

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Фармацевтический колледж

Учебно-исследовательская работа студента

Тема: Особенности организации сестринского ухода у детей с гломерулонефритом

тема

по специальности 34.02.01. Сестринское дело

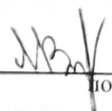
код и наименование специальности

Дисциплина/МДК Сестринский уход за больными детьми различного возраста

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

Выполнила: Мехова В.А. /

Фамилия, инициалы, дата


подпись

Руководитель: Фукалова Н.В.

Фамилия, инициал


подпись

Работа оценена:

57/0711
(оценка, дата)

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ	4
1.1. Понятие гломерулонефрита.....	4
1.2. Этиология гломерулонефрита у детей.....	4
1.3. Патогенез гломерулонефрита.....	5
1.4. Классификация гломерулонефрита.....	5
1.5. Клинические проявления гломерулонефрита у детей.....	5
1.6. Методы диагностики заболеваний почек	6
1.7. Лечение гломерулонефрита	8
1.8. Осложнения гломерулонефрита у детей	11
1.9. Прогноз и профилактика гломерулонефрита у детей	11
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ	12
2.1. Сестринский уход при гломерулонефрите	12
2.2. Неотложная помощь при заболеваниях почек.....	14
2.3. Диспансеризация при гломерулонефрите.....	14
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	15
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	16
ПРИЛОЖЕНИЕ А	17

ВВЕДЕНИЕ

Гломерулонефрит (ГН) гетерогенная группа иммуно-воспалительных заболеваний преимущественно клубочкового аппарата почек с различной клинико – морфологической картиной, течением и исходами.

В группе заболеваний почек и мочевыводящих путей гломерулонефриты занимают 3–4 место, уступая в распространенности только пиелонефриту и мочекаменной болезни. В настоящее время, в связи с активной антибактериальной терапией стрептококковой инфекции, снизилась частота острого гломерулонефрита, который сейчас встречается в основном только в педиатрической практике. В это же время, по данным нефрологического центра С-Петербурга, число зарегистрированных больных хроническим гломерулонефритом нарастает быстрыми темпами. Указывается на связь роста нефрологической патологии с изменениями окружающей среды, в частности, с повышением радиационного фона. Лишь острые нефриты, сравнительно редкие в настоящее время, заканчиваются (и то не больше, чем в половине случаев) выздоровлением; хронический нефрит, особенно подострый, неуклонно прогрессирует по направлению к хронической почечной недостаточности, сопровождаясь нередко отеками (нефротический синдром) и тяжелой гипертензией, приводящими к инвалидизации еще до развития ХПН.

Цель исследования: изучение этиологии, патогенеза, клинической симптоматики, лечения и особенностей организации сестринского ухода у детей с гломерулонефритом.

Задачи исследования:

1. Ознакомиться с медицинской литературой по заболеванию гломерулонефрит у детей;
2. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, лечение и профилактику гломерулонефрита у детей;
3. Рассмотреть особенности организации сестринского ухода при гломерулонефрит у детей.

ГЛАВА 1. ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие гломерулонефрита

Гломерулонефрит – иммунно - воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочкового аппарата, возникает после бактериальной, вирусной или паразитарной инфекции.

1.2. Этиология гломерулонефрита у детей

Основными причинами гломерулонефрита у детей являются инфекционные агенты – бактерии (в первую очередь, нефритогенные штаммы β -гемолитического стрептококка группы А, а также стафилококки, пневмококки, энтерококки), вирусы (гепатита В, кори, краснухи, ветряной оспы), паразиты (возбудитель малярии, токсоплазмы), грибы (кандида) и неинфекционные факторы (аллергены - чужеродные белки, вакцины, сыворотки, пыльца растений, токсины, лекарства). Чаще всего развитию острого гломерулонефрита у детей предшествует недавно перенесенная (за 2-3 недели до этого) стрептококковая инфекция в виде ангины, фарингита, скарлатины, пневмонии, стрептодермии, импетиго.

Хронический гломерулонефрит у детей обычно имеет первично хроническое течение, реже может быть следствием недолеченного острого гломерулонефрита. Основную роль в его развитии играет генетически детерминированный иммунный ответ на воздействие антигена, присущий данному индивидууму. Образующиеся при этом специфические иммунные комплексы повреждают капилляры почечных клубочков, что приводит к нарушению микроциркуляции, развитию воспалительных и дистрофических изменений в почках.

