

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА I. ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА	5
1.1. Определение и этиология хронического гломерулонефрита	5
1.2. Классификация и клинические проявления хронического 6 гломерулонефрита	
1.3. Диагностика хронического гломерулонефрита	10
1.4. Лечение хронического гломерулонефрита	11
1.5. Выводы по I главе	15
ГЛАВА II. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУНЕФРИТА	16
2.1. Анкетирование и результаты проведенного исследования	16
2.2. Профилактика хронического гломерулонефрита	19
2.3. Роль среднего медицинского работника в профилактике хронического гломерунефрита	Λ
2.3. Выводы по II главе	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	27
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	29
ПРИЛОЖЕНИЕ	32

ВВЕДЕНИЕ

Хронический гломерулонефрит - представляет собой хроническое иммунное воспалительное заболевание почек с длительно персистирующим или рецидивирующим мочевым синдромом (протеинурия и/или гематурия) и постепенным ухудшением почечных функций. ХГН - одна из основных причин хронической почечной недостаточности, требующей проведения программного гемодиализа или трансплантации почки [2.8].

Актуальность темы определяется тем, что хронический гломерулонефрит является важной проблемой общественного здравоохранения в современной медицине. Гломерулонефрит встречается с частотой 10—15 на 10000 взрослого населения. Важно отметить, что в последние годы частота ГН увеличивается, что объясняется ухудшением экологической обстановки и изменением иммунологического статуса населения. Среди заболевших преобладают лица молодого возраста, при этом заболевание в 2—3 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин [2.8].

Большие экономические потери в связи с утратой трудоспособности в молодом возрасте, инвалидизация детского и взрослого населения, значительная стоимость лечения и реабилитации пациентов так же определяют социальную значимость хронических заболеваний органов мочевой системы и почек, в частности [2.3].

На современном этапе, с внедрением новых, более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной терапии, а также использованием новых стандартов деятельности медицинской сестры улучшился процесс сестринского ухода.

Цель курсовой работы : определить роль среднего медицинского работника в оказании помощи пациентам при хроническом гломерулонефрите, а также профилактических мероприятий.

Объект исследования: пациенты, страдающие хроническим гломерулонефритом.

Предмет исследования: роль среднего медицинского работника в профилактике хронического гломерулонефрита

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что своевременная профилактическая работа с пациентами, страдающими хроническим гломерулонефритом, позволит снизить частоту обострений и продлить период ремиссии.

Задачи курсовой работы:

1. Провести анализ литературных источников по хроническому гломерулонефриту. ,

2. Провести анкетирование среди пациентов с хроническим гломерулонефритом, проанализировать полученные данные и выявить информированность пациентов о своем заболевании, приверженность к назначенному лечению и выявить наличие вредных привычек.

3. Создать информационный альбом для проведения беседы с пациентом. **Методы исследования:**

- ☐ Наблюдение
- ☐ Аналитический
- ☐ Вербально-коммуникативный
- ☐ Библиографический
- ☐ Статистический

Место проведения исследования: ГБУЗ ЯНАО «Салехардская окружная клиническая больница», терапевтическое отделение

Практическая значимость исследовательской работы: данные полученные в ходе исследования, могут использоваться в качестве дополнительной информации при изучении ПМ02 Сестринский уход при различных заболеваниях у студентов медицинских колледжей.

ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

1Л. Определение и этиология хронического гломерулонефрита

Хронический гломерулонефрит - представляет собой хроническое иммунное воспалительное заболевание почек с длительно персистирующим или рецидивирующим мочевым синдромом (протеинурия и/или гематурия) и постепенным ухудшением почечных функций. Хронический гломерулонефрит - одна из основных причин хронической почечной недостаточности, требующей проведения программного гемодиализа или трансплантации почки [2.8].

Этиология хронического гломерулонефрита Более чем в половине случаев этиология хронических гломерулонефритов остается неизвестной, но чаще всего ассоциируется с наличием инфекции: стрептококки, вирусы гепатита В и С, кори, краснухи, Эпштейн-Бар, цитомегаловирус, простого герпеса; паразитарной инвазии: дифтерия, сыпной и брюшной тиф, бруцеллез, малярия, токсоплазмоз. Некоторые лекарственные препараты: пеницилламин, препараты золота, вакцины, сыворотки, ненаркотические анальгетики, а также алкоголь, вещества, содержащие ртуть, свинец, кадмий и другие соли тяжелых металлов, органические растворители [2.8]. В отношении острого гломерулонефрита установлен возбудитель - стрептококки группы А штаммов 1,3,4,12 и 49. Наиболее велика роль штамма 12.

Диагноз ставится на основании:

1. Типичной клинической картины: нефротический синдром, протеинурия, гематурия, артериальная гипертензия
2. Данных лабораторных исследований, позволяющих установить активность гломерулонефрита и оценить функциональное состояние почек.

В России, по данным ВОЗ, лидирующими факторами риска смертности и заболеваемости являются высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. Хорошо известно, что их неблагоприятное влияние отражается не только на состоянии сердечно-сосудистой системы, но и вызывает заболевания почек.

1.2. Классификация и клинические проявления хронического гломерулонефрита

Классификация ХГН. На протяжении десятилетий нет единой общепризнанной классификации, что отражает слабость понимания природы этого заболевания и обусловлено недостаточным использованием метода биопсии почки. Идеальная классификация гломерулонефрита должна исходить из этиологии, патогенеза и клинической симптоматики. А так как можно лишь в редких случаях идентифицировать этиологические факторы гломерулонефрита, то современная классификация хронического гломерулонефрита основывается, в первую очередь, на гистологических признаках, и лишь в тех случаях, когда это возможно, использует этиологические, патогенетические и клинические показатели [2.8].

По нозологическому принципу: первичный (идиопатический) гломерулонефрит - 85%, этиология неизвестна; вторичный - 15% (при системных заболеваниях, заболеваниях печени, лекарственный) [2.8].

По течению: острый (потенциально с исходом в выздоровление); подострый (с бурным, часто злокачественным течением и развитием ОПН); хронический (с прогрессирующим течением и исходом в ХПН).

По морфологическому принципу:

I. Проллиферативные:

1. Диффузный пролиферативный эндокапилярный (острый инфекционный)
2. Экстракапилярный (диффузный с полулуниями, быстро прогрессирующий)
3. Мембранозно-пролиферативный
4. Мезангиально-пролиферативный (Ig нефропатия, болезнь Берже)
- II. С минимальными изменениями
- III. Мембранозный
- IV. Фокально-сегментарный гломерулосклероз
- V. Склерозирующий (фибропластический)

По активности: ремиссия; активная стадия (увеличение в 5-10 раз гематурии, протеинурии, нарастание АД и отеков, появление НС или ОПН) (Приложение 1) [2.8].

Клинические проявления хронического гломерулонефрита Клиника зависит от: варианта болезни (латентный, нефротический, гипертонический, гематурический, смешанный), стадии заболевания (компенсации, субкомпенсации, декомпенсации), фазы воспаления (обострение, ремиссия), течения (доброкачественное, злокачественное). Клинический вариант болезни определяется выраженностью и сочетанием трех основных синдромов: мочевого, отеочного, гипертонзивного [2.5].

Латентная форма с изолированным мочевым синдромом встречается у 50% пациентов. Самочувствие удовлетворительное, экстраренальные симптомы (отеки, АД) отсутствуют. При исследовании обнаруживают - протеинурию (не более 1-2 г/сут), микрогематурию, лейкоцитурию, цилиндрурию (гиалиновые и эритроцитарные цилиндры). Относительная плотность мочи не изменена. В крови незначительно увеличено содержание креатинина, остаточного азота и мочевины. Возможно первично латентное и вторично латентное течение (при частичной ремиссии другой клинической формы ХГ). В свою очередь, латентный хронический гломерулонефрит

может трансформироваться в нефротическую или гипертоническую формы. Развитие ХПН на фоне латентной формы происходит медленно (за 10-15 и более лет). Течение болезни благоприятное [2.5].

Гематурическая форма - характеризуется изменениями в моче - микрогематурия и обычно невыраженная протеинурия (менее 1,5 г/сут.). экстраренальная симптоматика (отеки, АГ) отсутствует. ХПН развивается медленно [2.5].

