

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ  
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**

**Дипломная работа студентки  
очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051505  
Болдиной Елены Александровны**

Научный руководитель:  
преподаватель Войковская Е.В.

Рецензент:  
врач - терапевт, терапевтическое  
отделение  
ОГБУЗ «Городская больница №1 г.  
Белгорода» Будякова Н.Ю.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА.....	7
1.1. Общая характеристика, классификация патологии.....	7
1.2. Этиология гломерулонефрита .....	10
1.3. Клиническая характеристика заболевания. Диагностика. Лечение .....	11
1.4. Гломерулонефрит у детей .....	17
1.5. Профессиональная и профилактическая деятельность медицинских сестер при гломерулонефрите .....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ.....	23
2.1. Статистические данные по заболеваемости гломерулонефритом по России и Белгородской области .....	23
2.2. Анализ данных полученных при проведении анкетирования .....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция к большому росту числа людей с заболеваниями почек - это часто встречающиеся заболевания поражающие лиц всех возрастов и, по данным медицинской статистики, занимают четвертое место, уступая болезням сердца, органов дыхания и онкологическим заболеваниям. В силу своих анатомо-физиологических особенностей, почки являются уязвимым органом, страдающим от воздействия целого ряда факторов как эндогенной, так и экзогенной природы.

К таким факторам относятся возраст, некоторые неинфекционные заболевания и инфекции, ряд некоторых лекарственных препаратов, алкоголь и курение, состояние окружающей среды, климат, характер и традиции питания, генетические особенности населения данной популяции и пр.

Увеличение заболеваемости напрямую связано с обширным распространением сахарного диабета, артериальной гипертензии, ожирения.

Почки – важнейшие органы, выполняющие функцию биологического фильтра, основной функцией является выведение продуктов обмена из организма. Именно почки регулируют жидкостный баланс и кислотно-щелочное равновесие, поддерживают правильное соотношение электролитов, участвуют в процессе кроветворения, а также обезвреживают ядовитые вещества при нарушениях функции печени. Вследствие этого, при полном или частичном нарушении деятельности почек, происходит интоксикация организма.

К наиболее чаще встречающимся заболеваниям почек относят: пиелонефрит, нефроптоз, гидронефроз, почечная недостаточность, гломерулонефрит.

Хронический гломерулонефрит (ХГН) является прогрессирующим заболеванием почек в результате которого развивается длительный

воспалительный процесс, текущий волнообразно, что приводит в итоге к склерозу, гиалинозу, запустеванию клубочков, развитию хронической почечной недостаточности.

В современной нефрологии проблема гломерулонефрита - актуальна, так как гломерулонефрит встречается среди трудоспособного населения молодого и среднего возраста, сложность патогенеза, тенденция к хронизации воспалительного процесса, численность клинических проявлений, необходимость длительного непрерывного лечения, возможность возникновения хронической почечной недостаточности в молодом трудоспособном возрасте определяют актуальность данной проблемы, не всегда удаётся вовремя поставить правильный диагноз гломерулонефрита за счёт скрытых и атипично протекающих форм заболевания. Гломерулонефриты представляют важнейший раздел медицины, составляя около 35,79% всей патологии почек.

До сих пор есть трудности в его диагностике и лечении. Примерно у 10-20% он является результатом ОГН, у 80-90% больных это медленно прогрессирующее заболевание часто с латентным течением.

Актуальность проблемы хронического гломерулонефрита (ХГН) поясняется не распространённостью заболевания, а прогредиентным течением болезни с последующим развитием почечной недостаточности.

Цель дипломной работы: определение общих и профессиональных компетенций медицинских сестер в профессиональной деятельности медицинских сестер.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ литературы и данных по проблеме заболеваемости дистрофией детей раннего возраста и их профилактики.

2. Определить общие принципы организации стационарного лечения, на базе ОГБУЗ « Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

3. Провести анализ профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике заболеваний почек, в частности гломерулонефрита, для чего необходимо:

- исследовать статистические данные заболеваемости в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»»
- провести анкетирование, по результатам которого, разработать программу сестринских компетенций по профилактике гломерулонефрита.

Для решения поставленных мною задач использовались объекты исследования – пациенты и средний медицинский персонал ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломной работы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологический: анкетирование
- статистический – статическая обработка информационного объема

**Предмет исследования:**

–деятельность медицинских сестер в профилактике заболеваемости острым и хроническим гломерулонефритом

**Теоретическая значимость дипломной работы:** заключается в определении современных статистических и клинических данных по проблеме заболеваемости гломерулонефритом.

**Практическая значимость:** заключается в определении профессиональных и общих компетенций медицинского сестринского персонала в организации и проведении мероприятий по профилактики заболевания на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

## 1.1. Общая характеристика, классификация патологии

Гломерулонефрит – приобретенное иммуновоспалительное заболевание почек, характеризующееся преимущественным поражением клубочкового аппарата с последующим вовлечением в процесс всех структур.

По своему течению, гломерулонефрит бывает острый и хронический.

Таблица 1

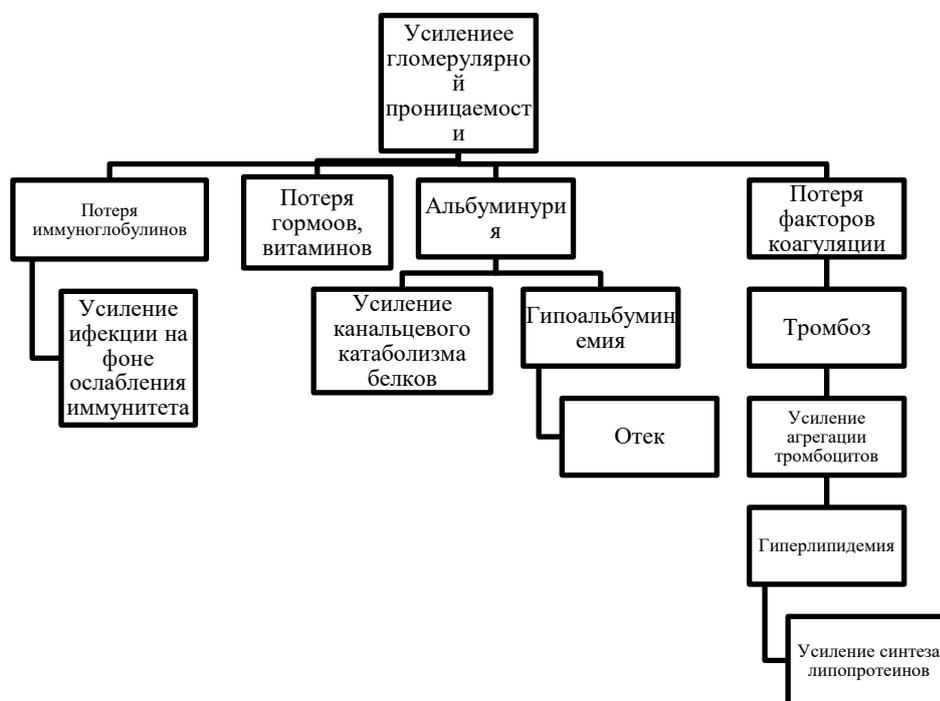
Формы гломерулонефрита

Формы гломерулонефрита	Активность гломерулонефрита	Почечные функции
Острый гломерулонефрит		
-Нефритический синдром	-Период начальных проявлений (3 – 4 нед.)	-Без нарушения почек
-Нефротический синдром	-Период обратного развития (6 – 8 мес.)	-С нарушением функции почек
-Нефротический синдром с гематурией и гипертензией	-Переход в хронический гломерулонефрит (10 – 12 мес.)	-Острая почечная недостаточность
-Изолированный мочевои синдром		
Хронический гломерулонефрит		
-Гематурическая форма	-Период обострения	-Без нарушения функции почек
-Нефротическая форма	-Период частичной ремиссии	-С нарушением функции почек
-Смешанная форма	-Период полной клинико - лабораторной ремиссии	-хроническая почечная недостаточность

Острый гломерулонефрит - развивается при непосредственном воздействии этиологического фактора на почечную ткань, поражая почечные клубочки. (Таблица 1)

Острый гломерулонефрит начинается с появления отеков. Причем отечность появляется преимущественно с утра, спадая к вечеру. Люди, страдающие данным заболеванием, также могут заметить, что количество мочи уменьшилось, при этом цвет мочи становится мутным, возможно появление гематурии (кровь в моче). Не редко, отеки сопровождаются головной болью, снижением аппетита, слабостью, тошнотой и болью в области поясницы. Наблюдается повышение температуры тела и появление озноба. Повышается и артериальное давление (АД).

Таблица 1. Развитие патологии.



Хронический гломерулонефрит – воспалительное заболевание почек, которое может развиваться как следствие острого процесса или как самостоятельное заболевание.

Выделяют несколько форм хронического гломерулонефрита:

-нефротическая форма, при которой воспаление почек сочетается с нефротическим синдромом (гематурия, протеинурия, отеки);

-гипертоническая форма, при которой первый симптом – повышение артериального давления, эта форма часто развивается как следствие латентной формы острого гломерулонефрита;

-смешанная форма, для которой характерны одновременно и нефротический, и гипертонический синдромы;

-латентная форма, самая частая, характеризуется слабо выраженными симптомами, отсутствием отеков и артериальной гипертензии. Эта форма длится очень долго, около 10 лет и часто становится причиной развития почечной недостаточности;

-гематурическая форма, для которой характерно наличие крови в моче, при том, что белка в моче мало.

Причины гломерулонефрита:

Выделяют две группы, в зависимости от этиологии:

Первичные гломерулонефриты, изолированно поражающие почечную ткань.

Вторичные гломерулонефриты, возникшие на фоне иного заболевания. В этом случае вовлечены другие органы и системы организма.