Гломерулонефрит может встречаться при различных заболеваниях соединительной ткани у детей (системной красной волчанке, геморрагическом васкулите, ревматизме, эндокардите). Развитие гломерулонефрита у детей возможно при некоторых наследственно обусловленных аномалиях: дисфункции Т-клеток, наследственном дефиците С6 и С7 фракций комплемента и антитромбина.

Предрасполагающими факторами развития гломерулонефрита у детей могут служить: отягощенная наследственность, повышенная чувствительность к стрептококковой инфекции, носительство нефритических штаммов стрептококка группы А или наличие очагов хронической инфекции в носоглотке и на коже. Способствовать активации латентной стрептококковой инфекции и развитию гломерулонефрита у детей могут переохлаждение организма (особенно во влажной среде), излишняя инсоляция, ОРВИ.

На течение гломерулонефрита у детей раннего возраста влияют особенности возрастной физиологии (функциональная незрелость почек), своеобразие реактивности организма ребенка (сенсibilизация с развитием иммунопатологических реакций).

1.3. Патогенез гломерулонефрита

В развитии гломерулонефрита выделяют два основных механизма – иммунокомплексный и аутоиммунный. При остром постстрептококковом гломерулонефрите ведущее значение имеет иммунокомплексная реакция с образованием в крови растворимых иммунных комплексов, которые активизируют систему комплемента, что приводит к повреждению эндотелия капилляров клубочков с развитием экссудативных и пролиферативных процессов. Повреждения эндотелия и тромбоцитов провоцируют активацию системы гемостаза и развитие локального внутрисосудистого свертывания крови с микротромбозом капилляров клубочков.

1.4. Классификация гломерулонефрита

Гломерулонефрит у детей может быть первичным (самостоятельная нозологическая форма) и вторичным (возникающим на фоне другой патологии), с установленной (бактериальной, вирусной, паразитарной) и с неустановленной этиологией, иммунологически обусловленный (иммунокомплексный и антительный) и иммунологически необусловленный. Клиническое течение гломерулонефрита у детей подразделяют на острое, подострое и хроническое.

По распространенности поражения выделяют диффузный и очаговый гломерулонефрит у детей; по локализации патологического процесса – интракапиллярный (в сосудистом клубочке) и экстракапиллярный (в полости капсулы клубочка); по характеру воспаления – экссудативный, пролиферативный и смешанный.

Хронический гломерулонефрит у детей включает несколько морфологических форм: незначительные гломерулярные нарушения; фокально-сегментарный, мембранозный, мезангиопролиферативный и мезангиокапиллярный гломерулонефрит; IgA-нефрит (болезнь Берже). По ведущим проявлениям различают латентную, гематурическую, нефротическую, гипертоническую и смешанную клинические формы гломерулонефрита у детей.

1.5. Клинические проявления гломерулонефрита у детей

Острый гломерулонефрит наблюдается у 1/3 больных. Начинается внезапно с ухудшения общего состояния, появления отеков, повышения АД. Развивается недомогание, слабость, головная боль, повышение температуры тела, тошнота, рвота, бледность, урежение мочеиспускания. анурия, Экстраренальные симптомы гломерулонефрита проявляются: отеками, пастозностью, отечностью по утрам на лице, туловище, конечностях в области лодыжек, голени. Кроме того появляются гипертензионные симптомы и характеризующие их проявления:

появление головной боли, тошноты, рвоты, повышенного артериального давления, приглушенных сердечных тонов, брадикардии.. Мочевой синдром характеризуется появлением гематурии: микро- или макрогематурии (цвет мясных помоев), протеинурии.. Моча пенистая. Уменьшается суточное количество мочи, повышается ее плотность до 1030-1040. Кроме эритроцитов и белка в моче определяются цилиндры. Проводится проба по Зимницкому которая выявляет нарушение фильтрационной функции.

При хроническом гломерулонефрите могут преобладать те или иные симптомы, в связи с чем выделяют следующие формы хронического гломерулонефрита: нефритическую; нефротическую; смешанную .

Нефротическая форма.

Чаще наблюдается у детей пред дошкольного возраста. Отеки распространены, принимают характер анасарки (общие), обусловлены большой потерей белка с мочой, повышение АД. В острый период повышение СОЭ 30-50, протеинурия, гиалиновые и зернистые цилиндры. Вследствие выраженной потери белка с мочой у детей выявляется снижение в крови как общего белка, так и альбуминов и γ -глобулинов. Напротив, концентрация α_2 - и β -глобулинов повышена. Значительно возрастает содержание липидов и холестерина в сыворотке крови. Течение чаще волнообразное, функция почек долго сохраняется.