Гипертоническая форма встречается в 20% случаев. В клинической картине преобладают симптомы повышения АД (головные боли; нарушения зрения - пелена, мелькание "мушек" перед глазами; характерные изменения глазного дна; боли в прекардиальной области; признаки гипертрофии левого желудочка). АГ сначала носит интермиттирующий характер и хорошо переносится пациентами. Мочевой синдром выражен минимально - небольшая протеинурия, иногда микрогематурия, цилиндрурия. В отличие от гипертонической болезни, эти изменения в моче при хроническом гломерулонефрите наблюдаются с самого начала заболевания. АГ постепенно становится стабильной и резистентной к лекарственной терапии, а в терминальном периоде часто приобретает характер злокачественной. Течение длительное, до развития ХПН проходит 20-30 лет. Осложнения: развитие ОСН - сердечная астма, отек легких [2.5].

Нефротическая форма встречается в 25% случаев, характеризуется развитием нефротического синдрома - суточной протеинурии выше 3,5 г/сут., гипоальбуминемии, гиперлипидемии с последующей липидурией, гиперкоагуляции отеков. Ключевой симптом - массивная («большая») протеинурия, связанная с поражением почечного фильтра, то есть базальной мембраны и подоцитов. Остальные проявления НС - производные от протеинурии и могут быть выражены в различной степени [2.5].

Кроме большого количества белка, в моче могут быть обнаружены в незначительном количестве эритроциты, лейкоциты (преимущественно

лимфоциты) и цилиндры. Также характерны увеличение СОЭ, креатинина, остаточного азота и мочевины, анемия [2.5].

Течение болезни умеренно прогрессирующее, однако возможно и быстрое прогрессирование с исходом в ХПН. В этих случаях отеки быстро уменьшаются, повышается АД, снижается относительная плотность мочи. Течение болезни может осложниться нефротическим кризом с интенсивными болями в животе, перитонитоподобным синдромом, гипертермией, гиповолемическим коллапсом, тромбозом почечных вен, рожеподобным изменением кожи [2.5].

Смешанная форма - сочетание выраженного нефротического и гипертонического синдромов определяет высокую степень тяжести этих пациентов, в стационаре они составляют основную часть пациентов [2.5, с. 316].

Терминальный гломерулонефрит. Эту форму рассматривают как финал любого гломерулонефрита. Клиническая картина соответствует ХПН и нивелирует различия между формами хронического гломерулонефрита, приведшими к её развитию. В последнее время предлагают термин "хроническая болезнь почек" для всех форм поражения почек с указанием стадии ХПН, что обосновано решением общих тактических задач: заместительной почечной терапии и трансплантации почек [4.3].

Исходы ХГН напрямую зависят от вариантов течения заболевания [2.5].
Выделяют три типа течения:

1. Редкие обострения (не чаще 1 раза в 8 лет);
2. Умеренно частые (каждые 4-7 лет);
3. Частые обострения (1 раз в 1-3 года) или непрерывное рецидивирование (неполное исчезновение признаков обострения под влиянием лечения на 1 -2 года или постоянное их сохранение на протяжении всего известного периода болезни).

1.3. Диагностика хронического гломерулонефрита

Существуют следующие жалобы, позволяющие заподозрить заболевания почек и нарушение их функции: отеки стоп, голеней, лица; боли и дискомфорт в поясничной области; изменение вида мочи (красная, бурая, мутная, пенистая, содержащая «хлопья» и осадок); учащенные позывы на мочеиспускание, императивные позывы (трудно терпеть позыв, надо сразу бежать в туалет), затрудненное мочеиспускание (вялая струя); уменьшение суточного количества мочи (менее 500 мл); полиурия, нарушение процесса концентрирования мочи почками ночью (регулярные позывы на мочеиспускание в ночные часы); постоянное чувство жажды; плохой аппетит; общая слабость, недомогание; одышка, снижение переносимости нагрузок; повышение артериального давления, нередко сопровождающееся головными болями, головокружениями; боли за грудиной, сердцебиения или перебои сердца; кожный зуд [1.2, с.220].

Все эти симптомы неспецифичны. Особая опасность хронического гломерулонефрита, также, как и других, более известных, «тихих убийц» - сахарного диабета и артериальной гипертонии - состоит в том, что он может длительное время не вызывать никаких жалоб, которые побудили бы обратиться к врачу и начать лечение [3.1].

Биохимический анализ крови - возможно незначительное повышение СОЭ, анемия. Появление С реактивного белка, повышение уровня холестерина, обнаружение сиаловых кислот. Наличие креатинина, мочевины. Суточная потеря белка более 3 г/сут. гипопроотеинемия (общий белок менее 60 г/л, альбумин менее 40 г/л), гиперлипидемия и гиперхолестеринемия [1.2].

Общий анализ мочи- гематурия (микро- и макрогематурия цвета «мясных помоев»), цилиндрурия (эритроцитарные, зернистые и гиалиновые цилиндры), плотность мочи повышена/снижена или норма (зависит от стадии болезни), протеинурия, иногда лейкоцитурия [1.2].

Проба по Зимницкому - Увеличение/снижение суточного объема выделяемой мочи, повышение/снижение плотности мочи. Показатели пробы Зимницкого зависят от стадии хронического гломерулонефрита и формы заболевания [1.2].

Проба Реберга - снижение скорости клубочковой фильтрации (менее 80 мл/мин), креатинин, мочевины крови: нормальные или увеличенные, электролиты крови: тенденция к снижению натрия, кальция, увеличению калия, фосфора, магния; развитие метаболического ацидоза (гломерулярного и канальцевого) [1.2].

Ультразвуковое исследование- размер почек в норме или уменьшен, повышение эхогенности ткани почек, понижение СКФ почек [1.2].

Биопсия почки - признаки клеточной пролиферации (размножение клеток клубочков), инфильтрация клубочков моноцитами и нейтрофилами (миграция в клубочки иммунных клеток), наличие плотных отложений иммунных комплексов (наполнение клубочков антителами) [2.16, с. 746].

Решающее значение имеет организация регулярных профилактических обследований. Существуют два подхода к выявлению хронического гломерулонефрита: проведение скрининга (в рамках всеобщей диспансеризации) и профилактических мер во всей популяции, либо прицельная работа с пациентами из группы повышенного риска ее развития [2.9].

1.4. Лечение хронического гломерулонефрита

Лечение ХГН должно включать в себя не только назначение лекарственных препаратов, но и проведение широкого круга различных мероприятий: диетическое питание, прекращение курения, злоупотребления алкоголем, нормализацию режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение[2.2, с. 126].

Основная цель лечения пациентов с ХГН - замедление темпов прогрессирования и отдаление времени начала заместительной почечной терапии. Достижение этой цели, наряду с лечением основного заболевания, требует проведения целого комплекса мероприятий [2.12]:

1. Обеспечение выполнения назначенных врачом двигательного режима и режима питания, контроль за передачами пациенту продуктов питания.
2. Организация своевременного и правильного приема пациентом лекарственных препаратов, контроль побочных эффектов от лекарственной терапии.
3. Осуществление контроля за уровнем АД, ЧДД, ЧСС, массы тела и величиной суточного диуреза.
4. Проведение бесед о значении соблюдения двигательного режима и диеты для лечения хронического гломерулонефрита, о необходимости приема ЛС.
5. Обучение пациентов измерению АД, методике сбора мочи на общий анализ, пробе по Зимницкому, пробе Реберга и осуществление подготовки к другим методам исследования.

Общие принципы лечения ХГН:

1. Патогенетическая терапия;
2. Симптоматическая терапия;
3. Заместительная терапия;
4. Лечение сопутствующих заболеваний.

При лечении ХГН широкое распространение получила диета Певзнера №7 [4.4]. При разработке этой диеты учитывались следующие принципы: обеспечение пациента полноценным сбалансированным питанием, соблюдение ритмов приема пищи, умеренное щажение работы почек (Приложение 2).

В фазе обострения ХГН назначается полупостельный или постельный режим (в зависимости от степени активности воспалительного процесса и состояния функции почек). Диета зависит от клинического варианта

заболевания и стадии компенсации. Пациентам с изолированным мочевым синдромом в стадии компенсации назначается основной вариант стандартной диеты с ограничением соли до 6 г/сут. Пациентам ХГН нефротической формы в стадии затухающего обострения без нарушения азотовыделительной функции почек назначается высокобелковая диета. При гипертоническом варианте болезни количество соли снижается до 4-5 г/сут. Количество жидкости должно приниматься соответственно суточному диурезу. При декомпенсации, развитии ХПН количество жидкости увеличивается до 2 литров в сутки [2.5].