Первичные ГН: заболевание поражает только клубочки, клинические симптомы и лабораторные отклонения являются результатом структурно-функциональных нарушений в клубочках. В некоторых случаях первичного ГН — причина известна (напр. постинфекционный, поствакцинальный ГН); в большинстве — являются идиопатическими (возникающий самостоятельно, т. е. независимо от других поражений, по неустановленной причине).

Вторичные ГН: клубочковое повреждение является результатом другого патологического процесса, часто полиорганного или полисистемного, приводящий к постепенному отмиранию воспалённых клубочков с замещением их соединительной тканью.

В большинстве случаев, характер и выраженность морфологических изменений в клубочках, степень их повреждения нельзя определить на основании клинической картины болезни, так как при очень похожих

гистопатологических изменениях могут развиваться различные клинические формы.

Так же, на разных стадиях определенного типа ГН может меняться его клиническая картина (например: сначала бессимптомная микрогематурия, а потом быстро прогрессирующий ГН, или нефротический синдром, затем хронический ГН, а потом быстро прогрессирующий ГН), это является итогом различной динамичности заболевания, а иногда метаморфоза или перекреста разных ГН.

Исходя из этого, ГН классифицируют на основе гистопатологической картины, т.к. она указывает на характер повреждения структур почки, патогенез ГН, которые имеют решающее значение для выбора лечения и оценки прогноза. Большинство типов ГН могут быть первичной или вторичной гломерулопатией, а заболевания протекают под различными клиническими формами.

## **1.2. Этиология гломерулонефрита**

В возникновении патологии, ведущую роль играют инфекции (80%). Этиологическая значимость стрептококковых антигенов при гломерулонефрите доказана частым обнаружением их у больных, а так же, наличием в крови стрептококковых антигенов и антител к ним, например: (антигиалуронидазы, антистрептолизина-О, антител к М-протеину стрептококка).

- бактериальные – нефритогенные штаммы  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А, в частности, типов 4, 6, 12, 18, 25, 49, (80% всех инфекционных ОГН; ОГН возникает через 6-12 дней после фарингитов, отита, тонзиллитов, стрептококковой пиодермии, синусита, скарлатины), стафилококки и пр.

- вирусные – герпес, аденовирус, гепатит (В, С) краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит.

- паразитарные – трихинеллез, малярия, шистосомоз.

Экзогенные неинфекционные антигены, взаимодействующие с вовлечением иммунных механизмов (прививки, сыворотки).

Токсические вещества так же способствуют развитию заболевания (свинец, ртуть, органические растворители).

Предрасполагающие факторы: наследственная предрасположенность, повышенная восприимчивость к стрептококковой инфекции; хронические очаги инфекции в организме; гиповитаминозы; охлаждение; травмы.

### **1.3. Клиническая характеристика заболевания. Диагностика. Лечение**

Клиническая картина заболевания и его симптомы зависят от формы патологического процесса. Принято выделять 5 вариантов гломерулонефрита. Абсолютно каждый из пяти вариантов заболевания включает в себя сочетание трех ведущих синдромов: мочевого (и их выраженностью), отечного и гипертонического.

1. Латентный (скрытый).
2. Нефротический.
3. Гипертонический.
4. Гематурический
5. Нефротически – гематурический (смешанный).

Латентный (скрытый) ГН

В случаях, когда диагностируется латентный хронический гломерулонефрит, симптомы данной патологии зачастую выражены не четко. При этом состоянии отмечается умеренная протеинурия (белок в моче), гематурия (кровь в моче), незначительная лейкоцитурия (лейкоциты в моче), умеренно повышается АД. Данная форма патологии характеризуется

медленно прогрессирующим течением. Пациенты, страдающие латентной формой заболевания, в большинстве случаев трудоспособны, однако, они вынуждены находиться под постоянным наблюдением специалиста.

### Нефротический ГМН

Патология, протекающая с характерными отеками. Отмечается выраженная протеинурия, снижение диуреза (объем мочи, образуемый за определенный отрезок времени), высокая относительная плотность мочи. Такая форма ГМН, зачастую, прогрессирует умеренно, тем не менее, бывают случаи стремительного течения заболевания с развитием почечной недостаточности. Вместе с тем, происходит заметное уменьшение отеков, снижается относительная плотность мочи, АД увеличивается.

### Гипертонический гломерулонефрит

При данном варианте течения заболевания, отмечаются минимальные изменения в моче (гематурия и протеинурия (в небольшом количестве)), незначительное повышение артериального давления.

В связи с хорошо переносимой артериальной гипертензии, а так же при отсутствии отеков, заболевшие на протяжении длительного времени могут не обращаться за помощью к врачам.

В большей степени, течение и прогноз заболевания благоприятны, все же, в некоторых случаях оно может провоцировать проявление левожелудочковой сердечной недостаточности (приступ сердечной астмы). Данная форма патологии развивается достаточно долго и прогрессируя. Исход – хроническая почечная недостаточность (ХПН).

### Гематурический гломерулонефрит

Является довольно редким заболеванием. В этом состоянии наблюдается стойкая гематурия, сопровождаемая фрагментами макрогематурии. Как правило, страдающих данной формой патологии, необходимо провести специфическую диагностику (с целью исключения опухолей и/или других урологических патологий). Гематурический

гломерулонефрит отличается благоприятным течением, достаточно редко осложняется почечной недостаточностью.

Нефротически – гематурический (смешанный) гломерулонефрит

В настоящее время, это самая тяжелая форма патологии, встречающаяся весьма редко. Она отличается неуклонно - прогрессирующим течением и развитием ХПН.

Таблица 2. Основные клинические проявления

Симптомы	Частота
Отеки	80 – 90%
Макрогематурия	30%
Артериальная гипертензия	60 – 80%
Олигурия	50%
Боль в пояснице	5 – 10%

Диагностика гломерулонефрита

Для диагностики гломерулонефрита необходимо определить ее селективность, характеризующуюся в первую очередь степенью поражения клубочков почек и состояние гломерулярной проницаемости для белка.

Для острого гломерулонефрита, как правило, характерна высокая степень селективности протеинурии. При этом отмечается селективная фильтрация преимущественно низкомолекулярных протеинов, когда через гломерулярный фильтр проходят белки с молекулярной массой до 100 КБ (в основном альбумины). Такие показатели селективной фильтрации зачастую соответствуют минимальному и пролиферативно-мембранозному гломерулиту с тубулярной дистрофией.

Диагностика включает в себя следующие методы исследования:

1. Лабораторная диагностика

- a) общий клинический анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко (снижение/увеличение объема мочи, появление в моче белка, микрогематурия)
  - b) бактериологическое исследование мочи
  - c) общий клинический анализ крови (отмечается повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), наблюдается лейкоцитоз и эозинофилия)
  - d) иммунограмма
  - e) ревмопробы (исследование крови, показывающее степень и распространенность воспалительного процесса, поражающего суставы, соединительную ткань и внутренние органы организма).
2. Соскоб на инфекции передающиеся половым путем (ИППП)
  3. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек
  4. Компьютерная томография (КТГ) почек
  5. Магнитно-резонансная томография (МРТ) почек
  6. В редких случаях может потребоваться биопсия почки

#### Лечение гломерулонефрита

В остром периоде больные нетрудоспособны и госпитализируются в нефрологическое отделение. Назначаются: диеты, назначения этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. При типичном течении острого гломерулонефрита через 2-3 мес. может наступить полное выздоровление: перенесшие заболевание могут возвратиться к трудовой деятельности даже при наличии умеренного мочевого синдрома.

Пациентам в периоде разгара острого или обострения хронического гломерулонефрита назначается постельный режим. Его рекомендуется соблюдать до ликвидации экстраренальных проявлений болезни — нормализации АД, исчезновения отеков, улучшения показателей анализов мочи и крови. Соблюдение постельного режима так же уменьшает спазм сосудов, способствует снижению АД, увеличению клубочковой фильтрации и уменьшению явлений сердечной недостаточности. Средняя

продолжительность постельного режима составляет 10—14 дней. При этом нет смысла соблюдать строгий постельный режим слишком длительно.

Основным принципом диетотерапии является щажение пораженного органа и обеспечение восполнения нарушенных функций. Рекомендуется соблюдение диеты №7 (данный стол питания восстановит водно-солевой баланс и позволит справиться с постоянными отеками).

- Калорийность диеты должна быть не менее 3500 ккал в сутки

- Блюда из мяса и рыбы лучше всего готовить в отварном виде, а затем запекать или обжаривать.

- Принимать пищу необходимо не менее 4-6 раз в день.

- Вся пища готовится практически без поваренной соли. Рекомендуется не более 2–3 г соли в сутки, но пациентам с высоким артериальным давлением пищу нужно готовить вообще без соли.

- Объем жидкости в день не должен превышать 0,8–1 л.

- В первые дни острого или обострения хронического гломерулонефрита при значительных отеках, выраженной гипертензии, олигоанурии рекомендуется разгрузочная сахарно-фруктовая диета.

#### Лекарственная терапия

1. Антибактериальная терапия показана прежде всего больным с острым постстрептококковым гломерулонефритом и пациентам с активными очагами хронической инфекции (хронический тонзиллит, гайморит и пр.). Однако, учитывая сложность определения этиологической сущности заболевания, антибиотики назначают на 2—3 недели (с их сменой каждые 7—10 дней) всем заболевшим гломерулонефритом. Длительность назначения антибиотиков строго индивидуальна. Рекомендуется использовать препараты группы пенициллина (оксациллин, карбенициллин, ампициллин, ампиокс, и пр.), эритромицин, цефазолин в возрастных дозах (при нарушении функции почек — 1/2—1/3 суточной дозы). Противопоказано назначение антибиотиков, обладающих нефротоксичностью (каиамицин, тетрациклин, гентамицин, стрептомицин и др.)

