнить форму гломерулонефрита, его активность, исключить заболевания почек со сходной симптоматикой.

# **1.6 Лечение**

Больные подлежат госпитализации с обострением ХГН или ОГН.

Строгий постельный режим в начале заболевания 2-3 недели, затем при улучшение состояния, нормализации АД, исчезновение отеков пациента переводят на полупостельный режим

Назначают диету (№7, 7а, 7б) при которой ограничивают:

поступления в организм поваренной соли;

поступления белка;

поступления воды.

В первое время назначают сахарные дни (по 400- 500 г сахара в сутки с 500-600 мл чая или фруктовых соков). В дальнейшем дают арбузы, тыкву, апельсины, картофель, которые обеспечивают почти полностью безнатриевое питание. Количество выпитой воды должно соответствовать количеству выделенной жидкости.

В течение недели показан стол № 7а, 7б соблюдается в течение месяца, затем назначается на протяжение года стол №7.

Медикаментозная терапия.

антибиотики

(пенициллин, ампициллин, оксациллин, метициллин, ампиокс по 250-500 тыс. ед. 4-6 раз в день внутримышечно и др.)

симптоматическая терапия гипотензивными препаратами, мочегонными средствами

(папаверин, капотен,фуросемид (лазикс), верошпирон, гипотиазид,).

антиагрегатные препараты

(гепарин, гепальпан, метинзол)

нестероидные противовоспалительные препараты

(вольтарен, бруфен)

антигистаминные средства

(тавегил, супрастин и т. д.)

Устранение очагов инфекции

# **1.7 Профилактика**

Профилактика одинакова при ОГН и ХГН сводится к:

Своевременному выявлению и устранению очагов хронической инфекции.

Адекватное лечение стафилококковых заболеваний, стрептококковой инфекции миндалин, зева, а также лечение придаточных пазух и кожи.

Профилактическое значение имеет и предупреждения резких охлаждений тела.

Лицам, страдающим аллергическими заболеваниями (крапивница, бронхиальная астма, сенная лихорадка), противопоказаны профилактические вакцинации.

Наблюдение нефролога, периодические анализы мочи и измерение артериального давления.

# **2. Сестринская помощь при гломерулонефрите**

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо осуществить расспрос пациента и его родственников о:

Перенесенных заболеваниях.

Болях в поясничной области.

Наличие отеков.

Повышение АД

Тошнота, рвота

Утомляемость, общая слабость

А также провести объективное обследование это позволит оценить физическое и психологическое состояние пациента.

Медсестра обязана информировать пациента и его родственников о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, так же информировать пациента перед каждым исследованием ход предстоящей процедуры и подготовку к ним.

Сестринский уход включает в себя:

Контроль соблюдения пациентом постельного или полупостельного режима, контроль соблюдение диеты и лечения, назначенное врачом

Обеспечение достаточного отдыха и сна и ограничение физической нагрузки

Ежедневное наблюдение за отеками и диурезом, измерение АД и пульса

Обучения пациента и его родственников навыкам контроля состояния пациента, измерение АД, пульса и диуреза

Информировать пациента о способах профилактики обострения ГН

Ранее выявление хронических очагов инфекции и их санация, выявление и лечение инфекционных заболеваний

Профилактика осложнений и выявление первых признаков.

# **2.1 Возможные проблемы пациента и сестринская помощь при гломерулонефрите**

Возможными проблемами пациента при этой патологии могут быть: боли в поясничной области, отёки, лихорадка, головные боли, олигурия (анурия), дефицит знаний о заболевании.

# **.2 Отёки**

гломерулонефрит медицинский сестра заболевание

Почечные отеки чаще проявляются утром на лице (одутловатость лица, "мешки" под глазами). Также они симметрично поражают обе нижние конечности, чаще располагаются в нижней трети голени и около лодыжечной зоне, однако, могут распространиться и на подошвенную часть стопы. Кожные покровы нижней конечности бледны. "Почечный” отек имеет незначительную суточную динамику - после ночного отдыха уменьшение объема конечности почти незаметно. Обычно почечный появляется одновременно или вслед за манифестацией других клинических и лабораторных признаков (диспротеинемия, протеинурия), которые позволяют точно определить причину заболевания. При прогрессировании болезни и отечного синдрома появляются полостные отеки и анасарка.