Медикаментозная терапия является основным компонентом лечения ХГН. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 года №614н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром нефритическом синдроме, рецидивирующей и устойчивой гематурии, хроническом и нефритическом синдроме, других уточненных синдромах врожденных аномалий, не классифицируемых в других рубриках» [1.1], применяют следующие группы фармакологических средств (Приложение 3). Диуретики: Фуросемид (Лазикс), Торасемид; ингибиторы АПФ: Каптоприл, Эналаприл; глюкокортикоиды: Преднизолон, Метилпреднизалон; цитостатики: Циклофосфамид; селективные иммуно депрессанты: Циклоспорин А; антикоагулянты: Гепарин; антиагреганты: Дипиридамол, Клопидогрел; блокаторы медленных кальциевых каналов: Верапамил, Дилтиазем; статины: Симвастатин, Флувастатин [2.11].

Патогенетическая терапия. Назначаются [1.3]:

1. Глюкокортикоиды показаны при наличии нефротического синдрома или выраженной протеинурии с высокой вероятностью развития нефротического синдрома. Противопоказаниями к назначению ГК при хроническом гломерулонефрите считают высокую (плохо корригируемую) АГ и ХПН. Используют два пути введения ГК: перорально, пульс-терапия

(внутривенное капельное введение метилпреднизолона в дозе 1 000 мг 1 раз в сутки 3 дня подряд).

2. Цитостатики - (циклофосфамид, хлорамбуцил, циклоспорин) показаны при активных формах гломерулонефрита с высоким риском прогрессирования почечной недостаточности. Препараты этой группы назначают перорально; циклофосфамид также в виде пульс-терапии по 15 мг/кг внутривенно ежемесячно. Снижение числа лейкоцитов происходит в течение нескольких дней или недель. В этот период важно проверять число лейкоцитов в периферической крови каждые 2—3 дня, с тем, чтобы при их снижении до нижнего допустимого уровня доза препарата могла быть снижена или отменена.

3. Селективный иммунодепрессант циклоспорин подавляет активность Т-хелперов, продукцию интерлейкина 2, цитотоксических Т-клеток. J1С из группы кальцинейрина - циклоспорин, ингибитор синтеза нуклеотидов.

4. Плазмаферез - элиминация циркулирующих иммунных комплексов.

5. Антикоагулянты (преимущественно, гепарин), антиагреганты (преимущественно дипиридамол, клопидогрел).

Симптоматическая терапия. Назначаются [1.3]:

1. Нефропротекторы: иАПФ (каптоприл, эналаприл), антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем), диуретики (фуросемид), статины (при развитии нефротического синдрома, симвастатин, флувастатин). Заместительная терапия [2.10].

1. Аппаратный гемодиализ, способный увеличить продолжительность жизни пациента на 5-7 лет. Он проводится 3 раза в неделю и требует постоянного прикрепления к диализному центру. В настоящее время развиваются методы диализа на дому с помощью портативных устройств и мобильных медицинских бригад.

2. Перитонеальный гемодиализ проводится путем введения раствора внутрь брюшной полости сквозь постоянный катетер, обеспечивает более стабильные показатели системной и почечной гемодинамики. Этот метод

2. Перитонеальный гемодиализ проводится путем введения раствора внутрь брюшной полости сквозь постоянный катетер, обеспечивает более стабильные показатели системной и почечной гемодинамики. Этот метод лечения чуть дешевле, чем аппаратный, но нередко осложняется перитонитом.

3. Трансплантация почки является наиболее эффективным методом лечения. Данный метод позволяет добиться полного излечения на момент функционирования трансплантата и обеспечивает лучшую выживаемость пациентов наряду с предыдущими методами заместительной терапии. Вместе с тем, трансплантация почки требует оперативного вмешательства, лечения цитостатиками, нередко осложняется инфекциями и достаточно дорогая. Лечение ХГН по клиническим формам проводят при невозможности выполнения биопсии почек (Приложение 4). При всех клинических формах прежде всего необходимо воздействовать на этиологический фактор, если его удаётся установить (инфекция, опухоли, ЛС). Даже при получении данных морфологического исследования ткани почки клинические критерии оценки тяжести и прогноза гломерулонефрита имеют важное значение для выбора адекватной терапии [2.3, с. 201].

Выводы по I главе

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 процесса.

Медицинская сестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнять назначения врача, четко и ясно представлять действие лекарственных средств на организм больного. Профилактики хронического гломерулонефрита во многом зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты.

ГЛАВА II. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУНЕФРИТА

2.1. Анкетирование и результаты проведенного исследования

Исследование проведено в мае 2018 года в «Салехардской Окружной Клинической Больницы». Для проведения исследования нами были выбраны пациенты, находящиеся на диспансерном учете с диагнозом хронический гломерулонефрит. Осуществлялся анонимный опрос по анкете, состоящей из 18 вопросов, отражающих демографические данные (пол, возраст), отношение к здоровью, включая самооценку здоровья, наличие вредных привычек, а также вопросы, связанные с обеспечением сестринского ухода. В анкетировании приняли участие 6 пациентов с диагнозом ХГН, из них - 4 мужчин и 2 женщины в возрасте от 30 до 60 лет. При этом большинство пациентов составляли лица молодого и среднего возраста (от 30 до 45 лет) - 5 человек, а пожилого возраста (59 лет) составил 1 человек.

На вопрос: «Есть ли у Вас вредные привычки (алкоголь, табакокурение)?» 33% ответили, что у них есть вредные привычки, 67 % не отмечают наличия у себя вредных привычек, что показано в приложении 1.1.

Проведя анкетирование, было выявлено, что у 67% опрошиваемых нет вредных привычек, следовательно, люди болеющие, хроническим гломерулонефритом осознают тяжесть своего заболевания и стараются избежать возникновения более серьезных осложнений таких как хроническая почечная недостаточность.

Давность заболевания в анамнезе представлена в приложении 1.2. Отмечено, что из 6 опрошиваемых у 32% диагноз ХГН установлен менее 1 года назад, 16% - болеют ХГН от 1 до 5 лет, 32% - в течение 7 лет и у 20% - ХГН свыше 15 лет.

На вопрос «Как часто Вы посещаете терапевта?», из 6 респондентов ответили что, 2 раза в год посещают терапевта 2 человека, 1 раз в 1 -3 месяца - 3 человека, 1 раз в 2 месяца - 0 человек, ежемесячно - 1 человек, что изображено в приложение 1.3.

Из рисунка можно сделать вывод, что из числа опрашиваемых все посещают терапевта с определенной периодичностью, как им было назначено врачом и благодаря этому можно предотвратить появление осложнений и развитие сопутствующих заболеваний на ранних стадиях.

Из проанкетированных респондентов 5 пациентов на вопрос «Знаете ли Вы о сущности своего заболевания, причинах, симптомах, лечении, осложнениях и мерах их профилактики?» ответили «да», 1 пациент ответил, что недостаточно владеет такой информацией, что представлено в приложении 1.4

С пациентом были проведены беседы и восполнены все «пробелы» в знаниях. Пациент должен быть информирован о сути своего заболевания, возможных осложнениях и принципах профилактики и лечения, должен уметь оценивать свое состояние. Только тогда он будет активно помогать медицинскому персоналу и себе.

Из 6 опрашиваемых получают информацию от медицинского персонала 3 человек, от пациента с таким же заболеванием - 2, из электронных ресурсов - 1, что представлено в приложении 1.5.

Главным источником информации выступает медицинский персонал, на 2-ом месте - общение с пациентом, болеющим таким же заболеванием, который делится своим опытом, оказывает психологическую поддержку.

При распределении пациентов по желанию получить дополнительную информацию о заболевании ХГН отмечено, что только 67% из опрошенных

хотят получать информацию о своем заболевании, читать дополнительную литературу, что представлено в приложении 1.6

На вопрос: «Соблюдаете ли вы диету №7?» 4 пациентов ответили, что соблюдают; 2 - не регулярно и 0 - не соблюдают диету. Представлено в приложении 1.7.

На вопрос «Какими качествами, по Вашему мнению, должна обладать медицинская сестра в осуществлении ухода за пациентом? Из бреспондентов 50% отметили, что медицинская сестра должна обладать профессионализмом, 33% - состраданием, 17% - доброжелательностью. Представлено в приложение 1.8.