2. Антигистаминные препараты в качестве базисной терапии, подавляющие активность воспаления. Например: димедрол, супрастин, пипольфен, тавегил, фенкарол. Назначается на 3-5 недель.

3. Препараты - диуретики, осмодиуретики (ЛС не приводящие к блокировке мочеобразования), используются при отечном синдроме и повышенном АД, так же салуретики (ЛС усиливающие выведение из организма ионов натрия), такие как: фуросемид, дихлосиазид.

4. Пробиотики и пребиотики (профилактика возникновения дисбактериоза, на фоне приема антибиотиков).

5. При поражении сердечно - сосудистой системы назначают сердечные гликозиды: корлигард, строфантин.

6. Иммуносупрессия ( глюкокортикостероиды )

Группа препаратов, форма их выпуска, длительность приема, дозировка, учитываются сугубо индивидуально, с учетом возраста пациента, наличия аллергических реакций, переносимости, побочных действий, динамики заболевания, а так же эффективности лечения.

Реабилитация пациентов.

Психологическая реабилитация включается в себя комплекс мероприятий, направленных на устранение чувства тревоги, появившегося в течение развития болезни.

Ввиду того, что после любого перенесенного заболевания пациенты хотят как можно скорее вернуться в свой привычный ритм жизни, не стоит забывать о следующем: трудоспособность устанавливается строго индивидуально. Если условия труда не представляют опасности, нет необходимости менять сферу деятельности, сохраняется прежняя профессия и место работы.

Для сохранения и поддержания терапевтического эффекта, после лечения рекомендовано санитарно-курортное лечение сроком 30-40 дней, главным образом на территориях с мягким, теплым климатом. При заметном

улучшении состояния, санаторно-курортное лечение рекомендовано ежегодно.

Не маловажное значение в реабилитации после перенесенного ГН имеют: морские ванны, воздушные и солнечные ванны в дозированном режиме, употребление минеральных вод не содержащих натрия, ЛФК (комплекс утренних упражнений, ходьба, плавание, физические нагрузки в умеренном количестве (назначается еще в периоде лечения, при улучшении общего состояния и положительной динамики в анализах), физиотерапевтическое лечение (электросон, грязевое лечение, УВЧ), сбалансированное лечебное питание с ограничением количества жидкости и соли (стол №7), отказ от вредных привычек.

Для достижения максимального восстановления необходимо строго следовать всем назначениям и рекомендациям специалиста.

#### **1.4. Гломерулонефрит у детей**

Так же, как и у взрослых людей, у детей поражается в основном клубочковый аппарат почек. Чаще заболевания подвержены дети младшего школьного возраста (6-12 лет).

Провоцирующими факторами могут служить: снижение общего иммунитета, снижение сопротивляемости организма, переохлаждение.

Предрасполагающими факторами могут являться: частые респираторные вирусные инфекции, наличие очагов инфекции в организме, аллергии, наследственности и прививки.

Доказано, что при поражении почек ведущим фактором служит аутоиммунный процесс, заключающийся в указанном далее: патогенный микроорганизм, воздействуя на базальную почечную мембрану изменяет свойства ее белка, который в свою очередь приобретает свойства аутоантигена. На что организм в ответ вырабатывает антитела, в дальнейшем

это приводит к формированию комплекса антиген-антитело. Циркулируя в крови, образовавшиеся комплексы оседают на базальной мембране клубочков, что провоцирует повреждения сосудистой стенки. Симптоматика поражения почек наблюдается несколько позже предыдущего заболевания, чужеродный агент не обнаруживается в ткани почек, таким образом, изменения в почках происходящие из-за прямого воздействия микроорганизмов, а ввиду иммунных процессов.

Как правило, у детей ГН начинается остро, спустя 1-4 недели после перенесенного ранее инфекционного заболевания. Наблюдается вялость, снижение аппетита, жалобы на слабость. Появляются: тошнота (может быть с рвотой), головная боль, повышение температуры тела.

Для ОГН характерна триада синдромов: гипертензионный, отечный, мочево́й.

При гипертензионном синдроме повышается систолическое и диастолическое, дети начинают жаловаться на тошноту и головную боль. Отеки являются самым ранним признаком ОГН. Для больного ребенка характерен внешний вид: пастозное, бледное лицо со слабой отечностью в области век. Отеки имеют свойство быстро распространяться на конечности и туловище. Проявление мочевого синдрома представляет собой олигурию, протеинурию, гематурию. Снижается суточное количество мочи.

Выделяют 3 периода:

Разгара (он же начальный) – развернутая клиническая картина.

Обратного развития – исчезают отечный и гипертензионный синдромы.

Клинико – лабораторной ремиссии, отсутствие симптомов и изменение показателей в анализе мочи.

При тяжелом течении ОГН, немало вероятно развитие ОПН, почечной эклампсии.

Для диагностики используют:

ОАК, кровь на остаточный азот, кровь на белок и его фракции, мочеви́ну.

ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, проба по Зимницкому

УЗИ почек

Экскреторная урография.

При ГН обязательная госпитализация в стационар и строгий постельный режим на 3-6 недель. При улучшении общего состояния ребенка, он переводится на полупостельный режим. Так же, как и для взрослых, назначается диета № 7.

Назначается антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия, ЛС улучшающие почечный кровоток, нестероидные противовоспалительные средства.

Дети освобождаются от профилактических прививок. При полной ремиссии рекомендован осмотр педиатра раз в квартал, а так же исследование мочи раз в месяц. А при частичной, осмотр педиатра и исследование мочи раз в 14 дней.

### **1.5. Профессиональная и профилактическая деятельность медицинских сестер при гломерулонефрите**

Хотелось бы вспомнить слова основоположницы сестринского дела Флоренс Найтингейл, сказанные ею около 100 лет назад: «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными»

Для достижения наиболее высокого эффекта от лечения, медицинской сестре необходимо понимать, что здоровье – самое ценное, что имеет человек. На плечи медсестер ложится огромная ответственность. От уровня профессионализма и набора простых человеческих качеств зависит многое: настрой пациента на выздоровление, состояние родственников и близких заболевшего и конечный итог терапии.

Стоит заметить, что в профессиональной деятельности медицинских сестер отдельную и очень важную ступень занимает деонтология. Медицинская сестра должна уважительно относиться к пациенту и его родственникам, проявлять милосердие, терпение, сострадание. Четко и доступно отвечать на все интересующие вопросы пациента касаясь состояния его здоровья; грамотно и тактично говорить правду; сохранять в тайне сведения, ставшие известными в силу исполнения своих профессиональных обязанностей; получить согласие на выполнение манипуляций, в случае отказа постараться убедить пациента в том, что это пойдет ему на пользу и поспособствует скорейшему восстановлению, объяснять цели и ход манипуляций.

Сестринский уход при гломерулонефрите включает в себя:

Строгое и точное выполнение всех назначений лечащего врача.

Ежедневное наблюдение за состоянием пациента, а так же за его АД, температурой тела, наличием отеков и диурезом.

Контроль соблюдения пациентом назначений врача, таких как лечение, режим (постельный, полупостельный) и питание (диета).

Обучение пациента и его родственников навыкам измерения АД и диуреза.

Как известно, при гломерулонефрите в первую очередь «страдают» почки, исходя из этого, медицинской сестре важно понимать, что при уходе за пациентом, следует уделить должное внимание именно этой области.

Следует объяснить пациенту, что почки относятся к мочевыделительной системе, и на протяжении всей терапии ему потребуется сдавать анализ мочи. Рассказать, что исходя из полученных данных анализов, врач будет судить о эффективности терапии, а в случае изменений показателей в худшую сторону вовремя вносить коррективы в схему лечения. Таким образом, в зависимости от вида исследования мочи необходимо научить пациента правилам сбора биоматериала.

В первую очередь, стоит установить с пациентом доверительные отношения, после чего объяснить цель данного исследования. Рассказать особенности сбора, а так же обеспечить стерильным контейнером для данного анализа. Рассмотрим на примере анализа мочи по Нечипоренко. Целью данного исследования является выявление воспалительного процесса в мочевыделительной системе, определение количества форменных элементов в определенной единицы объема (зачастую в 1 мл.), таких как эритроциты, цилиндры и лейкоциты.

Для анализа требуется средняя порция утренней мочи

Моча собирается в стерильную, сухую емкость

Перед сбором следует провести туалет наружных половых органов (женщинам анализ не назначается в дни менструации)

После проведения гигиенических процедур начать мочеиспускание в унитаз, затем, не прерывая струи собрать среднюю порцию мочи, окончить мочеиспускание в унитаз.

Объем, необходимый для исследования составляет 100-150мл.

Мочу передать по месту требования

Профилактическая деятельность медицинских сестер при гломерулонефрите

Для предупреждения возникновения данного заболевания необходимо проведение профилактических мероприятий. Одинаково важны как первичная профилактика, так и вторичная. Первичная профилактика направлена на предотвращение развития заболевания, а вторичная на предупреждение возникновения факторов риска (переохлаждения, стрессы, повторное заражение стрептококковой инфекцией), которые способствуют обострению или рецидиву патологии.

К первичной профилактике относятся:

Проведение санитарно просветительных работ

Пропаганда информации о профилактических и оздоровительных мероприятиях

Агитация ЗОЖ и последствий вредных привычек

К вторичной профилактике относят:

Участие в мероприятиях по диспансеризации. Выполнение прививочных мероприятий.

Осуществление мониторинга в местах, подверженных инфекционным заболеваниям.

Осведомление людей о школах здоровья.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

### 2.1. Статистические данные по заболеваемости гломерулонефритом по России и Белгородской области

Согласно обобщенной медицинской статистике, в среднем 1 % людей на Земле ежегодно заболевают гломерулонефритом, что соответствует примерно 60 млн человек.