# **.3 Помощь при отеках**

Цель: пациент отметит постепенное уменьшение отеков, снижение массы тела.

. Объяснить родственникам и пациенту о необходимости соблюдения диеты с ограничением соли, обогащенной белками и солями калия (стол №7).

. Обеспечить проверку передач.

. Обеспечить уход за кожей и слизистыми.

. Определять ежедневно водный баланс пациента.

. Обеспечить контроль за режимом физиологических отправлений пациента.

. Обеспечить пациента теплым судном.

. Обеспечить грелкой для согревания постели.

. Взвешивать пациента ежедневно, но не менее 1 раза в 3 дня.

. Обеспечить прием лекарственных средств по назначению врача.

# **.4 Боли в поясничной области**

Появляются в результате растяжения почечной капсулы или обструкции мочеточников. Растяжение почечной капсулы происходит при воспалении почечной паренхимы.

По характеру боли в спине могут быть давящими, пекущими, колющими, острыми, простреливающими, тянущими, сжимающими. Эти боли могут возникать как в момент движения, так и в покое. Боли в спине могут сопровождаться и другими ощущениями. Может быть ощущение появления резких мышечных спазмов (скованное дыхание), резкой скованности движений во всей спине или в отдельных ее отделах (поясничном, грудном, шейном) проходящего или постоянного состояния в верхних или нижних конечностях, ощущение окаменения или болезненности при прикосновении.

# **.5 Помощь при болях в поясничной области**

. Положить тёплую грелку к поясничной области

. Если есть возможность, поместить пациента в ванну с горячей водой

. Ввести внутривенно препарат- спазмолитик (2 - 4 мл 2 % но-шпы, 2 - 4 мл папаверина гидрохлорида внутримышечно) в сочетании с ненаркотическим анальгетиками (2 - 4 мл 50% раствора анальгина или 5 мл баралгина, 1 мл 5 - 10% раствора трамала) внутримышечно или внутривенно.

. Успокоить пациента.

. Оценить пульс, измерить АД

. Если боль не купируется, то по назначению врача и вместе с врачом ввести внутривенно наркотический анальгетик (1 - 2% раствор промедола вместе с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида или 1 мл 2% раствора омнопона)

Примечания: 1.Оказывать помощь только после установления точного диагноза врачом.

. При подозрении на острую патологию в брюшной полости (почки - забрюшинно) обеспечить консультацию хирурга.

. При подозрении на острую патологию брюшной полости анальгетики не вводить до осмотра пациента хирургом.

**.6 Дизурические расстройства**

Болезненное частое мочеиспускание - связаны, как правило, с воспалительным процессом в мочевыводящих путях (цистит, уретрит), при простатите, при прохождении камня по мочевым путям. Дизурические расстройства бывают и при туберкулезе мочеполовой системы [1, с.282].

Острая задержка мочеиспускания может возникнуть внезапно. Больной не может помочиться, несмотря на переполненный мочевой пузырь. Из-за частых болезненных бесплодных попыток осуществить акт мочеиспускания больной беспокоен, состояние его тяжёлое.

Причиной острой задержки мочеиспускания могут быть разные заболевания: аденома простаты, обтурирующий камень мочевого пузыря <http://www.urolog-site.ru/urolog/kamen-mochevogo-puzirya.html> или мочеиспускательного канала, острый простатит <http://www.urolog-site.ru/urolog/prostatit.html>, травма уретры (мочеиспускательного канала) <http://www.urolog-site.ru/urolog/travma-uretri.html>. Кроме того, острая задержка мочеиспускания может быть обусловлена различными оперативными вмешательствами (чаще - на органах брюшной полости), приёмом мочегонных препаратов и др. В этих случаях дизурия носит рефлекторный характер. Ещё одной причиной острой задержки мочеиспускания может быть злоупотребление острой пищей, алкоголем, длительное отсутствие движений, запоры. Это состояние может быть эпизодом или повторяться неоднократно.