Нефритическая форма (гематурическая).

У детей отмечается пастозность лица, голеней, поясничной области. Возможно, умеренное повышение АД. В моче: микро- или макрогематурия в сочетании с небольшой (до 1 г в сутки) протеинурией. В крови: диспротеинемия за счет повышения α_2 - и β -глобулинов, которые увеличивается концентрация липидов, появляется С-реактивный белок. Эти показатели свидетельствуют об активности нефрита. Функция почек длительное время не нарушается.

Смешанная форма.

Является наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной. Наблюдается сочетание нефротического синдрома и гипертензии. Отмечается повышение АД, отеки. В моче определяется значительная протеинурия, цилиндрурия, макрогематурия, лейкоцитурия. Смешанной форме нефрита присущи те же биохимические изменения крови, что и при нефротической В периферической крови: при всех формах лейкоцитоз, эозинофилия, повышения СОЭ.

1.6. Методы диагностики заболеваний почек

Первым этапом диагностики заболеваний почек является сбор анамнеза (опрос больного) и клинический осмотр (общий осмотр) больного. Симптомы болезни зависят от стадии и формы заболевания, поэтому следует внимательно относиться даже к минимальным проявлениям

болезни, памятуя о латентном течении некоторых заболеваний почек. Информативными в диагностике заболеваний почек являются исследование мочи по различным методикам:

1. В общем анализе исследуются удельный вес, прозрачность, цвет, реакция, наличие белка, сахара, солей, форменных элементов.

2. При исследовании мочи по Нечипоренко в 1 мл осадка разовой порции мочи исследуются количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров

3. При исследовании мочи по Аддис-Коковскому в 1 мл осадка суточной мочи исследуются количество лейкоцитов, эритроцитов, цилиндров

4. Проба Зимницкого применяется для исследования концентрационной и выделительной функции почек.

Инструментальные методы исследования, такие как ультразвуковая диагностика, помогают установить увеличение размеров почек, что однако является малоспецифичным признаком для гломерулонефрита.

Экскреторная урография – это диагностический метод исследования почек и мочевыводящих путей с помощью применения рентгенконтрастных веществ. Метод экскреторной урографии основан на способности мочевыделительной системы выводить введенные в организм рентгенконтрастные вещества. Благодаря этому возможно при проведении рентгенографии определить особенности строения и функции таких органов и структур, как мочевого пузыря, уретра, почки, лоханки, мочеточники. Противопоказанием к введению рентгенконтрастного вещества может стать индивидуальная непереносимость. С большой осторожностью такая диагностика проводится при заболеваниях печени, почек, артериальной гипертензии.. Выведение рентгеноконтрастного вещества через почки позволяет судить о функциональной активности почек и о проходимости путей выведения мочи. Метод весьма информативен при почечной недостаточности или при наличии обструкции мочевыводящих путей.

Благодаря цистоскопам - особым оптическим приборам, можно осматривать отверстия мочеточников, наблюдать за выделением из них мочи, и даже сделать забор мочи отдельно из каждой почки. Этот вид диагностики получил название цистоскопии. Пациенту может быть назначено выполнение этого исследования, если у него наблюдаются:

- в моче наблюдается примесь крови;
- проблемы с мочеиспусканием, а при помощи неинвазивных методов исследования объяснить не получается;
- в результате проведения УЗ-исследования, возможно компьютерной томографии были определены опухоли или же различные изменения, которые требуют детализации;
- регулярные рецидивирующие циститы;
- для подтверждения или опровержения интерстициального цистита.

Ангиография – представляет собой метод рентгенологического контрастного исследования кровеносных сосудов. Его эффективно используют в рентгеноскопии, компьютерной томографии и рентгенографии. Цель данного исследования – изучение функционального состояния сосудов, окольного кровотока, а также протяженности патологических процессов. Данное обследование предусматривает введение непосредственно в аорту рентгеноконтрастного вещества и проведение серии рентгеновских снимков. Анализ снимков позволяет оценить состояние сосудов, степень их сужения, наличие тромбоза и атеросклероза, а также аневризмы.