Выводы:

1. Проведя анкетирование, было выявлено, что мужчин, болеющих ХГН больше, чем женщин и основной возраст пациентов составляет от 30 до 45 лет, что связано с наличием неблагоприятных погодных условий, профессиональных вредностей, вредных привычек, несоблюдения рационального режима труда и отдыха.
2. У 67% опрошенных отсутствуют вредные привычки, следовательно, они осознают тяжесть своего заболевания и стараются избежать возникновения более серьезных осложнений, таких как хроническая почечная недостаточность.
3. Из 6 респондентов 2 человека посещают терапевта 2 раза в год, 3 человека - 1 раз в 3 месяца и 1 человек - ежемесячно. Следовательно все пациенты посещают терапевта с определенной периодичностью, как им было назначено врачом и благодаря этому можно предотвратить появление осложнений и развитие сопутствующих заболеваний на ранних стадиях.
4. Из 6 опрошенных 5 пациентов знают о своем заболевании, его причинах, симптомах, лечении, осложнениях и мерах профилактики и

только 1 пациент недостаточно владеет этой информацией. Следовательно, у пациентов, болеющих хроническим гломерулонефритом п. Излучинск достаточно высокий уровень осведомленности о своём заболевании, лекарственных препаратах, осложнениях ХГН. Большинство из них понимают всю серьёзность своего заболевания и стараются придерживаться всех предписаний, назначенных врачом.

5. Среди опрашиваемых 3 пациента получают информацию о своем заболевании от медицинского персонала, 2 - от пациента с таким же заболеванием, 1 - из электронных ресурсов. Главным источником выступает медицинский персонал, на 2-м месте - общение с пациентом, болеющим таким же заболеванием, который делится своим опытом, оказывает психологическую поддержку.
6. При хроническом гломерулонефрите как метод лечения назначается диета №7. Из 6 опрошенных 4 пациента соблюдают диету, назначенную врачом, 2 - не регулярно.

2.2. Профилактика хронического гломерулонефрита

Следует выделять профилактику первичную, направленную на предупреждение первичного заболевания почек у практически здоровых людей, и вторичную, или противорецидивную, направленную на предупреждение перехода острого заболевания в хроническое, а также на предупреждение рецидивов уже имеющегося хронического заболевания почек [2.4].

Первичная профилактика ХГН заключается в укреплении, закаливании организма, повышении его способности бороться с инфекцией. Занятия физической культурой, водные процедуры повышают устойчивость организма к неблагоприятным условиям внешней среды, в частности к охлаждению и воздействию влажного холода, к простудным заболеваниям.

Следует оберегаться от контактов с больными стрептококковыми инфекциями. При заболеваниях ангиной, обострениях хронического тонзиллита, фарингите и других очаговых стрептококковых инфекциях необходимы постельный режим и освобождение от работы в течение 7-10 дней. Как вовремя, так и спустя 10-30 дней после заболевания надо сдать на анализ мочу, чтобы не пропустить возможной патологии почек, в том числе и острого гломерулонефрита [2.15, с. 250].

Вторичная профилактика ХГН: диспансерное наблюдение; предупреждение обострений; отдых днем в постели в течение 1-2 часов [2.7].

Диспансеризация пациентов с ХГН Диспансеризация пациентов ХГН нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении. Сроки и объем выполнения исследований зависят от клинической формы ХГН. Основная цель диспансеризации пациентов с хроническим гломерулонефритом: добиться быстрого и полного выздоровления при остром гломерулонефрите; предупредить рецидивы и дальнейшее прогрессирование хронического гломерулонефрита, восстановить и сохранить на длительное время их трудоспособность [2.8].

В задачу диспансеризации входит:

1. Раннее и активное выявление, взятие на учет, тщательное обследование, своевременное и эффективное лечение пациентов с острым и хроническим гломерулонефритом;
2. Регулярное наблюдение за ними, профилактическое и противорецидивное лечение;
3. Своевременное и правильное трудоустройство этого контингента пациентов в целях создания наиболее благоприятных условий для стойкого и длительного сохранения их трудоспособности;
4. Отбор и направление в специализированные санатории нефрологического профиля. Основным лечебным фактором - воздействие сухого и теплого климата.

Показания: латентная форма гломерулонефрита, гематурическая форма без макрогематурии, гипертоническая форма с АД не выше 180/105 мм рт.ст., нефротическая форма в стадии ремиссии.

Противопоказания: обострение гломерулонефрита, выраженное нарушение функций почек, высокая АД, макрогематурия. Начальные проявления ХПН противопоказанием для санаторно-курортного лечения не считают [2.6].

Пациенты с ХГН должны находиться под постоянным наблюдением терапевта (нефролога). Правила диспансеризации при хроническом гломерулонефрите разработаны с учётом клинической классификации [2.6, с. 335].

При латентной и гематурической формах диспансерное наблюдение осуществляется терапевтом (нефрологом) 2 раза в год. При это измеряют массу тела, АД, исследуют глазное дно, проводят анализ мочи по Нечипоренко, общий анализ крови, определяют суточную протеинурию, содержание в крови креатинина, мочевины, калия, натрия, кальция, общего белка и белковых фракций, клубочковая фильтрация и канальцевая реабсорбция. При усилении гематурии следует производить общий анализ мочи и крови 1 раз в 2-4 недели, необходимы консультация уролога (особенно при макрогематурии) и госпитализация в урологическое отделение для выяснения причин гематурии. 1-2 раза в год целесообразно проводить ультразвуковое исследование почек [2.16].

При гипертонической форме ХГН объем исследований тот же, что и при латентной форме, но диспансерный осмотр пациентов проводят 1 раз в 1- 3 месяца (в зависимости от выраженности артериальной гипертензии) [2.16]. При нефротической форме ХГН диспансерное наблюдение осуществляют ежемесячно или 1 раз в 2 месяца. Объем исследований тот же, что и при латентной форме, но кроме того, обращают внимание на динамику и выраженность отеочного синдрома, уровень суточной протеинурии, гипо- и

диспротеинемии. Необходим также постоянный контроль за электролитным составом крови в связи с применением диуретиков [2.16].

При смешанной форме ХГН сроки диспансерного наблюдения и объем исследований тот же что при нефротической форме. Чрезвычайно важен контроль за состоянием глазного дна, азотовыделительной функции почек, выраженностью протеинурии, динамикой АД. Не реже 1 раз в 3-6 месяцев следует проверять клубочковую фильтрацию и определять содержание в крови мочевины и креатинина [2.16].

Во время диспансерного наблюдения принимаются та же решения о продолжении патогенетического лечения, санации очагов инфекции, трудоустройстве, санаторно-курортном лечении при обострении заболевания [2.16].

При обострении латентной формы ХГН (с изолированным мочевым синдромом) лечение в стационаре продолжается до возвращения клинических и лабораторных показателей к исходному уровню или значительного их улучшения (14-18 дней при слабо выраженном мочевом синдроме, 20-25 дней - при более выраженной симптоматике). В дальнейшем при наличии неблагоприятных факторов на работе пациента (тяжелый физический труд, неблагоприятные метеоусловия, контакты с промышленными ядами - свиней, ртуть и др.) он трудоустраивается через врачебно-консультационную комиссию [2.14].

При обострении гипертонической формы ХГН сроки временной нетрудоспособности колеблются от 25 до 30 дней, включая пребывание в стационаре и продолжение лечения в амбулаторных условиях [1.3].

При обострении нефротической формы ХГН не наблюдается тенденции к обратному развитию, дальнейшее продление временной нетрудоспособности целесообразно; при невозможности рационального трудоустройства по клинико-экспертной комиссии пациента направляют на медико-социальную экспертную комиссию, для установления группы инвалидности [4.1].

2.3. Роль среднего медицинского работника в профилактике хронического гломерунефрита

Врач на общем приеме не может уделить каждому пациенту столько времени, чтобы в полном объеме рассказать о заболевании, своевременном и правильном лечении, профилактике осложнений и многих других вопросах, касающихся ХГН. В основном вышеуказанные проблемы помогает решать медицинская сестра терапевтического кабинета.

Медицинская сестра терапевтического профиля — это специалист, обладающий расширенными знаниями и опытом по курации, обучению, общению и консультациям пациентов с различными заболеваниями и ХГН, в частности.

В должностные обязанности медицинской сестры терапевтического кабинета входит:

1. Подготавливать все необходимое к приему и помогать врачу вести его.
2. Объяснять пациентам способы и порядок подготовки к лабораторным исследованиям.
3. Вести учет диспансерных пациентов, своевременно вызывать их на прием к врачу, а также для прохождения лабораторных и инструментальных обследований.
4. Выписывать рецепты на льготные лекарства.
5. Своевременно получать необходимое количество медикаментов и выдавать их пациентам по указанию врача.
6. Участвовать в проведении санитарно-просветительной работы среди пациентов:
проводить беседы, выпускать санбюллетени, буклеты, памятки, брошюры, где также освещаются вопросы, связанные с проблемами ХГН, мер по его профилактике, борьбы с осложнениями, новыми видами лечения и реабилитации.
7. Организовывать, проводить и оценивать индивидуальные и групповые обучающие программы для пациентов.

