



Сестринский процесс при гломерулонефрите

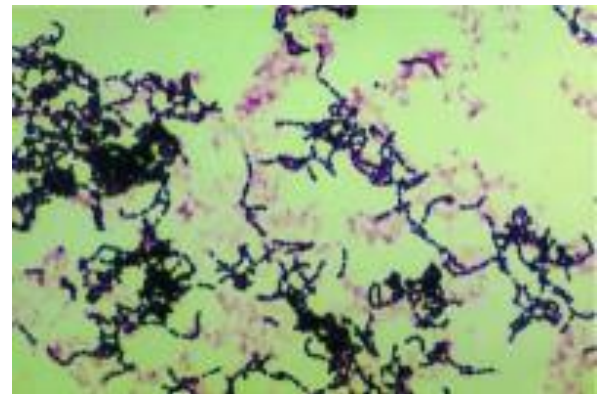
Выполнила: Черепанова Полина
381 «М»

Острый гломерулонефрит

- Острое двустороннее иммуновоспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочкового аппарата и вовлечением в процесс почечных канальцев, интерстециальной ткани и сосудов, клинически проявляющееся почечными и внепочечными симптомами.

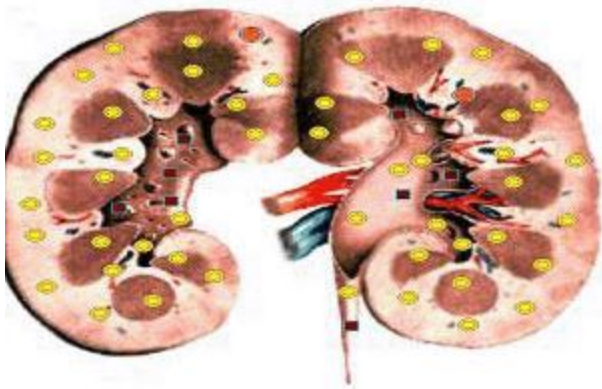
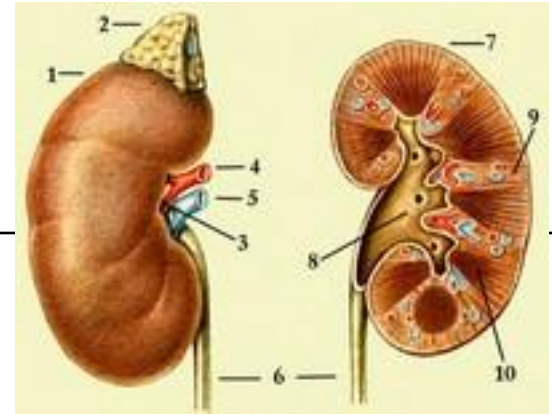
Этиология

- Бетта-гемолитический стрептококк группы А
- Заболевание развивается через 6-8 дней после перенесённой стрептококковой инфекции




Патологическая анатомия

- Почки слегка увеличены в размерах
- Полнокровны
- На поверхности почек видны мелкие точечные изображения красного цвета – повреждённые клубочки
- Вокруг клубочков – клеточные инфильтраты с множеством лейкоцитов



Классификация


- По этиопатогенезу: инфекционно-иммунный, неинфекционно-иммунный;
- По морфологическим изменениям: пролиферативный эндокапиллярный, мезангио-пролиферативный пролиферативный экстракапиллярный, мезангио-капиллярный, склеротизирующий;


- 
- По клиническим формам:
классическая форма,

бисиндромная форма,
моносиндромная форма,
нефротическая форма;
 - По осложнениям: острая почечная недостаточность по типу сосудистой обструкции, острая почечная гипертензионная энцефалопатия (преэклампсия, эклампсия), острая сердечная недостаточность.

Клиника


- Синдром острого воспаления почечных клубочков: боли в поясничной области с обеих сторон, повышение температуры тела, олигурия, анурия, красный цвет мочи или цвет «мясных помоев», гематурия, протеинурия, цилиндрурия, снижение клубочковой фильтрации, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, азотемия.

- 
-
- Сердечно-сосудистый синдром: расширение границ сердца влево, брадикардия, может быть ритм галопа, акцент II тона над аортой, выраженная артериальная гипертензия, увеличивается объем циркулирующей крови, возникает опасность развития острой левожелудочковой недостаточности.

- 
- Отёчный синдром: бледные отёки, чаще всего на лице, вокруг глаз, плотные. В тяжелых случаях возникает асцит, гидроторакс, гидроперикард, или развивается анасарка.
 - Церебральный синдром: ввиду задержки жидкости создаются условия для развития отёка мозга и появления головных болей, снижение зрения, тошноты, рвоты, двигательного беспокойства, бессонницы.

Лабораторные исследования:


- ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ, иногда анемия.
- ОАМ: повышение относительной плотности за счёт протеинурии или при олигурии протеинурия от 1 до 10-20 г/л
- Проба Земницкого: отсутствие изогипостенурии, уменьшение суточного диуреза до 400-700мл в сутки

- 
- Проба по Нечипоренко –

преобладание в осадке мочи эритроцитов над лейкоцитами.
 - БАК: незначительная или умеренная азотемия, повышение уровня белков в острую фазу, повышение уровня альфа- и гамма-глобулинов, снижение уровня общего белка (нефротический синдром), повышение уровня холестерина (нефротический синдром)


Инструментальные исследования


- Глазное дно: вначале обычно оно изменено, в дальнейшем может наблюдаться сужение артерий, расширение вен, отёк сетчатки или соска зрительного нерва, кровоизлияния.
- Рентгенограмма черепа: при угрозе почечной энцефалопатии выявляет признаки внутричерепной гипертензии (гиперводемический отёк мозга)

- 
-
- УЗИ: размеры почек и толщина паренхимы могут быть увеличены, эхогенность коркового слоя повышена, снижена визуализация пирамид.
 - Урография используется редко, так как менее информативна.

Лечение

- Госпитализация в урологическое отделение
- Постельный режим 2-3 недели
- Диета: ограничение соли и жидкости, простых углеводов и белка, исключение экстрактивных веществ и полное обеспечение витаминами и минеральными веществами.

- 
- Количество жидкости, рекомендуемой больному определяется следующим образом: к величине суточного диуреза добавляют 400 мл жидкости (некрепкий чай, молоко, разведённый фруктовый сок, отвар шиповника).
 - фуросемидфуросемид (лазикс) по 40 — 60 мг в сутки по утрам или гипотиазид по 100—150 мг в СУТКИ

- 
- для стимуляции диуреза
-
- дополнительно применяют верошпирон для стимуляции диуреза дополнительно применяют верошпирон по 100—150 мг в сутки или альдактон, эуфиллин 2,4% раствор 5—10 мл внутривенно медленно 1—2 раза в сутки.
- Из гипотензивных средств рекомендуют антагонисты кальция (коринфар), ингибиторы ангиотензин-конвертирующего фермента (капотен)

Прогноз.

- В исходе хронического гломерулонефрита наступает сморщивание почек и развивается уремия.



Профилактика.

- Своевременное устранение очагов инфекции в организме.