В Российской Федерации ежегодно регистрируется 1-2 случая на 10 000 населения, что составляет 144 500 случаев заболеваемости.

Таблица 3. Распространенность гломерулонефрита за 2009—2018 гг.

ГН	Распространенность гломерулонефрита в Белгороде и Белгородской области 2009–2018 г.									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Абс. число на 10 тыс	6.7	6.7	8	9.1	9.8	9	9.1	11	12.2	11.9
Число больных	240	282	213	328	425	440	351	230	243	295

Для исследования были использованы истории болезней 43 человек. Исходя из полученных данных за 2017 год, на диаграмме видно, что 54% являются жителями Белгорода и Белгородской области, 14% временно прибывшие граждане с других регионов России, 14% иностранные граждане и 18 % люди без определенного места жительства. (Рис.1).

Для исследования были использованы истории болезней 34 человек. На диаграмме за 2017 год видно, что 21 чел. (68%) являются жителями Белгорода и Белгородской области, 5 чел. (16%) временно прибывшие граждане с других регионов России, 2 чел. (6%) иностранные граждане и 3 чел. (10%) люди без определенного места жительства. (Рис.1).

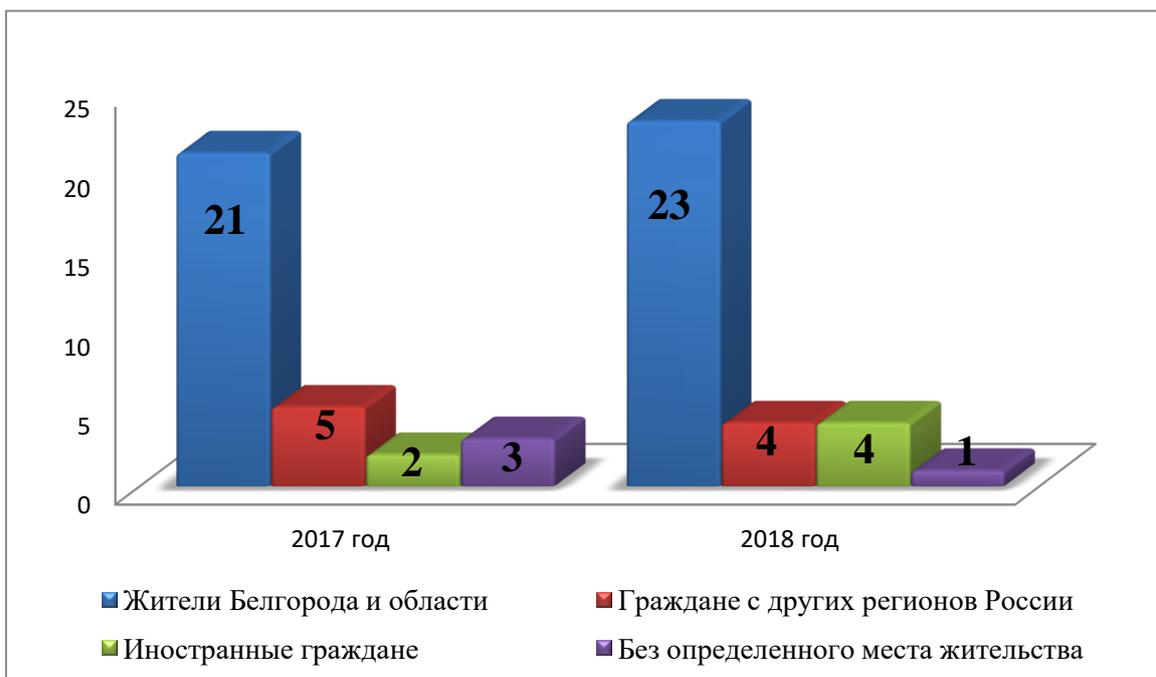


Рис. 1. Сравнение двухлетней статистики

Исходя из данных 2 летней статистики, можно сделать вывод: за год заболеваемость выросла почти на 10%. Увеличилось количество заболевших проживающих на территории Белгородской области, и уменьшилось число заболевших людей без определенного места жительства.

## 2.2. Анализ данных полученных при проведении анкетирования

С целью изучения профессиональной деятельности медицинских сестер при уходе за пациентами с гломерулонефритом было проведено исследование, в нефрологическом отделении на базе ОГБУЗ «Белгородская областная

клиническая больница Святителя Иоасафа». В данном отделении проводится диагностика и лечение острых и хронических заболеваний почек. Пункционная биопсия почки под контролем УЗИ. Лечение больных с хронической почечной недостаточностью, проводимое совместно с отделением диализа («Искусственная почка»).

Уточнение диагноза при: изолированном мочевом синдроме; нефротическом синдроме; нарушениях функции почек (острых и хронических); артериальной гипертензии неясного генеза.

Лечение больных со следующими заболеваниями: гломерулонефрит; интерстициальный нефрит; наследственный нефрит.

Вторичные нефропатии: амилоидоз; лекарственные нефропатии; подагрическая нефропатия; нефропатии при заболеваниях соединительной ткани; пиелонефрит острый, хронический (исключая урологическую патологию). Патология трансплантированной почки.

В отделении имеются 1- и 2-х местные палаты повышенной комфортности.

Пациентам была предложена анкета, включающая в себя 15 вопросов. Были составлены вопросы целью которых служило определение: референтной группы; осведомленности пациентов о их заболевании; профессиональной деятельности медицинских сестер. В исследовании принял участие 31 человек.

Целью первого вопроса было определение пола респондентов, 12 чел. (39%) заболевших – женщины, и 19 чел. (61%) - мужчины. (Рис.2).

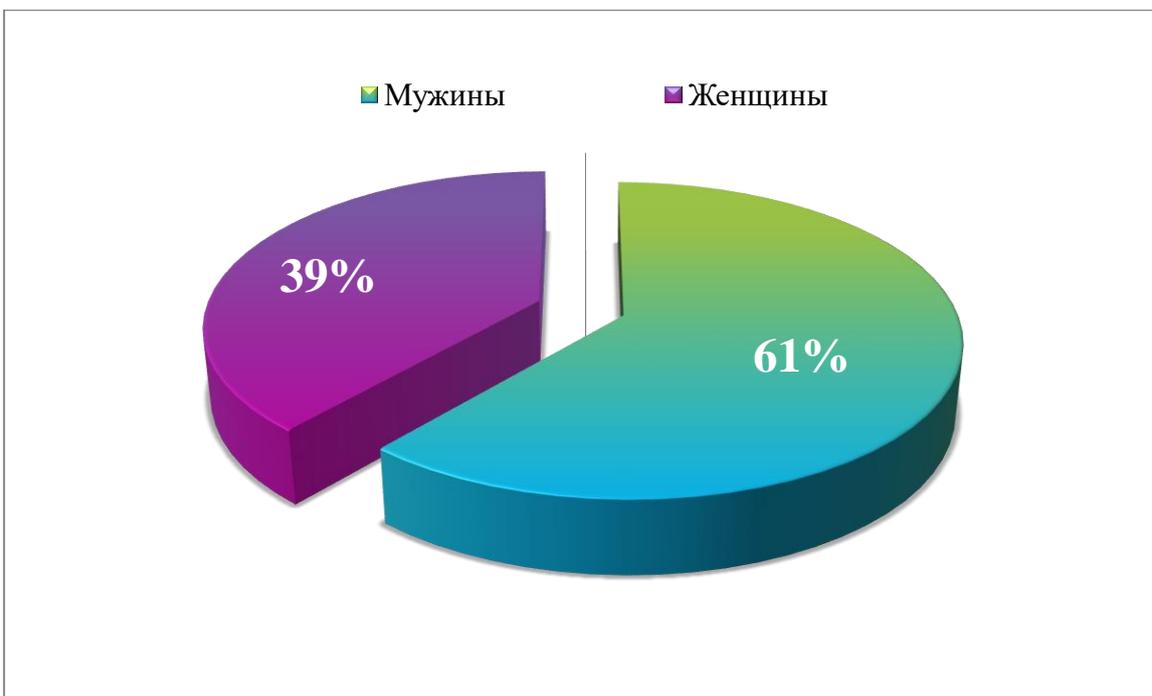


Рис. 2. Гендерный признак респондентов

По возрастному контингенту, опрошиваемые распределились следующим образом: 2 чел. (6%) людей в возрасте 18-30 лет, 4 чел. (13%) в возрасте более 60 лет, 9 чел. (29%) в возрасте 45-60 лет и 19 чел. (52%) в возрасте 30-45 лет. (Рис.3).