8. Систематически повышать свою квалификацию путем изучения соответствующей литературы, опыта медицинских сестёр других стран, участия в конференциях, семинарах.
9. Оформлять под контролем врача медицинскую документацию: направления на консультацию и во вспомогательные кабинеты, контрольные карты диспансерного наблюдения, статистические талоны, санаторно-курортные карты, выписки из медицинских карт амбулаторных больных, направления на МСЭК, листки нетрудоспособности, дневник работ среднего медицинского персонала.
10. Разрабатывать и внедрять образовательные и патронажные программы в обществе при визитах на дом.
11. Сотрудничать с другими командами специалистов (узкими специалистами, наставниками инвалидов).

Цель образования пациентов с ХГН состоит в том, чтобы помочь им перевести теоретические знания в практические навыки, составляющие индивидуально подобранный план и сформировать у пациентов мотивацию к лечению. Исключительно важно, чтобы уже на первичном этапе медицинская сестра обладала широкой эрудицией, имела достаточный уровень навыков и опыта в различных областях ведения пациента с хроническим гломерулонефритом, а также доступ к соответствующим обучающим программам.

Обучение важно проводить для пациентов с ХГН, которые организуются как в стационарах, так и в поликлиниках. Согласно требованиям ВОЗ, медицинским сестрам необходимо использовать в обучении разнообразные педагогические техники и приемы. Это может быть словесный прием (беседа, рассказ, прямая речь); наглядный по принципу: «лучше один раз увидеть, чем дважды услышать» (книги, брошюры, фильмы).

Медицинская сестра с момента установления диагноза должна в понятной для пациента форме изложить информацию о сути заболевания, его причинах, симптомах, принципах лечения, мерах его профилактики.

Медицинской сестре важно убедить пациента в том, что течение заболевания во многом зависит от того как тщательно он будет соблюдать назначения и рекомендации врача. Пациенту необходимо состоять на диспансерном учете, своевременно посещать врача и проводить лечение в стационаре.

Одной из основных задач медицинской сестры является обучение пациента основным принципам диетотерапии (диетическому столу №7). Пациент должен иметь понятие об энергетическом балансе у здорового человека и больного ХГН, об основных составляющих пищи. Нужно объяснять пациентам важность соблюдения режима дня (сон, работа, прогулки, физические нагрузки, приемы пищи и лекарств).

Медицинская сестра должна проводить пропаганду отказа от вредных привычек. Это необходимый шаг, который должен сделать как здоровый человек (дабы не заболеть), так и больной ХГН (что бы отсрочить появление осложнений). Курение само по себе повышает риск инфарктов и инсультов, а в сочетании с ХГН, делает ожидаемую продолжительность жизни короче. Употребление алкоголя же может привести к дистрофии почки и почечной недостаточности. Должна объяснить важность применения различных методов реабилитации: плавания, массажа, физиотерапии, курортного лечения. Они являются средством вторичной профилактики (препятствуют развитию обострений заболевания и его осложнений) и вспомогательным элементом терапии хронического гломерулонефрита.

Также медицинская сестра должна провести беседу с родственниками пациента: предоставить им информацию о его заболевании, возможных осложнениях и их профилактике, обучить их уходу за пациентом, оказанию помощи и поддержки.

Одной из обязанностей медицинской сестры терапевтического профиля является посещение на дому старых по возрасту и не способных к передвижению пациентов с ХГН, с определенной периодичностью. Основной целью патронажа является оказание ему необходимой помощи, проведение отдельных медицинских манипуляций на дому.

Медицинская сестра должна убедиться, что пациент усвоил информацию, проведя опрос или анкетирование. В случае «пробелов» в полученных знаниях, заполнить их, проведя повторное обучение в более доступной для пациента форме.

Выводы по II главе

Ведущей ролью в участии медицинской сестры, как в стационаре, так и в поликлинике является выявление нарушенных потребностей и проблем у пациента болеющим хроническим гломерулонефритом, составление плана сестринского ухода с последующим его осуществлением и оценкой результатов. Обеспечение высококачественного ухода за пациентами с ХГН, сотрудничество с взаимодействующими организациями и службами, организация взаимодействия врачей общей практики и амбулаторно наблюдаемых пациентов, проведение подготовки пациентов к исследованиям и их информирование о: сущности заболевания, назначенном лечении, пагубном влиянии вредных привычек, в том числе создание информационных альбомов, санбюллетеней, брошюр и буклетов. Активное информирование пациентов приводит к повышению знаний пациентов с хроническим гломерулонефритом о своем заболевании, его симптомах, лечении и факторах риска развития осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день хронический гломерулонефрит является важной проблемой общественного здравоохранения в современной медицине. Немалая роль в борьбе с данным заболеванием отводится медицинской сестре, так как она своевременно может выявить факторы риска, оценить адекватность проводимого лечения, профилактику обострений. Поэтому изучение лечебных, профилактических мероприятий и правильного оказания сестринской помощи пациентам с хроническим гломерулонефритом является актуальной темой.

Проведенным анализом изученной литературы были представлены теоретические основы хронического гломерулонефрита, основные факторы риска, способствующие его развитию, клинические проявления, диагностика, методы лечения и профилактики, тем самым подтверждена актуальность и обоснована необходимость участия медицинской сестры в профилактике возникновения обострений заболевания. Ведущей ролью в участии медицинской сестры, как в стационаре, так и в поликлинике является выявление нарушенных потребностей и проблем у пациента болеющим хроническим гломерулонефритом, составление плана сестринского ухода с последующим его осуществлением и оценкой результатов. Обеспечение высококачественного ухода за пациентами с ХГН, сотрудничество с взаимодействующими организациями и службами, организация взаимодействия врачей общей практики и амбулаторно наблюдаемых

пациентов, проведение подготовки пациентов к исследованиям и их информирование о: сущности заболевания, назначенном лечении, пагубном влиянии вредных привычек, в том числе создание информационных альбомов, санбюллетеней, брошюр и буклетов. Активное информирование пациентов приводит к повышению знаний пациентов с хроническим гломерулонефритом о своем заболевании, его симптомах, лечении и факторах риска развития осложнений.

В данной исследовательской работе были решены все поставленные нами задачи:

1. Был проведен анализ литературных источников по теме исследования, который показал актуальность темы, причины развития заболевания, методы лечения и профилактики.
2. Определена роль медицинской сестры в оказании сестринской помощи пациентам, болеющим хроническим гломерулонефритом. Роль медицинской сестры в оказании сестринской помощи очень важна. Медицинская сестра проводит беседы, разъясняет правильность и важность проведения назначенных врачом исследований. Ведь от правильного уровня организации сестринской помощи общее состояние пациента улучшается и наступает ремиссия.
3. Было проведено анкетирование среди пациентов с хроническим гломерулонефритом. Проанализировав полученные данные, был выявлен уровень информированности пациентов о своем заболевании, приверженность к назначенному лечению и выявлено наличие вредных привычек.
4. Создан информационный альбом для пациентов с хроническим гломерулонефритом.

Таким образом, проанализировав данное исследование можно с уверенностью сказать, что сестринская помощь и тесное общение с медицинской сестрой является главным критерием в информировании пациентов с хроническим гломерулонефритом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нормативно-правовые акты
 - 1.1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 года №614н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром нефритическом синдроме, рецидивирующей и устойчивой гематурии, хроническом и нефритическом синдроме, других уточненных синдромах врожденных аномалий, не классифицируемых в других рубриках».
 - 1.2. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и прогнозу мембранопролиферативного гломерулонефрита/Научное общество нефрологов - Москва, 2014
 - 1.3. Практические клинические рекомендации KDIGO по лечению гломерулонефритов/Перевод Л.С. Бирюковой, Е.В. Захаровой, и Е.В. Кальяновой - 2012
2. Научно-методическая литература
 - 2.1. Алмазов В. А. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских институтов/В.А. Алмазов, С.И. Рябов - СПб. - 2001. 356 с.
 - 2.2. Гельцер Б.И. Пропедевтика внутренних болезней:учебник/Б.И. Гельцер - Владиво
 - 2.3. Громницкий Н.И. руководство по внутренним болезням: Учебное пособие для врачей и студентов/Н.И. Громницкий - М: Медицинское информационное агентство, 2005. - 341с.
 - 2.4. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебное пособие для студентов лечебного факультета/М.А Лис, Ю.Т. Солоненко, К.Н. Соколов. - Москва: 2011. - 576 с.