# **.7 Помощь при острой задержке мочи**

Цель: своевременное выведение из мочевого пузыря мочи с последующим восстановлением нормального естественного мочеиспускания.

. Попытаться вызвать мочеиспускание рефлекторно - подать грелку на мочевой пузырь, открыть кран с водой, подать теплое судно.

. Вызвать врача.

. Подготовить емкость для сбора мочи, стерильный катетер, теплый антисептический раствор для подмывания.

. Подмыть пациента.

. По назначению врача провести катетеризацию мягким катетером

# **Выводы**

Проанализировав случаи заболевания гломерулонефрита, можно сделать выводы: знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского помощи.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение болезни главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации ухода за пациентом, режимом питания, отдыха.

# **Заключение**

Углублённо изучив «Сестринский процесс при гломерулонефрите», проанализировав полученную информацию, мной сделано заключение, что цель работы достигнута.

Полученные знания и умения в ходе написания курсовой работы - необходимые условия оказания сестринской помощи.Написав данную курсовую работу, я больше узнала о заболевании гломерулонефрит и научилась применять свои знания на практике.

# **Список литературы**

. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В.Кубарухина. - Изд. 12-е - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 443, [1] с. - ( Среднее профессиональное образование).

. . Елисеева, Ю.Ю. Справочник медицинской сестры /Ю.Ю. Елисеева [и др.] - Москва: Эксмо, 2004. - 840с.

. Двуреченская, В.М. Подготовка пациента к исследованиям / В.М. Двуреченская, А.А. Каплина, Р.Н. Чуприна. - Ростов н/Дону.: Феникс, 2002. - 76 с.

. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела I: учебное пособие / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: Родник, 1996. - 141 с.

. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела II: учебное пособие / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: Родник, 1998. - 83 с.

6. <http://netkamney.ru/prolit/zabolevaniya/index.html>.

. http://royallib.ru/read/onuchin\_nikolay/vosstanovitelnie\_upragneniya\_pri\_zabolevaniyah\_pochek.html#0 <http://royallib.ru/read/onuchin\_nikolay/vosstanovitelnie\_upragneniya\_pri\_zabolevaniyah\_pochek.html>.

8. . http://ru. wikipedia.org/wiki. <http://ru.wikipedia.org/wiki.>

. http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F.

# **Приложения**

**Приложение 1**

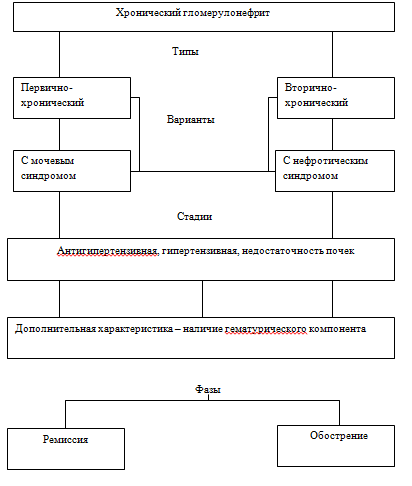


Схема 1 Классификация хронического гломерулонефрита.

**Приложение 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направленность | Цель | Применяемые средства |
| На антигены На антитела Против медиаторов воспаления На Т - лимфоциты | Элиминация антигена Индукция толерантности к антигену Подавление продукции антител Подавление активности комплемента Подавление фибринообразования Подавление агрегации тромбоцитов Подавление активности лейкоцитов Подавление выброса кининов, гистамина Стимуляция Т - лимфоцитов | Химиотерапевтические Противомалярийные Циклофосфан Цитостатические Кортикостероиды Гепарин,фенилин Гепарин, фенилин Кортикостероиды, индометацин, ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, гепарин Кортикостероиды, индометацин, ацетилсалициловая кислота Гепарин, антигистаминные Левамизол (декарис) |

Таб. 1. Патогенетическое лечение при гломерулонефрите.