Одним из самых информативных и безопасных способов следует назвать сцинтиграфию, которая заключается в ведении небольшого количества радиоактивных изотопов в организм человека. Попадая во внутрь, эти изотопы смешиваются с другими веществами и выступают в качестве своеобразных меток, накапливающихся в органах и испускающих лучи. Таким образом, этот метод позволяет определить подвижность почек, нарушения их функционирования или заболевания. Этот вид диагностики весьма безвреден, даже для детей и не требует никакой специальной подготовки.

Исследования периферической крови могут обнаружить воспалительные изменения. В биохимических исследованиях сыворотки крови определяют общий белок, его фракции (альбуминов, α_1 , α_2 , β , γ - глобулины), липиды, холестерина, остаточный азот, мочевины.

С диагностической целью для уточнения поражения почечной паренхимы показана прижизненная пункционная биопсия почек. Биопсия основана на прижизненном заборе кусочка ткани или клеток. Данный вид диагностики весьма травматичен.

1.7. Лечение гломерулонефрита

Лечение больных в активную фазу проводят в стационаре, где предусматривают режимно-диетические мероприятия, назначение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Больным в период разгара острого или обострения хронического гломерулонефрита назначают постельный режим до ликвидации экстраренальных проявлений болезни, то есть нормализации артериального давления и исчезновения отёков. Средняя продолжительность постельного режима составляет 10-14 суток. Вставать с постели разрешают при снижении протеинурии до 1 г/л и эритроцитурии менее 30 клеток в поле зрения. Количество назначаемой жидкости зависит от суточного диуреза предыдущего дня с учётом экстраренальных потерь. Для этого учитывают величину диуреза за прошедшие сутки и добавляют 300-500 мл с целью восполнение экстраренальных потерь. При отсутствии сведений о диурезе суточное количество жидкости должно составлять не менее 15 мл на 1 кг массы тела, или 400 мл на 1 м² поверхности тела. Диетотерапия направлена на максимальное щажение больного органа, уменьшение нагрузки на почки, восстановление водно-электролитного баланса, снижение артериального давления.

Наиболее важными являются вопросы о содержании в рационе натрия, жидкости, а также о количестве и качестве белка. При гипертензии и отёках нужно ограничить поступление натрия с пищей, так как он способствует повышению давления, усилению отёков, уменьшению диуреза, поддержанию воспалительного процесса в клубочках почек. В первые дни болезни при олигурии, отёках, гипертензии – показаны сахаро-фруктовые разгрузочные дни, масляно-мучные шарики (замороженные – элемент диеты Борста). Стол №7 без соли назначают на 1-2 недели при гематурической и на 2-4 недели при нефротической и смешанной форме. Соль выдают на руки (по 1 г в день) после нормализации артериального давления и исчезновения отёков, исключают экстрактивные вещества (маринады, соленья, какао, шоколад, наваристые бульоны, острые соусы, консервы). Ограничение количества натрия хлорида в диете больных с нефротической формой рекомендуют на весь период лечения глюкокортикоидами. В острой стадии, особенно при олигурии, отёках, артериальной гипертензии уменьшают в рационе белки, преимущественно животного происхождения. При ограничении содержания белка важно обеспечить достаточную калорийность пищи, так как голодание усиливает катаболизм белка. Диету в первые дни болезни называют «разгрузочной от белка и соли». В последующем назначают диету с содержанием белка из расчёта 1-1,5 г на 1 кг массы тела для детей школьного возраста и 1,5-2,0 г/кг – для дошкольного. При достижении ремиссии сначала в рацион вводят пшеничный хлеб, затем мясо, творог. На срок до полугода исключают мясные, рыбные, грибные бульоны, копчёности, соленья, облигатные аллергены. Поваренной соли – не более 5 г в сутки.

Этиотропная (антибактериальная) терапия

Антибактериальная терапия показана больным с острым постстрептококковым гломерулонефритом, активными очагами хронической инфекции, а также при лечении максимальными дозами иммунодепрессантов. Антибиотики назначают на 2-3 недели всем больным гломерулонефритом, рекомендуя препараты группы пенициллина, эритромицин, цефазолин (кефзол), противопоказаны антибиотики, обладающие нефротоксичностью (гентамицин, канамицин, тетрациклин).

Патогенетическая (четырёхкомпонентная) терапия включает: глюкокортикостероидный препарат, иммуносупрессант, антикоагулянт, дезагрегант. Варианты патогенетической терапии строго индивидуализированы в зависимости от формы гломерулонефрита и представлены в таблице (Приложение А).