- 2.5. Лычев В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие/В.Г. Лычев, В.К. Карманов - М.: ФОРУМ: ИНФА-М, 2007. - 544 с.
- 2.6. Маколкин В.И. Внутренние болезни: учебник. - 6-е изд., перераб. и доп./В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов - Москва: 2012. - 768с.
- 2.7. Маколкин В.И. Сестринское дело в терапии: учебник для медицинских колледжей и училищ/В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенов. - Москва:2000. - 527 с.
- 2.8. Мухина Н.А Внутренние болезни в 2-х томах: учебник/Н.А. Мухина; под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - Москва: 2010. - 1264 с.
- 2.9. Отвагина Т.В. Терапия. - Ростов на/Д: Феникс, 2013. - 187, 188с.
- 2.10. Пиманова М.А. Современная диетология для Медицинских сестер. - Медицинский проект, 2012. - 35с
- 2.11. Романова Е.А Болезни почек. Эффективные способы лечения: учебник -М: Астрель, 2010. - 64 с.
- 2.12. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи/Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 473 с.
- 2.13. Справочник Видадь Лекарственные препараты в России: Справочник/С.М. Инджикян. - М.: ЮБМ Медика рус, 2013. с 1640
- 2.14. Стрюк Р.И. Внутренние болезни: учебник/Р.И. Стрюк, И.В. Маев - Москва: 2008. - 496 с.
- 2.15. Фатенков В.Н. Внутренний болезни в 2-х томах: учебник для вузов - Самара ООО «Офорт» - 2006. - 1093 с.
- 2.16. Федюкович Н.И. Внутренние болезни. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 301,302с.
3. Статья из журнала
- 3.1. Петров В.Н./«Медицинская сестра»/Гломерулонефрит: принципы диагностики, лечения, сестринского ухода - 2009. -№1 - С. 3-7

4. Сетевые ресурсы

- 4.1. Medical Journal/Медицинский журнал «МЖ»: статьи врачей
пациенту/Гломерулонефрит [Электронный ресурс] - режим доступа:
<http://www.medicalj.ru>
- 4.2. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа- Югры
«Нижневартовская окружная больница №2» /Эндокринологическое отделение
[Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.nvgb3.ru>
- 4.3. Клиническая нефрология/Научно-практический рецензируемый
журнал/Хроническая болезнь почек и народосбережения Российской Федерации
[Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.nephrologyjournal.ru>
- 4.4. По почкам/Все о почках/Диетический стол №7 почечный и его меню
<http://popochkam.ru>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.1

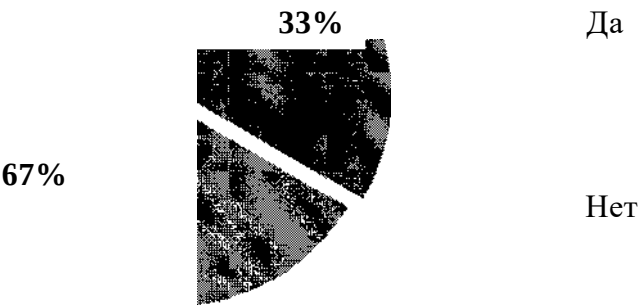


Рис. 1. Наличие вредных привычек

Приложение 1.2

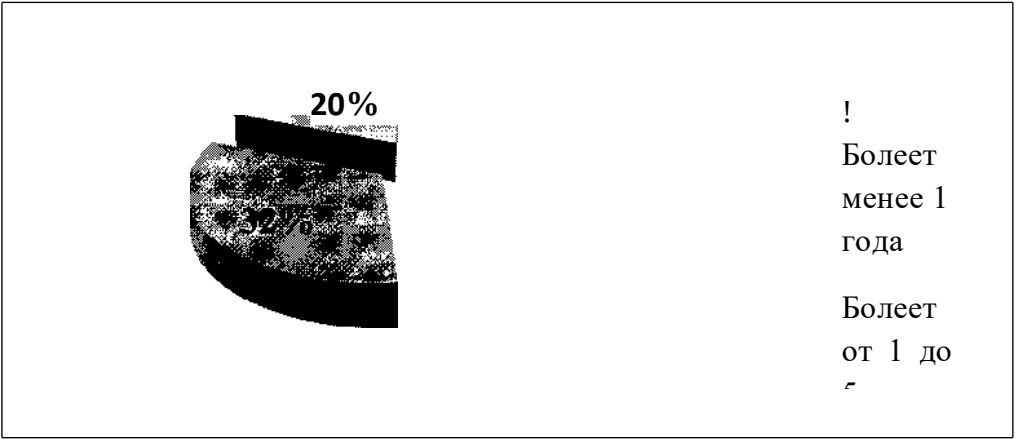
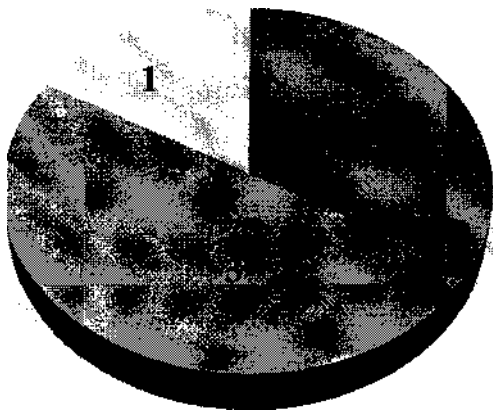


Рис. 2. Давность заболеваемости ХГН у пациентов в анамнезе

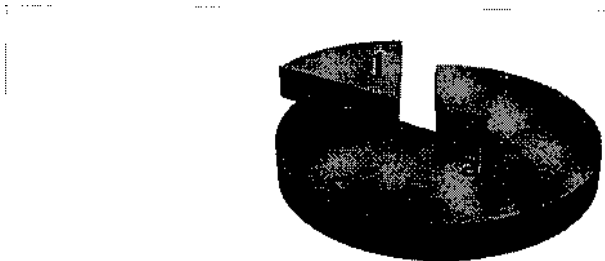
Приложение 1.3



с 2 раза в год 11 раз
в 1-3 месяца 1 раз в
2 месяца
Ежемесячно

Рис. 3. Частота посещаемости терапевта

Приложение 1.4



- Знают о сущности заболевания
- Не знают о сущности заболевания

Рис. 4. Информированность пациентов с ХГН о своем заболевании

Приложение 1.5



Рис. 5. Источники информации о заболевании

Приложение 1.6

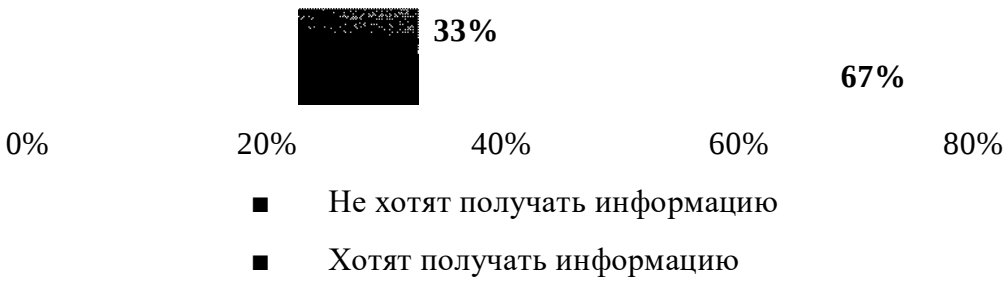


Рис. 6. Получение дополнительной информации о ХГН

Приложении 1.7

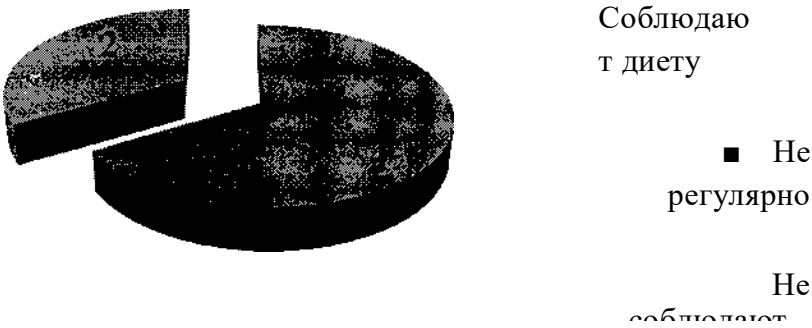


Рис. 7. Соблюдение диеты

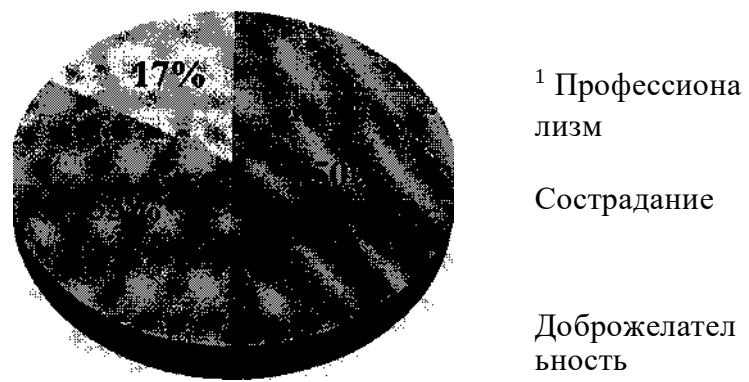


Рис. 8. Качества медицинской сестры

Приложение 1

Классификация хронического гломерулонефрита



Приложение 2

Диета, назначаемая при хроническом гломерулонефрите

Применение диеты направлено на уменьшение воспалительноаллергического процесса, максимальное щажение почек, нивелирование метаболических нарушений, предупреждение возможных нарушений со стороны ССС (артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения) и потенцирование действия некоторых медикаментозных препаратов (мочегонных, гипотензивных). Диета строится с учетом клинической формы, периода заболевания (обострение или ремиссия) и состояния азотовыделительной функции почек.