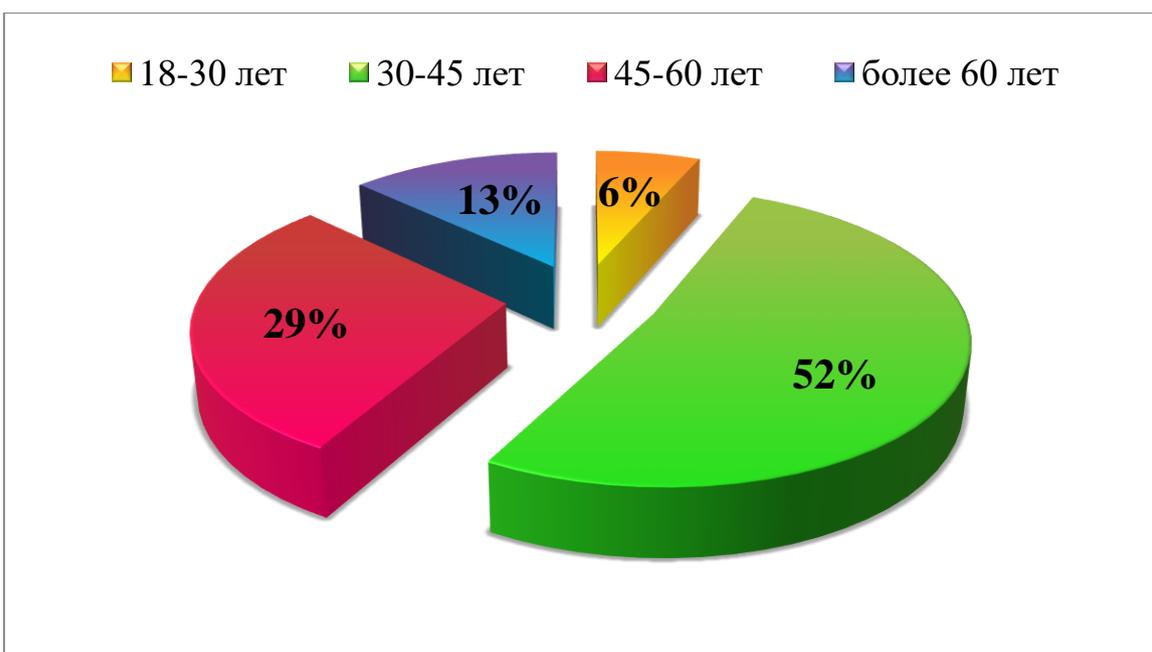


Рис. 3. Возрастная группа

Социальный статус человека помогает понять, с чем связано заболевание, какие профессиональные факторы оказывают влияние на состояние здоровья пациента. Среди лиц, участвующих в анкетировании, были выявлены следующие социальные группы. (Рис. 4).

Число работающих составило - 14 чел. (45%)

Число пенсионеров составило - 4 чел. (13%)

Число безработных людей - 3 чел. (10%)

Число работающих пенсионеров - 5 чел. (16%)

Число домохозяек составило - 2 чел. (6%)

Число студентов составило - 3 чел. (10%)

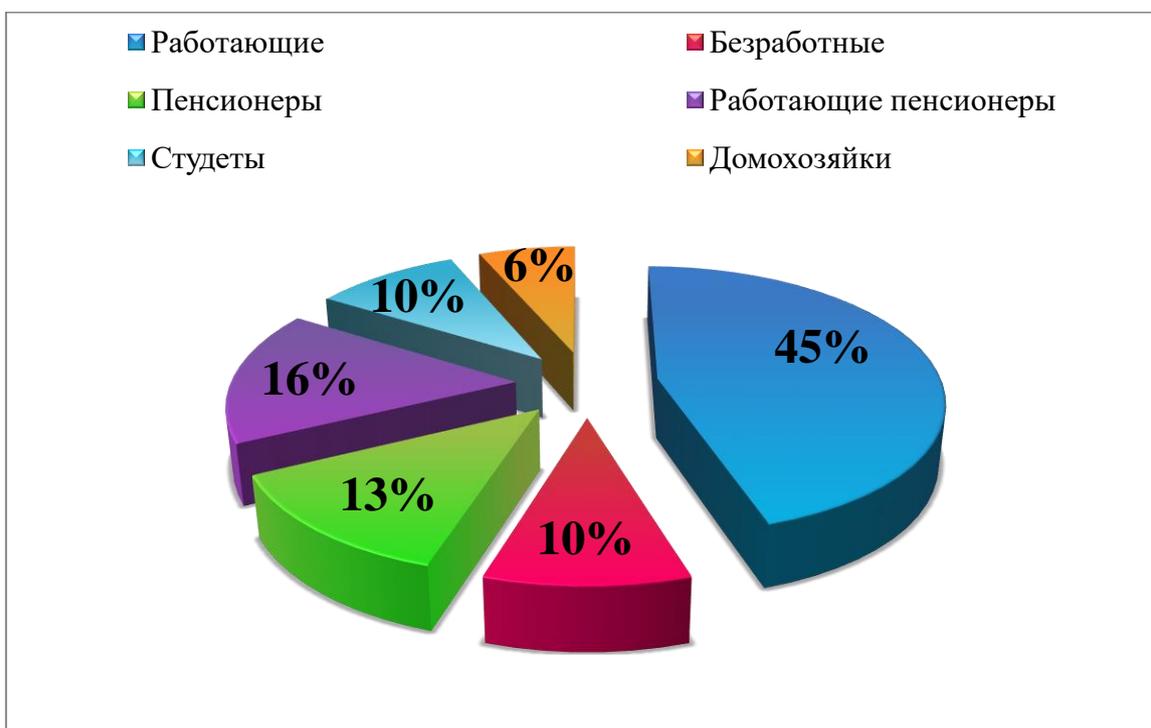


Рис. 4. Социальная группа

Зачастую, у лиц проживающих в сельской местности общее состояние здоровье порядком лучше, нежели у тех, кто проживает в городе. Это связано с тем, что в городе существует большое количество факторов, отрицательно сказывающихся на состоянии людей. К таким факторам можно отнести:

относительно низкое качество пищевых продуктов, загазованность воздуха, низкое качество питьевой воды

В исследуемой группе 19 чел. (61%) пациентов проживают в городской местности, 7 чел. (23%) в поселке городского типа, и лишь 5 чел. (16%) в сельской местности (Рис. 5).

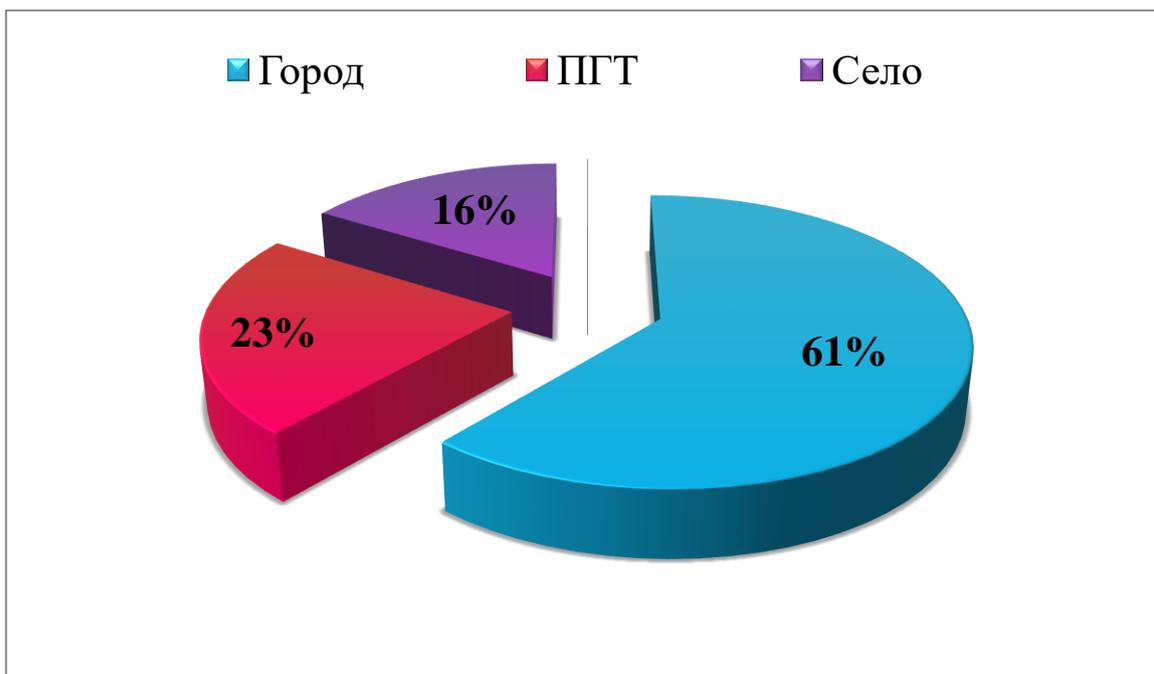


Рис. 5. Место жительства

На вопрос «Знакомы ли Вы с причинами, течением и осложнением Вашего заболевания?» пациенты ответили: (Рис. 6).

Да - 14 чел. (45%)

Нет - 10 чел. (32%)

Затрудняюсь ответить - 7 чел. (23%)

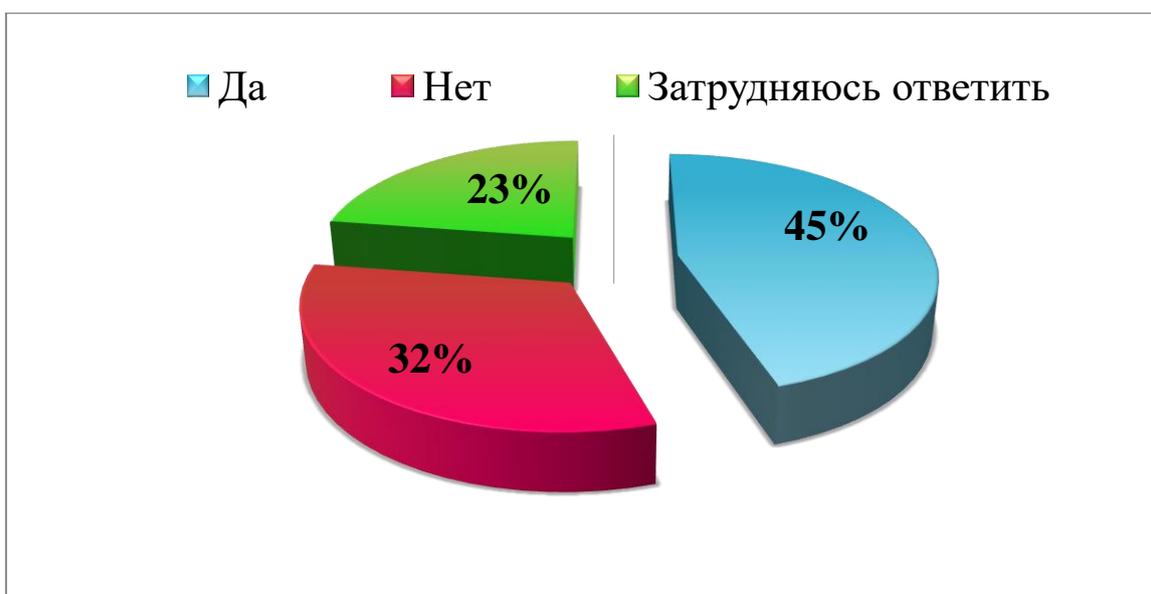


Рис. 6. Осведомленность о течении заболевания

Следующий вопрос: «Из каких источников взята Вами информация заболевании (от врача, медицинской сестры, СМИ, интернет?» (Рис. 7).

