# **ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕЙРИТ.**

# **СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ**

**Хронічний гломерулонефрит**

Хронічний гломерулонефрит – хронічне дифузне захворюванням нирок для якого характерна наявність імунологічних і клініко-морфологічних змін, передусім у клубочках.

Клінічно – ХЇН поділяється на латентну гематуричну гіпертонічну, нефротичну і змішану форму єдиного морфологічного еквівалента захворювання немає. На основі комплексного морфологічного дослідження ниркової тканини виділили декілька типів, кожен із них відносно самостійний за винятком фіброплатичного ГН і вторинного зморщеної нирки.

Мембанозний гламерулонефрит, захворювання характеризується скритим початком хронічних перебігам, клінічно проявляється протеїнурією, іноді з гематурією. Це імунокомплексний ГН, причому в 2/3 випадків антиген залишається невідомим.

Таким антигеном може бути пухлинний карциноембріональний антиген, антиген щіткової камки епітелія проксимальних канальців.

При гістологічних дослідженнях ниркової тканини у всіх клубочках виявляється дифузне потовщення стінок.

Основним діагностичним критерієм на світ оптичному “рівні служать”, пунктирність “і шипи” базальних мембран капілярів, які виявляються при дослідженні тонких зрізів.

1. латентний – виявляється. Ізольованим сечовим синдром, іноді з помірною артеріальною гіпертензією;
2. гематуричний – постійна гематурія;
3. гіпертонічний – артеріальна гіпертонія з незначними змінами в сечі;
4. нефротичний – набряки виражені протеїнурія;
5. підгострий – швидко прогресуючий гломерулонефрит, який характеризуються нефротичним синдромом, артеріальною гіпертонією і швидко. Виникають нирковою недостатністю. При цьому варіанті захворювання розпочинається гострий гломерулонефрит, однак симптоми не мають зворотнього розвитку, стабілізуються, розвивається ниркова недостатність.

У сичі виявляється протеїнурія, гематурія, циліндрія, іноді помірна лейкоцитурія. У крові в період загострення може відзначатися помірним лейкоцитозом, прискорення ШОЕ, гіпер L2 – глобуліномія.

Рівень креатині ну, сечовини, а також величина клубочком фільтрації залежить від функціонального стану нирок.

**Лікування** призначають залежно від клінічної форми захворювання. При лікуванні слід дотримуватися певного режиму, уникати переохолоджень, фізичних навантажень психоемоційних стресів. Категорично заборонено працювати у нічний час. Щорічно, а при необхідності частіше, хворого госпіталізують для стаціонарного лікування.

Дієта також залежить від форми захворювання. Наприклад при латентній формі призначають загальний стіл із обмеженням солі до 10 г на добу. При нефротичній і гіпертонічній формах кількість солі обмежують до 8-6 г на добу.

Медикаментозна терапія передбачає призначення:

а) патогенетичних засобів( кортикостероїдів, цитостатики аміно хінолінові препарати);

б) гіпотензивних препаратів (клофелін, еналапріл, каптопрес);

в) діуретиків (лазікс, фурасемід);

г) антибіотиків (ципронат, амоксиклав)

Хворі хронічним гломерулонефритом повинні перебувати на диспансерному обліку і один раз на місяць здавати на дослідження сечу. Таким хворим рекомендоване санітарно-курортне лікування в зоні сухого та жаркого клімату. Оскільки в цих умовах виникає розширення периферичних судин, поліпшується ниркова геодинаміка.

Догляд за хворими. Необхідно стежити за добовим діурезом. Сечу треба збирати протягом доби в одну посудину, а зранку записувати скільки рідини випито за цей час. Ці дані м/с щоденно заносить в історію хвороби. В осіб хворих на хронічний гломерулонефрит, шкіра суха, нерідко потріскана. Це сприяє її інфікуванню. На шкірі можуть з’являтися виразки і навіть пролежні. Тому м/с повинна щоденно здійснювати профілактичні дії: перестилати постіль, протирати шкіру дез. розчинами.

Слід знати, що хронічний гломерулонефрит може призвести до виникнення ХНН та хронічної уремії.

Під час уремії у крові накопичується надлишок продуктів білкового обміну (сечовини, креатиніну, індикану) Порушується рівновага електролітів, розвивається ацидоз. Хворі скаржаться на відсутність апетиту, нудоту блювання, тяжкість під грудьми, пронос. Язик обкладений брудно-коричневим нальотом, з рота відгонить сечею.

У разі уремії хворому необхідно забезпечити повний покій, призначити дієту із значним обмеженням тваринних білків, насамперед за рахунок м’яса яєць.

Якщо набряки не значні, а у хворого часте блювання, їжу потрібно обов’язково підсолювати, тому що з блювотними масами людина втрачає NaCl.

Якщо видільна функція нирок збережена, хворому необхідно давати пити багато рідини 2-4 л. Краще солодкої, настої трав, соки, мінеральну воду.

З прогресування уремії спостерігається схильність до інфекції. Нерідко розвивається пневмонія, що призводить до різкого погіршення функції нирок. Окрім того з’являється і прогресує неврологічна симптоматика і з’являється судоми, енцефалопатія, може виникнути уремічна кома.

**Використана література:**

“Медсестринство в терапії” О.К. Демченко 2001 р.

“Внутрішні хвороби” Левченко, 1995 р.