К иммунодепрессантам относятся глюкокортикоиды и цитостатические препараты. Глюкокортикостероиды наиболее эффективны при нефротической форме острого и хронического гломерулонефрита. Чаще используют преднизолон и урбазон (метилпреднизолон, метипред), реже – триамцинолон (полькортолон, кенакорт) и дексаметазон. Полную суточную дозу преднизолона (1,5-3 мг/кг) назначают на 6-8 недель, а потом переходят на длительную поддерживающую

(циклами) терапию, назначая препарат вечером (между 22-23 часами). Такая схема обеспечивает наибольший иммунодепрессивный эффект, что позволяет снизить дозы препаратов. Цитостатические иммунодепрессанты (хлорбутин и лейкоран – по 0,2-0,3 мг/кг в сутки, циклофосфамид и азатиоприн – по 2-3 мг/кг.) показаны: при отсутствии эффекта гормональной терапии больным с гормонорезистентными формами гломерулонефрита. В полной дозе иммуносупрессоры назначают в условиях стационара на 6-8 нед, затем – в поддерживающей дозе (1/2 от максимальной терапевтической) до окончания терапии.

Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия предусматривает применение прямого антикоагулянта – гепарина, больным с отёчным синдромом; выраженной гиперлипидемией; ДВС-синдромом; признаками гиперкоагуляции. Гепарин вводят подкожно медленно в 4 приёма в суточной дозе от 100 до 300 ЕД/кг. Действие при подкожном введении начинается через 40-60 мин, продолжается 8-12 ч. Курс лечения гепарином длится 4-6 недель и более. Повышают эффективность гепарина антиагреганты (курантил в дозе 10-15 мг/кг/сут).

Симптоматическая терапия

Диуретические средства – салуретики и осмодиуретики – показаны при гломерулонефритах с отёчным синдромом, олигурией и гипертензией. Из салуретиков назначают дихлотиазид (гипотиазид), лазикс (фуросемид), которые уменьшают реабсорбцию натрия и хлора в канальцах почек. Эффективны препараты, обладающие калийсберегающим эффектом: триамтерен, триампур, верошпирон. Из осмотических диуретиков применяют 20% раствор маннита (из расчёта 1г вещества на 1 кг массы тела). Длительность лечения диуретическими препаратами определяют индивидуально. Диуретическим эффектом обладают эуфиллин и трентал, так как они улучшают микроциркуляцию и почечную гемодинамику. Эти препараты потенцируют эффект при совместном применении с диуретиками. Сначала вводят эуфиллин или трентал, а через 30-40 мин диуретики. Такая схема применения препаратов обеспечивает значительный диуретический эффект.

В качестве гипотензивных средств при высокой гипертензии у больных гломерулонефритом используют препараты раувольфии (резерпин, раунатин). Более выраженное гипотензивное действие оказывают комбинированные препараты: аделфан, трирозид. Для достижения гипотензивного эффекта часто применяют дибазол, а также клофелин, допегит, изобарин. Структурно-функциональные нарушения клеточных мембран почечной ткани устраняют мембраностабилизирующей и антиоксидантной терапией. Назначают димефосфон, карнитина хлорид, липоевую кислоту, унитол, магния оксид, эссенциале, витамины В, А, Е.

Санация очагов хронической инфекции и лечение интеркуррентных заболеваний – по общим правилам.

Таким образом, в комплексном лечении можно выделить базисную терапию (режим, диета, витамины, антибиотики, антигистаминные и другие препараты), которую назначают при всех формах гломерулонефрита, и патогенетическую, строго индивидуализированную. При гематурической форме назначают гепарин, курантил, противовоспалительные препараты (индометацин, бруфен, вольтарен), хинолиновые средства (делагил, плаквенил); при нефротической форме – глюкокортикостероиды, гепарин, курантил (дипиридамол), цитостатики, нестероидные препараты, а при выявлении атопических реакций – интал или задитен; при смешанной форме – четырёхкомпонентную терапию (глюкокортикоид, иммуносупрессант (если нет отёков и гипертензии), гепарин и курантил (при гиперкоагуляции и нарушения микроциркуляции)).

Возможность хронизации гломерулонефрита требует этапного лечения больных, преемственности и непрерывности наблюдения. В активную фазу болезни ребёнок получает комплексную терапию в стационаре, затем в неактивный период заболевания дети находятся на реабилитации в условиях поликлиники.