Независимо от формы и стадии ХГН, а также состояния азотовыделительной функции почек необходимо обеспечение организма достаточным количеством витаминов (аскорбиновая кислота, биофлавоноиды, ретинол). Для достаточного обеспечения организма витаминами показано употребление фруктов, овощей и их соков.

Всю пищу готовят без соли, допускается тушение, варка, запекание, паровой способ приготовления пищи. Мясо и рыбу дают в вареном виде или с последующим поджариванием, с исключением азотистых экстрактивных веществ [4.4].

Разрешаются:

1. Супы вегетарианские с овощами, крупой, картофелем; фруктовые, ограниченно - молочные. Для их заправки можно использовать сливочное масло, сметану, укроп, петрушку, лимонную кислоту, уксус; отварной или пассерованный лук.
2. Хлеб бессолевой, блинчики, оладьи на дрожжах и без соли.
3. Нежирной говядина, телятина, мясная и обрезная свинина, баранина, кролик, индейка, курица, которые отвариваются или запекаются, куском или в рубленом виде.

4. Рыба нежирная, отварная, можно с последующим легким обжариванием или запеканием, фаршированная, заливная после отваривания.
5. Молоко, сметана, сливки, кисломолочные напитки, творог и творожные блюда с овощами и рисом.
6. Яйца в виде желтков, добавляемых в блюда; цельные яйца всмятку (не более 2 в день), омлеты - при условии уменьшения количества употребляемого мяса, рыбы или творога.
7. Рис, кукурузная и перловая каши, и макаронные изделиями в любом приготовлении.
8. Овощи в любой кулинарной обработке.
9. Винегрет без солений, салаты из свежих овощей и фруктов.
10. Различные фрукты и ягоды, сырые, вареные, компоты из них, кисели, желе, мед, варенье, фруктовое мороженое.
11. Соусы томатные, молочные, сметанные, фруктовые и овощные подливки, ванилин, корица, лимонная кислота, уксус.
12. Чай, некрепкий кофе, соки фруктовые и овощные, отвар шиповника.
13. Жиры сливочные несоленые, коровье топленое и рафинированное растительное масло.

Запрещаются:

1. Мясные, рыбные и грибные бульоны, а также супы из бобовых.
2. Хлеб из обычной выпечки, мучные изделия с добавлением соли.
3. Жирные сорта мяса, жареные и тушеные блюда без отваривания, колбасы, сосиски, копчености, консервы.
4. Жирные виды рыбы, соленая, копченая рыба, икра, консервы,
5. Сыры.
6. Бобовые, лук, чеснок, редька, редис, щавель, шпинат, соленые, маринованные и квашеные овощи, грибы.
7. Шоколад, крепкий кофе, какао, натриевые минеральные воды.
8. Мясные, рыбные и грибные соусы, перец, горчица, хрен.

Приложение 3

Группы препаратов, применяемые для лечения ХГН

Диуретики	
Фармакологическое действие	Увеличение выведения натрия, ведущее к снижению объема циркулирующей крови и уменьшению реабсорбции воды. Увеличивают выведение из организма мочи и уменьшают содержание жидкости в тканях и серозных полостях организма. Вызывают усиление мочеотделения специфическим действием на почки.
Показания	Отечный синдром различного генеза (сердечный, печеночный, почечный после второго месяца беременности, интоксикационный), отек легких и мозга, артериальная гипертензия, форсированный диурез, почечная недостаточность.
Противопоказания	Гиперчувствительность, острый гломерулонефрит, почечная недостаточность с анурией, печеночная кома, нарушение водно-солевого баланса и гипокалиемия, гипонатриемия.
Побочные действия	Гипотония, аритмия, сухость во рту, тошнота, рвота, диарея, панкреатит, гиповолемия, дегидратация, гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз.
Ингибиторы АПФ	
Фармакологическое действие	Блокируют образование ангиотензина II, обладающего мощным сосудосуживающим действием это приводит к снижению АД, уменьшению внутриклубочкового капиллярного давления.
Показания	Артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность.
Противопо	Ангioneвротический отек, выраженные нарушения функции

казания	почек, азотемия, гиперкалиемия, двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз единственной почки с прогрессирующей азотемией
Побочные действия	Повышение уровня липопротеидов, глюкозы и мочевой кислоты. Сухой кашель, отек Квинке артериальная гипотония.
Нестероидные противовоспалительные препараты	
Фармакологическое действие	Ингибируют почечную циклооксигеназу и уменьшают синтез провоспалительных простагландинов, снижают обеспечение воспалительного очага энергией, обладают мягким иммунодепрессантным эффектом, уменьшают агрегацию тромбоцитов и отложение фибрина в клубочковых капиллярах, снижают проницаемость базальной мембраны, что значительно уменьшает протеинурию. Снижают клубочковую фильтрацию, почечный плазматок, уменьшают экскрецию натрия с мочой и повышают АД
Показания	Латентная форма ХГН с протеинурией от 0,3 до 0,5 г в сутки с умеренной эритроцитурией при сохраненной функции почек и нормальном АД. Нефротическая форма ХГН, умеренно выраженная (содержание общего белка в крови не менее 55 г/л, альбуминов - не менее 30 г/л), когда в течение короткого времени желательно снизить протеинурию или невозможно провести лечение глюкокортикоидами и цитостатиками; при этом не должно быть больших отеков.
Противопоказания	При ХГН с выраженным отечным синдромом, артериальной гипертензией, почечной недостаточностью.
Побочные действия	Развитие эрозивного гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертензия
Глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон)	
Фармакологическое действие	Многосторонне влияют на обмен веществ, опосредуют

гическое действие	адаптацию организма к стрессорным воздействиям со стороны внешней среды, оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммунодепрессивное, противошоковое и антитоксическое действия
Показания	Нефротическая форма ХГН длительностью более 2 лет; при этом лучшие результаты наблюдаются при редких рецидивах нефротического синдрома, худшие - при непрерывно персистирующей активности нефрита; латентная форма ХГН (форма с изолированным мочевым синдромом) длительностью не более 2 лет в стадии обострения с выраженной протеинурией и тенденцией к развитию нефротического синдрома.
Противопоказания	При гипертонической и смешанной формах ХГН, при хроническом нефрите в стадии ХПН.
Побочные действия	Тошнота, рвота, метеоризм, икота, гипокальциемия, потеря калия, брадикардия повышение АД, головная боль, делирий, дезориентация, эйфория, галлюцинации.
Цитостатики (циклофосфамид)	
Фармакологическое действие	Иммунодепрессивное действие проявляется в подавлении пролиферации лимфоцитарных клонов (преимущественно В- лимфоцитов), участвующих в иммунном ответе.
Показания	Нефротическая форма ХГН при отсутствии эффекта от лечения глюкокортикоидами, а также при развитии побочных явлений глюкокортикоидной терапии или при развитии глюкокортикоидной зависимости; добавление в этих случаях к преднизолону цитостатиков позволяет снизить дозу преднизолона и, следовательно, уменьшить выраженность его побочных явлений и преднизолонозависимость. Смешанная