От врача - 15 чел. (48%)

От медицинской сестры - 11 чел. (36%)

Интернет - 5 чел. (16%)



Рис. 7. Источник полученной информации

С чем Вы связываете своё заболевание (ранее перенесенные инфекционные заболевания, переохлаждение, прием лекарственных или токсических препаратов, наследственностью)? (Рис. 8).

Перенесенные инфекционные заболевания - 14 чел. (45%)

Переохлаждение - 8 чел. (26%)

Прием лекарственных или токсических препаратов - 6 чел. (19%)

Наследственность - 3 чел. (10%)



Рис. 8. Мнение пациентов о причине возникновения заболевания

Как известно, любая вредная привычка влечет за собой различные последствия, что приводит к нарушениям функционирования органов и систем в большей или меньшей степени. Поэтому важно определить, имеются ли вредные привычки у респондентов. Проанализировав ответы пациентов на вопрос «Имеете ли Вы вредные привычки (употребление алкоголя, курение)?» мы узнали следующее: (Рис. 9).

Среди 31 опрошенного, лишь 5 чел. (16%) не имеют не единой вредной привычки. 6 чел. (19%) выкуривают менее 1 пачки сигарет в сутки. Более 1 пачки в сутки употребляют 2 чел. (7%). 4 чел. (13%) употребляют алкоголь в обильном количестве, и практически половина респондентов употребляют алкоголь в умеренном количестве, 14 чел., что соответствует 45%.

Так же выяснилось, что есть группа пациентов, имеющих более 1 вредной привычки, например: умеренной употреблению алкоголя + курение более 1 пачки сигарет в сутки.



Рис. 9. Вредные привычки

Проявления любого заболевания играют немало важную роль в диагностике, лечении, а так же эффективности подобранной врачом терапии. При данной патологии пациенты наблюдают себя следующие симптомы: (Рис. 10).

отеки - 27чел. (90%)

гипертония - 23 чел. (75%)

гипертермия - 18 чел. (60%)

боли в поясничной области - 17 чел. (55%)

проблемы при мочевыделении - 29 чел. (95%)

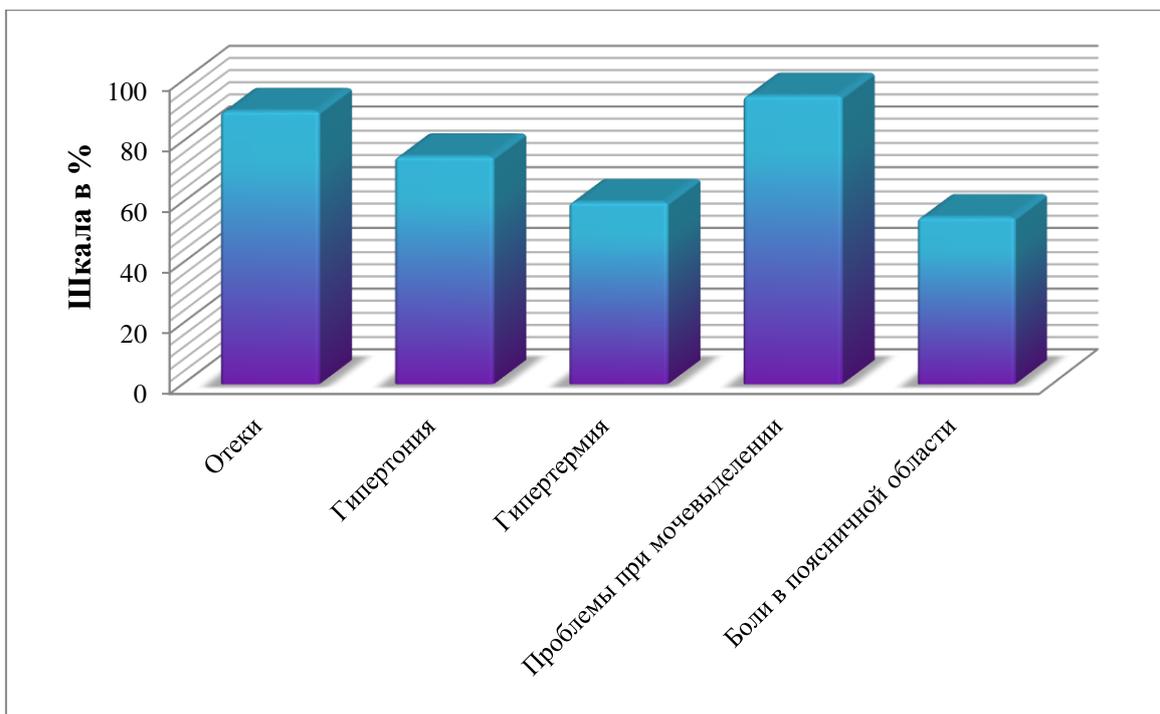


Рис. 10. Клинические проявления гломерулонефрита

От подготовки пациента к выполнению той или иной диагностической манипуляции так же зависит многое: качество полученного биоматериала, информативность и точность результатов анализов. Вопрос: объясняет ли Вам медицинская сестра как правильно подготовиться к диагностическим процедурам (гигиена гениталий, очистка кишечника, отказ от приема пищи)? (Рис. 11).

Да, объясняет популярно - 23 чел. (74%)

Да, объясняет в общем - 6 чел. (19%)

Не объясняет - 2чел. (7%)

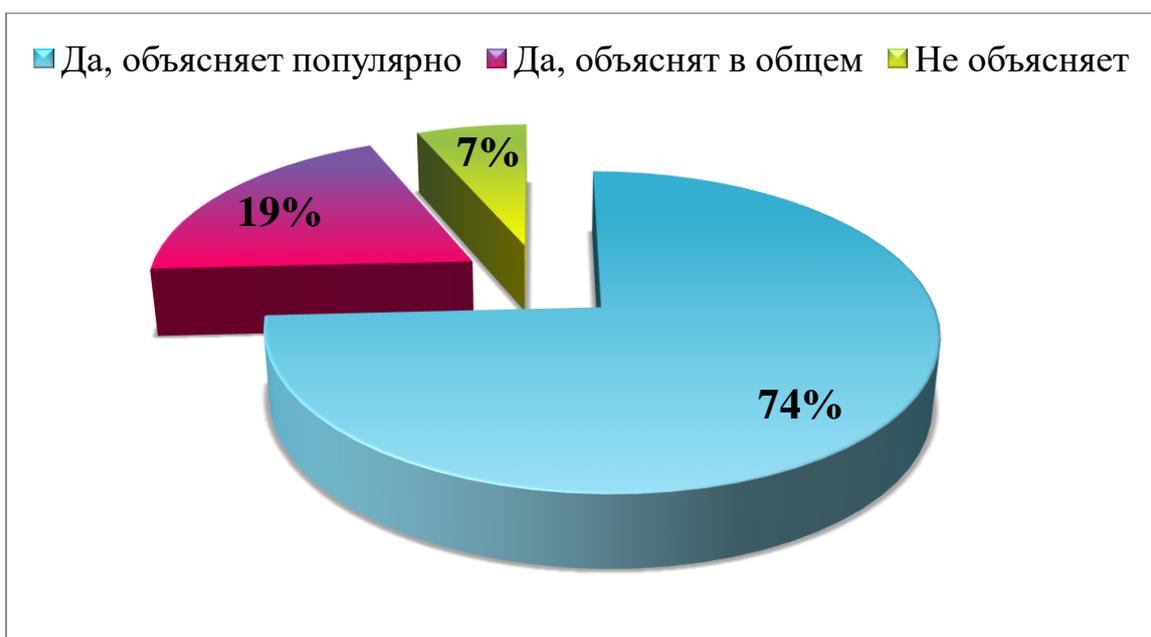


Рис. 11. Подготовка к диагностическим процедурам

При большинстве патологий необходимо строгое соблюдение специальной диеты и питьевого режима, гломерулонефрит относится к числу заболеваний, где диета и питьевой режим являются неотъемлемой частью успешного лечения. На вопрос: «Объясняет ли медицинская сестра значение и важность соблюдения диеты и питьевого режима?» (Рис. 12).