1.8. Осложнения гломерулонефрита у детей

При тяжёлом течении острого гломерулонефрита возможно развитие острой почечной и острой сердечной недостаточности, почечной эклампсии. Острая почечная недостаточность развивается быстро, резко нарастает мочевины и остаточный азот в крови, быстро развивается анурия и уремия.

При хроническом гломерулонефрите развивается хроническая почечная недостаточность и сердечная недостаточность, энцефалопатия. Хроническая почечная недостаточность развивается медленно и всегда безудержно прогрессирует.

1.9. Прогноз и профилактика гломерулонефрита у детей

При адекватном лечении острый гломерулонефрит у детей в большинстве случаев заканчивается выздоровлением. В 1-2% случаев гломерулонефрит у детей переходит в хроническую форму, в редких случаях возможен летальный исход.

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.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

2.1. Сестринский уход при гломерулонефрите

Возможные нарушенные потребности ребёнка:

- поддерживать температуру тела;
- выделять;
- есть;
- спать;
- отдыхать;
- общаться;
- двигаться.

Существующие проблемы, обусловленные интоксикацией:

- повышение температуры тела;
- недомогание;
- слабость;
- головная боль;
- снижение аппетита.

Существующие проблемы, обусловленные иммунопатологическими процессами и нарушением функций почек:

- боли в животе или пояснице;
- отеки различной степени выраженности (сначала пастозность век по утрам, затем отечность лица, позже - отеки на ногах и крестце) плотные, холодные;
- снижение суточного диуреза - олигурия до 80-100 мл; моча цвета «мясных помоев» (макрогематурия);
- нарушение самочувствия вследствие артериальной гипертензии, повышения систолического и диастолического артериального давления в среднем на 30-50 мм.

Потенциальные проблемы:

- высокий риск развития острой почечной недостаточности;
- риск развития эклампсии - осложнение, обусловленное отеком и спазмом сосудов головного мозга;
- риск формирования хронического течения гломерулонефрита.

Цель ухода: способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнений.

План сестринского ухода:

Мероприятия	Мотивация
Независимые вмешательства	
Обеспечить соблюдение постельного режима с последующим постепенным его расширением	С целью улучшения кровообращения почек и обеспечения щадящих условий для почек
Обеспечить комфортное пребывание в палате	С целью улучшения психо-эмоционального состояния ребёнка
Обеспечить питание в соответствии с диетой №7 с ограничением соли, животного белка и жидкости	Для создания щадящих условий для почек и улучшения водно-солевого баланса
Проводить динамическое наблюдение за больным (артериальное давление, ЧСС, ЧДД, внешний вид, температуру)	Для своевременного выявления осложнений
Обеспечить дополнительное согревание поясницы и нижних конечностей ребёнка	Для улучшения микроциркуляции почек
Контролировать диурез	Для учёта выпитой и выделенной жидкости
Обеспечить своевременную смену нательного и постельного белья	Для соблюдения гигиены пациента
Обеспечить уход за кожей и слизистыми	Для соблюдения гигиены пациента
Обеспечить соблюдение санитарно-эпидемического режима (влажная уборка, проветривание, кварцевание)	Для профилактики осложнений
Ограничить физическую и эмоциональную нагрузку ребёнка при организации труда и отдыха	Для улучшения состояния и профилактики осложнений
Организовать проведение гигиенических процедур	Для соблюдения гигиены пациента
Провести беседу с родителями о заболевании, необходимости диспансеризации, профилактики заболевания, необходимости соблюдения диеты, режиме двигательной активности.	Для информирования и профилактики осложнений
Зависимые вмешательства	
Выполнять назначения врача (обеспечить	Для эффективного лечения

приём лекарственных средств)	
Взаимозависимые вмешательства	
Подготовить пациента к проведению назначенных исследований	Для достоверности результатов исследований

2.2. Неотложная помощь при заболеваниях почек

1. Острая задержка мочи, когда ребенок не может помочиться при переполненном мочевом пузыре, несмотря на частые, мучительные позывы. Состояние требует оказания неотложной помощи. Ребенка можно положить в теплую ванну. Иногда рефлекс на мочеиспускание вызывается звуком льющейся воды. В случае неэффективности этих мероприятий проводят катетеризацию мочевого пузыря.