	форма ХГН (сочетание нефротического синдрома и выраженной артериальной гипертензии)
Противопоказания	Гиперчувствительность, тяжелые нарушения функции почек, гипоплазия костного мозга, беременность, кормление грудью.
Побочные действия	Анемия, лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз, геморрагический цистит.
Селективные иммунодепрессанты	
Фармакологическое действие	Подавляют способность организма противостоять инородным телам, проникающим в тело, продлевают срок выживания тканей и органов для пересадки.
Показания	Для профилактики отторжения пересаженной почки, печени, сердца, легких, поджелудочной железы.
Противопоказания	Гиперчувствительность. Нарушения функции почек, артериальная гипертензия, инфекционные заболевания, злокачественные новообразования, период беременности и лактации.
Побочные действия	Гипертрихоз, тремор, нарушение функции почек, гипертензия, нарушение функции печени, потеря аппетита, тошнота, рвота, понос, головные боли, высыпания, легкая анемия,
Антикоагулянты (гепарин)	
Фармакологическое действие	Уменьшает внутрисосудистую гемокоагуляцию, агрегацию тромбоцитов, обладает противовоспалительным, антидепрессантным и диуретическим действием, способен понижать АД.
Показания	Нефротическая форма ХГН (при клубочковой фильтрации менее 35 мл/мин) при отсутствии эффекта от лечения глюкокортикоидами и цитостатиками. ХГН с выраженными отеками, умеренной артериальной гипертензией (АД не выше

	160/90 мм.рт.ст.), а также при начинающейся почечной недостаточности. Наклонность к тромбозам при ХГН.
Противопоказания	Геморрагические диатезы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. При клубочковой фильтрации менее 35 мл/мин.
Побочные действия	Гиперемия кожи, лекарственная лихорадка, боль, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, снижение аппетита,
Антиагреганты (дипиридамо́л)	
Фармакологическое действие	Ингибируют агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, уменьшают их способность к склеиванию и прилипанию к эндотелию кровеносных сосудов. Снижая поверхностное натяжение мембран эритроцитов, они облегчают их деформирование при прохождении через капилляры и улучшают текучесть крови.
Показания	Лечение и профилактика нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу, энцефалопатия, профилактика артериальных и венозных тромбозов, профилактика тромбоэмболии.
Противопоказания	Острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, тяжелые нарушения сердечного ритма.
Побочные эффекты	Тошнота, рвота, диарея, артериальная гипотензия, головокружение, головная боль, кожная сыпь, крапивница.
Блокаторы медленных кальциевых каналов	
Фармакологическое действие	Снижают СКФ, поэтому их возможно применять при выраженной АГ в комбинации с другими препаратами. Помимо антигипертензивного, оказывают и антипротеинурический эффект.
Показания	Лечение и профилактика нарушений сердечного ритма,

	лечение артериальной гипертензии.
Противопоказания	Выраженная брадикардия; кардиогенный шок.
Побочные действия	Покраснение лица, выраженная брадикардия, артериальная гипотензия, тошнота, рвота, запоры, головокружение, головная боль, кожная сыпь, зуд.
Статистика	
Фармакологическое действие	Снижают в крови уровень общего холестерина и ЛПНП, повышают концентрацию ЛПВП, уменьшают концентрацию триглицеридов.
Показания	Гиперхолестеринемия, комбинированная гиперхолестеринемия, ишемическая болезнь сердца:
Противопоказания	Заболевания печени в активной фазе, заболевания скелетной мускулатуры, возраст до 18 лет.
Побочные действия	Боли в животе, запор, метеоризм, тошнота, диарея, астенический синдром, головная боль, головокружение, ангионевротический отек,

Таб. 2. Схема лечения при хроническом гломерулонефрите

Латентная и гематурическая формы	
Режим	Щадящий
Диета	№ 15 с ограничением соли до 10 г. в сутки, экстрактивных веществ. Для улучшения вкусовых качеств разрешаются в небольших количествах горчица, перец, лук, чеснок, уксус, хрен.
Антибактериальная терапия	Во время обострений и сопутствующих инфекций - то же
Патогенетическая терапия	Во время обострения и для профилактики его - антигистаминные средства, индометацин, производные 4-аминохинолина
Симптоматическая терапия	Кровоостанавливающие средства
Гипертензивная форма	
Режим	Щадящий (с большими ограничениями)
Диета	Ограничение соли до 6-8 г. в сутки. Перечень разрешаемых продуктов соответствует диете №7, можно рекомендовать диету №10. Преимущественно молочно-растительная диета с включением картофеля, большого количества овощей, фруктов, разрешаются также нежирное мясо, рыба. При упорной и стойкой артериальной гипертензии проводят разгрузочные дни (фруктово-рисовые, картофельные, овощные и другие), что способствует снижению АД. При очень стойкой артериальной гипертензии количество поваренной соли можно уменьшить до 3-5 грамм в сутки. Полное исключение соли из диеты на длительный срок может привести к электролитным нарушениям (гипохлоремии,

	гипонатриемии) и вызвать ухудшение работы почек.
Патогенетическая терапия	Во время обострения и для профилактики его - антигистаминные средства, индометацин, производные 4-аминохинолина
Симптоматическая терапия	Гипотензивные, спазмолитические, по показаниям сердечные средства
Нефротическая форма	
Режим	Щадящий (с большими ограничениями)
Диета	№7 с ограничением соли до 3 грамм в сутки с учетом содержания ее в продуктах питания, используется специальный «почечный» хлеб без добавления соли. Количество потребляемой жидкости не должно превышать 600-800 мл и зависит от величины суточного диуреза и динамики отечного синдрома.
Антибактериальная терапия	Во время обострений и сопутствующих инфекций - то же
Патогенетическая терапия	Стероидные гормоны, цитостатические средства, индометацин, производные 4-аминохинолина
Симптоматическая терапия	Диуретические средства, анаболические стероиды
Смешанная форма	
Режим	Щадящий режим
Диета	Диета №7 с учетом особенностей, изложенных при описании диеты при нефротической и гипертонической формах, то есть наличия артериальной гипертензии и отеков, связанных с этой необходимостью ограничения потребления соли и воды.

Приложение 5

Анкета по хроническому гломерулонефриту

ЯМК проводит оценку уровня информированности пациентов о своем заболевании, приверженности к назначенному лечению, наличие вредных привычек. Пожалуйста, выберите только один ответ на каждый вопрос. Благодарим за участие в опросе.

<u>1. Ваш возраст?</u>	
	<u>Ответ</u>
<u>От 18 до 30 лет</u>	
<u>От 30 до 45</u>	
<u>От 45 до 70 лет</u>	
<u>2. Ваш пол?</u>	
	<u>Ответ</u>
<u>Мужской</u>	
<u>Женский</u>	
<u>3. Как часто Вы посещаете терапевта (нефролога)?</u>	
	<u>Ответ</u>
<u>2 раза в год</u>	
<u>1 раз в 1-3 месяца</u>	
<u>1 раз в 2 месяца</u>	
<u>Ежемесячно</u>	
<u>4. Употребляете ли Вы табак и алкоголь?</u>	
	<u>Ответ</u>
<u>Да</u>	
<u>Нет</u>	
<u>5. Есть ли у Вас родственники, которые болеют хроническим гломерулонефритом?</u>	
	<u>Ответ</u>
<u>7. Имеются ли у Вас сопутствующие заболевания? (Бронхиальная астма, хронический тонзиллит (ангина), хронический отит, хронический гепатит, часты ОРВИ, сахарный диабет,</u>	

гипертоническая болезнь)?

Ответ

Да

Нет

Не знаю

8. С чем Вы связываете развитие своего заболевания?

Ответ

Наличие хронических очагов инфекции

Употребление алкоголя

Частые болезни ЛОР органов

Частые переохлаждения

Неблагоприятные профессиональные условия труда

9. Как давно Вы болеете?

Ответ

Менее 1 года

От 1 -5 лет

7 лет

От 10-15 лет

Более 15 лет

Ю.Сколько раз в год Вы находитесь на стационарном лечении?

Ответ

1 раз в год

2-3 раза в год

4-5 раз в год

11. Знаете ли Вы о сущности своего заболевания, причинах, симптомах, лечении, осложнениях и мерах профилактики?

Ответ

Да

Нет

12.Откуда Вы получаете информацию о своем заболевании?

Ответ

Медицинский персонал

с ХГН

Интернет

Родственники

Печатные издания

13.Хотели бы Вы получать дополнительную информацию о заболевании хронический гломерулонефрит?

Ответ

Да

Нет

14.Оцените стиль общения сестринского персонала с пациентом?ОтветДоброжелательныйРавнодушныйБезразличныйДругое мнение**15.Какими качествами, по Вашему мнению, должна обладать
_____ медицинская сестра в осуществлении ухода за пациентом?**ОтветПрофессионализмомСостраданиемДоброжелательностьюВаше особое мнение**16.Поддерживает ли Вас сестринский персонал психологически?**ДаНет**17.Даны ли Вам рекомендации по рациональному питанию?**ОтветДаНет**18.Проводятся ли с Вами беседы здорового образа жизни?**ОтветДаНет