Да - 28 чел. (90%)

Нет - 3 чел. (10%)

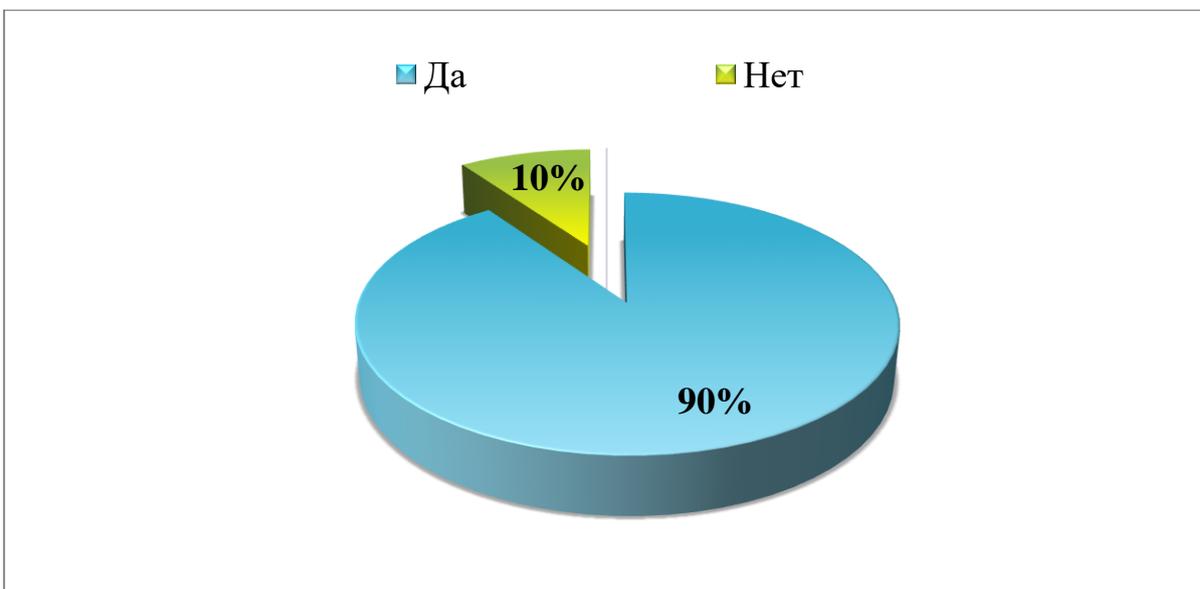


Рис. 12. Важность соблюдения диеты и питьевого режима

На вопрос «контролирует ли медицинская сестра Ваше питание (осмотр передач из дома, содержание продуктов Вашей тумбочке)?» получены следующие ответы: (Рис. 13).

Да, регулярно - 22 чел. (71%)

Да, не регулярно - 7 чел. (23%)

Нет – 2 чел. (6%)

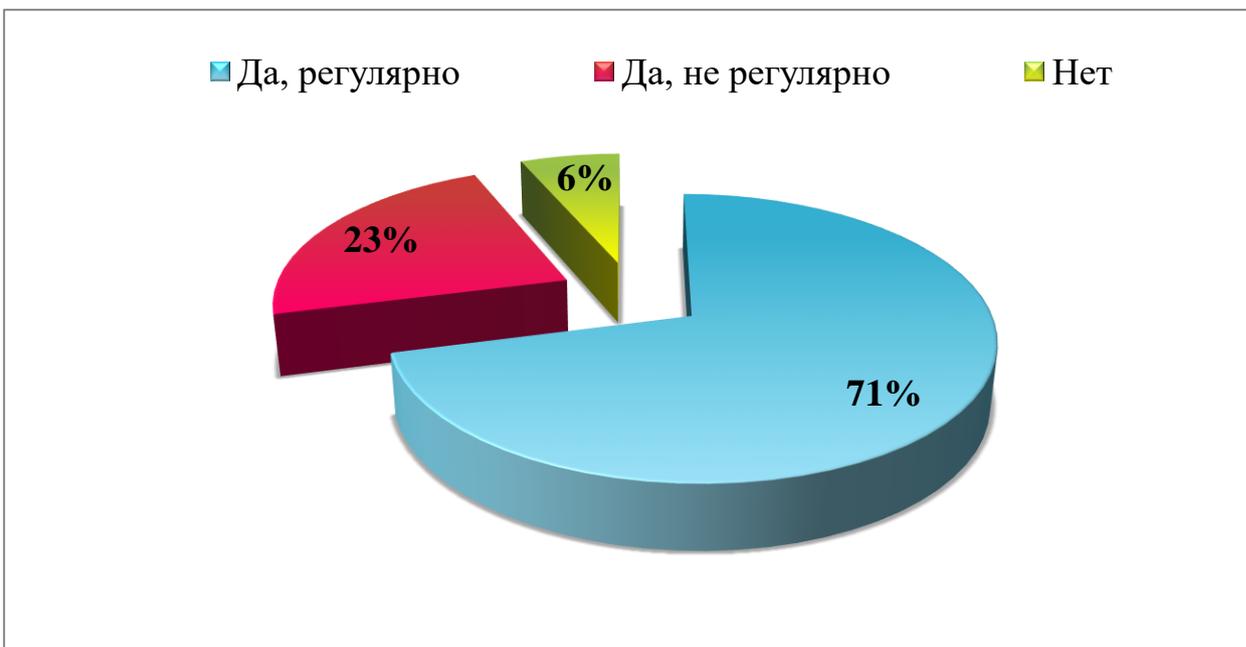


Рис. 13. Контроль питания

Обучены ли Вы медицинской сестрой контролю за диурезом? (Рис. 14).

Да - 27 чел. (87%)

Нет - 4 чел. (13%)

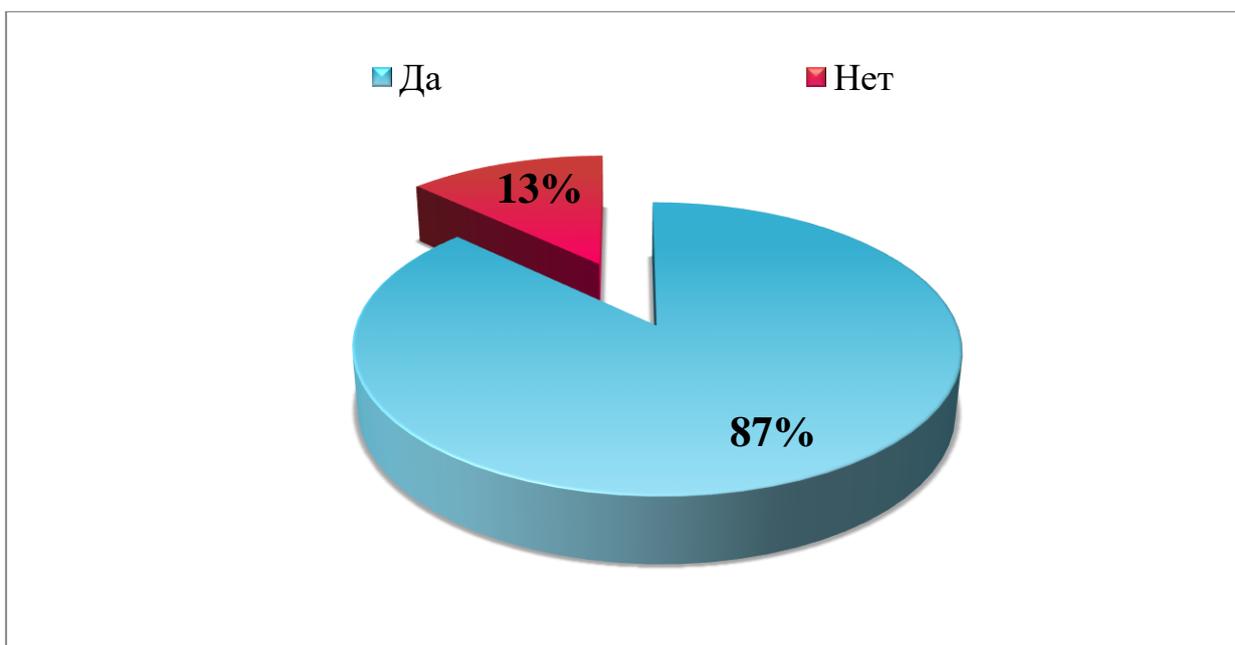


Рис. 14. Обучение контролю за диурезом медицинской сестрой

Школы здоровья - прекрасный способ узнать больше о здоровом образе жизни, распрощаться с вредными привычками и укрепить свое здоровье, контролировать и не допускать осложнений и рецидивов уже существующей патологии. Пациентам был задан вопрос «Известно ли Вам о школах здоровья?» И получены следующие ответы: (Рис. 15).

Да - 18 чел. (53%)

Известно не много - 8 чел. (26%)

Нет - 5 чел. (16%)

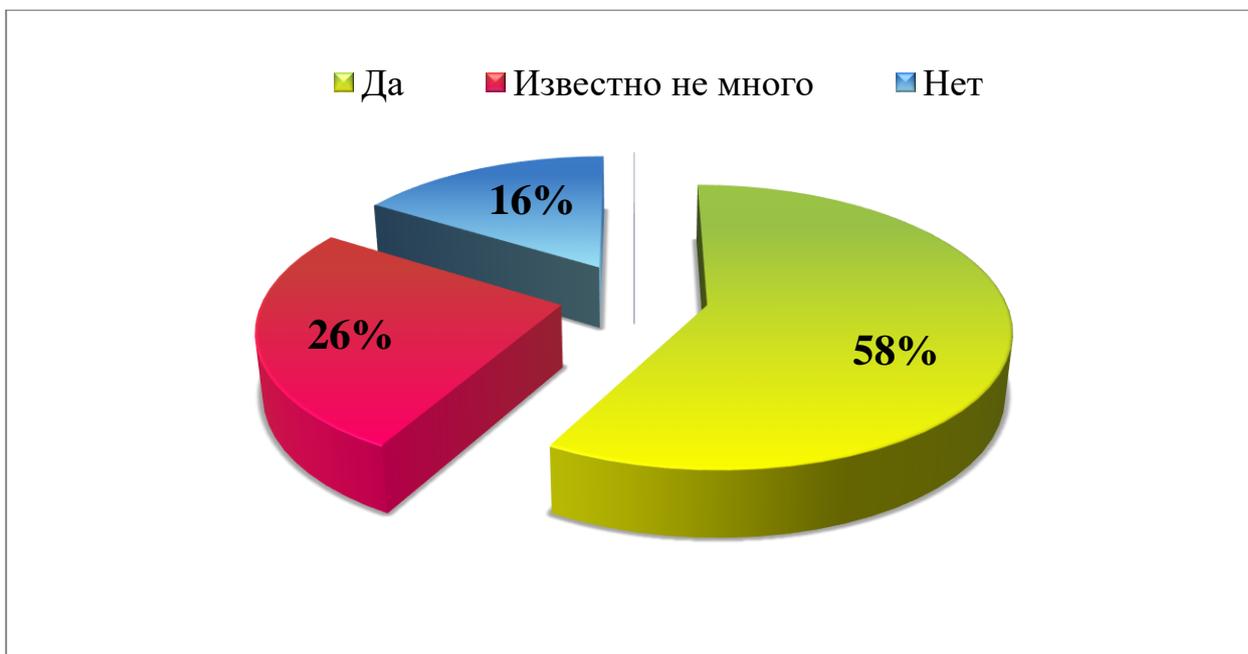


Рис. 15. Знание о школах здоровья

Формы информации, полученные от медицинских сестёр (беседы, лекции, буклеты, памятки, сан бюллетени, видео материал)? (Рис. 16).