**Приложение 3**

Таб. 2. Схема лечения при гломерулонефрите

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гломерулонефрит | Режим | Диета | Антибактериальная терапия | Патогенетическая терапия | Симптоматическая терапия |
| Острый | Строгий постельный | №7а; 7б; 7 | Бензилпенициллин, оксациллин, метициллин, эритромицин, олеандомицин | Антигистаминные ср-ва. При затянувшемся течении -стероидные гармоны, цитостатические ср-ва, индометацин,производные 4-аминохинолина | По показаниям - гипотензивные, спазмолитические, диуретические, сердечные, кровоостанавливающие средства |
| Острый очаговый | Постельный | №7 | То же | Антигистаминные средства | Кровоостанавливающие средства |
| Подострый | Строгий постельный | Малобелковая, высокой энергетической ценности | По показаниям - то же | Антигистаминные ср-ва.при отсутствии противопоказаний - стероидные, цитостатические ср-ва, гепарин | По показаниям - гипотензивные, спазмолитические, диуретические, сердечные средства |
| Хронический. Латентная форма | Щадящий | №15 с ограничением соли до 5-8 г.всутки, экстрактивных веществ | Во время обострений и сопутствующих инфекций - то же | Во время обострения и для профилактики его - антигистаминные ср-ва, индометацин, производные 4-аминохинолина | Кровоостанавливающие средства |
| Гипертензивная форма | Щадящий (с большими ограничениями) | С ограничением соли до 2-4 г.в сут.,с периодическим исключением её, исключение экстрактивных веществ, ограничение белка до 80-90 г. в сут. | То же | Во время обострения и для профилактики его - антигистаминные ср-ва, индометацин, производные 4-аминохинолина | Гипотензивные, спазмолитические, по показаниям сердечные средства |
| Нефротическая форма | То же | №7 с ограничение соли до 2-4 г.в сут.с периодическим полным её исключением | Во время обострений и сопутствующих инфекций - то же | Стероидные гармоны, цитостатические ср-ва, индометацин, производные 4-аминохинолина | Диуретические средства, анаболические стероиды |

**Приложение 4**

Таб 3. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Симптомы, признаки. | Острый гломерулонефрит | Хронический гломерулонефрит |
| Начало заболевание | Острое | Нередко развивается скрыто, обнаруживается случайно при исследование мочи |
| Анамнез | Через 10-12 дней после перенесенной инфекции, переохлаждение ангины и др. | Указание на перенесенные заболевание почек, изменение в моче в прошлые годы, непосредственная связь с инфекцией, часто сезонное обострение. |
| Жалобы | В основном подобны друг другу | |
| Клинические признаки | Мочевой, гипертонический, отечные синдромы. | Мочевой, гипертонический, нефротический |
| Относительная удельная плотности мочи по Зимницкому | Больше 1020 | Меньше 1015 |
| Стойкость обнаруженных признаков | Имеют тенденцию к быстрому обратному развитию | Как правило длится долго |
| Почечная недостаточность | Может развиваться по типу ОПН, имеет быструю эволюцию | Принимает течение ХПН, как правило не имеет обратного развития |
| Повреждение других органов и систем | Редко | Как правило |
| Динамика клинического наблюдения | Полное исчезновение признаков в течение 1-1,5 лет | Сохранение признаков и их прогрессирование |

**Приложение 5**



Рис. 1. Отёк стопы



Рис.2. Боль в поясничной области



Рис.3. Острая задержка мочи



Рис.4. аппарат УЗИ



Рис.5.Стерильный подвижный цитоскоп

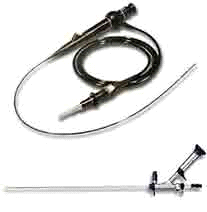


Рис 6. Уретероскоп

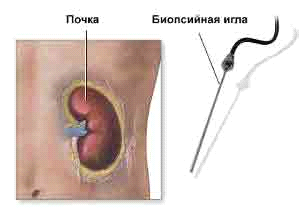


Рис. 7. Биопсийная игла