2. Почечная колика - симптомокомплекс, возникающий при остром (внезапном) нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному застою и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

3. Наиболее часто возникает при обструкции верхних мочевых путей обусловлена камнем (конкрементом) в мочеточнике. Окклюзия мочеточника может также наступить при стриктурах, перегибах и перекрутах мочеточника, при obturации его просвета сгустком крови, слизи или гноя. Неотложная помощь заключается в применении тепловых процедур, приеме препаратов, содержащих терпены и эфирные масла (цистанал – столько капель, сколько лет ребенку, уролесан, олиметин, нирерон) и спазмолитиков (но-шпа, папаверин), по назначению врача введение ганглиоблокаторов (гексоний) или комбинированных препаратов (баралгин, спазган, максиган).

2.3. Диспансеризация при гломерулонефрите

После перенесенного острого гломерулонефрита ребенка наблюдают и продолжают амбулаторное лечение в течение 5 – 10 месяцев, анализы мочи 1 раз в месяц. Ребенок остается под наблюдением в течение 5 лет, с обязательным осмотром 2 раза в год узкими специалистами, и ежеквартальными осмотрами педиатром. Санаторно-курортное лечение, ограничение физической нагрузки, избегать переохлаждения. Вопрос о проведении профилактических прививок решается индивидуально.

При хроническом гломерулонефрите принципы наблюдения те же, но длительность – до передачи во взрослую сеть.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя исследовательскую работу по гломерулонефриту, выяснилось, насколько важна психологическая и практическая подготовка медицинского персонала при работе с пациентами, страдающими данным заболеванием. Поэтому возрастает необходимость в высококвалифицированной медицинской помощи. Медицинские сестры являются связующим звеном между пациентом (родителями) и врачом. От компетентности медицинских сестер зависит исход лечения. Они не только выполняют указания врача, но и ассистирует ему во время проведения сложных манипуляций, осуществляет непосредственный уход за пациентом, обеспечивают решение настоящих проблем и предотвращает развитие потенциальных, оказывает психологическую поддержку больному и близким ему людям. Путем анализа теоретических данных о гломерулонефрите была достигнута цель данной работы.

На основе проделанной мною работы и опираясь на задачи исследования были сделаны следующие выводы:

1. Мне удалось ознакомиться с медицинской литературой по заболеванию гломерулонефрит у детей;
2. Благодаря выше достигнутой задачи, я смогла закрепить теоретические знания по гломерулонефриту, а именно этиологию, патогенез, клинические проявления, лечение и профилактику гломерулонефрита у детей;
3. Рассмотрев особенности организации сестринского ухода при гломерулонефрите у детей, я поняла, что от медицинской сестры во многом зависит исход заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова; под ред. Р.Ф. Морозовой. – Изд. 20-е, испр. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 383 с. – (Среднее медицинское образование).
2. Сестринский уход за больными детьми различного возраста. В 2 ч.:курс лекций для обучающихся по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. Н.Л.Филенкова, Н.В.Фукалова; Фармацевтический колледж. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2016. –Ч. 2. – 194 с.
3. Сестринский процесс при заболеваниях органов мочевыделительной системы: учебное пособие для студентов /сост. С.А. Гуцуляк, ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России.- Иркутск, 2015.- 28 с.
4. Красота и медицина / Медицинский справочник болезней / Детские болезни / Гломерулонефрит у детей – причины, симптомы, диагностика и лечение [Электронный ресурс] – URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/glomerulonephritis#h2_28 – Дата публикации: 29.11.2021.
5. Научная электронная библиотека / Монографии, изданные в издательстве Российской Академии Естествознания [Электронный ресурс] – URL: <https://monographies.ru/ru/book/view?id=833>.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица 1. Патогенетическая терапия первичного гломерулонефрита

Гематурическая форма	Нефротическая форма	Смешанная форма
Гепарин*	Глюкокортикостероиды	Гепарин*
Дипиридамо́л*	Гепарин*	Дипиридамо́л
Нестероидные противовоспалительные препараты**	Дипиридамо́л	Глюкокортикостероиды (при выраженном нефротическом синдроме)
	Цитостатические	Цитостатические
	Иммуносупрессанты (при гормонорезистентности или частом рецидивировании)	иммуносупрессанты**
	Нестероидные противовоспалительные препараты**	

*При симптомах гиперкоагуляции и нарушении микроциркуляции.

**В период отсутствия отёков и гипертензии.