Беседа - 26 чел. (85%)

Лекции - 31 чел. (100%)

Памятки - 14 чел. (45%)

Видео материалы - 7 чел. (25%)

Буклет - 9 чел. (30%)

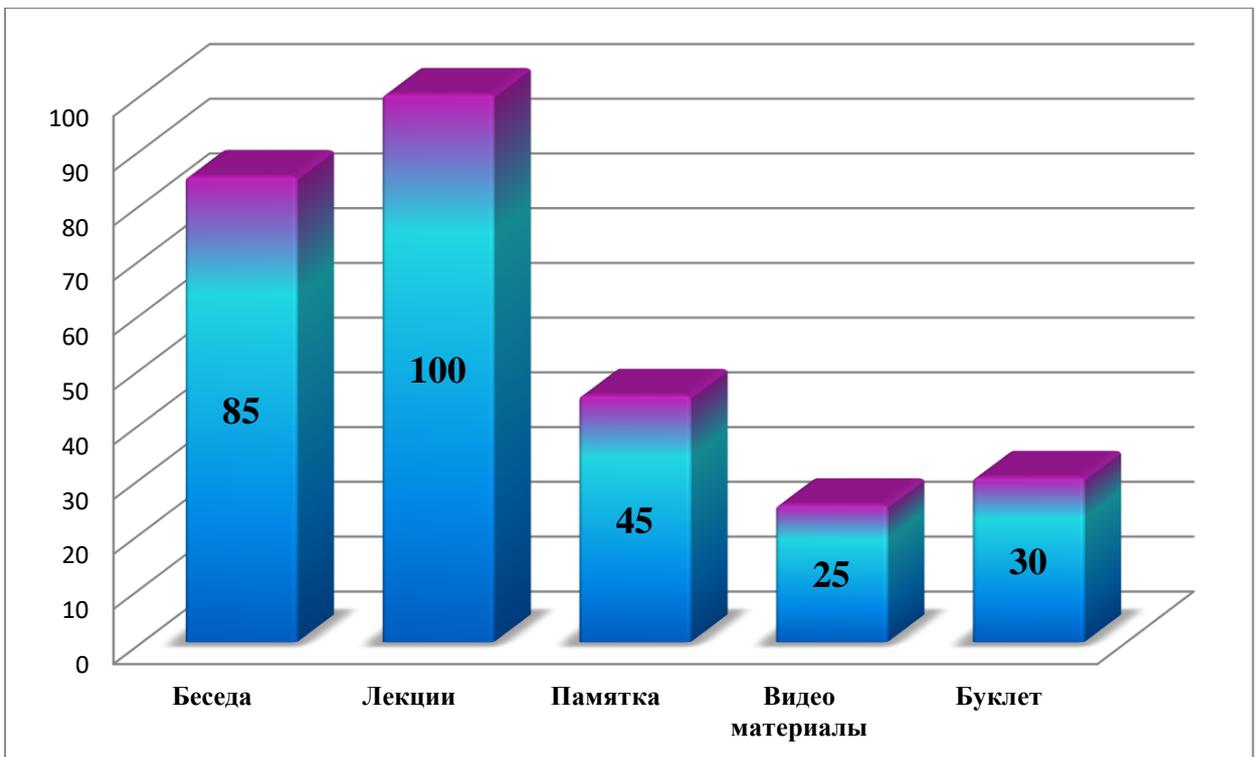


Рис. 16. Формы информации, полученные от медицинских сестёр

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из главных и масштабных проблем в нефрологии, является гломерулонефрит. На данный момент, вышеуказанное заболевание остается трудно поддающимся лечению, однако качество и продолжительность жизни людей с данной патологией увеличивается, в силу того, что медицинский персонал ведет санитарно-просветительскую работу среди населения, а фармацевтические компании создают новые препараты.

Проведенное практическое исследование профессиональной деятельности медицинских сестер при гломерулонефрите показало, что за 2017-2018 год заболеваемость выросла почти на 10%. Увеличилось количество заболевших проживающих на территории Белгородской области, и уменьшилось число заболевших людей без определенного места жительства.

Было проведено анкетирование пациентов нефрологического отделения на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

31 респонденту была предложена анкета, включающая в себя 15 вопросов, целью которых было определение: референтной группы; осведомленности пациентов об их заболевании; профессиональной деятельности медицинских сестер.

Исходя из полученных данных, подводим итог:

Социально-биологические факторы: мужчины 19 чел. (61%), средний возраст которых составляет 45-60 лет, работающие 45%, проживающие в городе 61%.

Причины возникновения и развития заболевания: перенесенные ранее инфекционные заболевания 45%, переохлаждение 26%, прием лекарственных или токсических препаратов 19%, наследственность 10%.

Симптоматика заболевания: 90% респондентов отмечают у себя появление отеков, 75% гипертонию, 60% гипертермию, 55% боль в поясничной области и у 95% наблюдаются проблемы при мочевыделении.

Отмечено, что лишь 5 человек из 31 не имеют не единой вредной привычки. Остальные опрашиваемые имеют хотя бы одну. 6 чел. (19%) выкуривают менее 1 пачки сигарет в сутки. Более 1 пачки в сутки употребляют 2 чел. (7%). 4 чел. (13%) употребляют алкоголь в обильном количестве, и практически половина респондентов употребляют алкоголь в умеренном количестве, 14 чел., что соответствует 45%.

Не смотря на состоятельный возраст пациентов, необходимо провести санитарно просветительную работу, на тему «влияние вредных привычек на мочевыделительную систему и на организм в целом», а так же рассказать об осложнениях гломерулонефрита, которые влекут за собой вредные привычки.

Опираясь на данные полученные из анкетирования, можно сделать следующие выводы:

Уровень осведомленности пациентов об особенностях заболевания довольно высок, 15 опрошенных узнали от их лечащего врача, 11 человек получили необходимую информацию от медицинских сестер, из интернета информация получена только 5ю пациентами.

Изучив информацию с интернет ресурсов, стоит заметить, что вся информация предоставляется исключительно в ознакомительных целях, а так же для медицинских работников. Часть информации представляет некую опасность для пациента (схемы лечения лекарственными средствами, народная медицина, онлайн консультации). Необходимо рассказать пациентам о том, что в каждом случае, заболевание протекает по-разному, и подобрать необходимую терапию может только квалифицированный специалист при личном осмотре, на основе результатов, полученных после диагностических исследований.

Медицинские сестры ответственно подходят к своей деятельности; объясняют значение и важность соблюдения питьевого режима, 28 человек

(90%) получили необходимую информацию; осуществляют контроль питания пациентов, путем проверки передач от родственников, а так же содержимого тумбочки; объясняют все нюансы диагностических исследований и правила подготовки к ним, 23 человека (74%) получили подробную, развернутую информацию, общая информация была предоставлена 6 пациентам (19%); контролю за диурезом были обучены 27 человек (87%).

Так же, пациенты осведомлены о школах здоровья: 18 человек - (53%) знают, что такое школы здоровья и с какой целью они создаются. 8и пациентам (26%) малоизвестно о школах здоровья, а так же 5 человек – (16%) не имеют представления о школах здоровья.

Необходимо как можно чаще и доступнее рассказывать пациентам о школах здоровья, объяснять цели, задачи их создания, а так же всю важность посещения, наиболее приемлемым для каждого пациента способом: беседа, буклет, видео фильм, лекция.

4. Медицинскими сестрами проводились санитарно просветительные работы:

с 26ю пациентами – (85%) проходила беседа,  
абсолютно каждый заболевший 31 человек – (100%) присутствовал на лекции

14 человек – (45%) получили памятки,

7 человек – (25%) ознакомились с видео материалами,

9 человек – (30%) получили буклеты.

Проведя исследовательскую работу в данной области, выяснилось, насколько важна психологическая и практическая подготовка медицинского персонала при работе с пациентами, страдающими гломерулонефритом.

Поэтому возрастает необходимость в высококвалифицированной медицинской помощи. Профессиональную деятельность медицинских сестер при гломерулонефрите трудно переоценить. Медицинские сестры являются связующим звеном между пациентом и врачом.

От компетентности порой 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, организационному и социологическому методу исследования, статистической обработке информационного объема, была достигнута цель данной работы, то есть, раскрыта профессиональная деятельность медицинских сестер при гломерулонефрите.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, М. Е. Ведение детей с нефрогенной артериальной гипертензией: открытые вопросы [Текст] / М. Е. Аксенова // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. - 2017. - № 5. - С. 132-137.
2. Актуальные вопросы лабораторной диагностики и лечения гломерулонефрита [Текст] / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко, Е. М. Скворцова и др. // Поликлиника. – 2015. – № 4. – С. 48-54.
3. Аутовоспалительные заболевания и поражение почек [Текст] / Н. А. Мухин [и др.] // Терапевтический архив. - 2017. - № 6. - С. 4-20
4. Бобкова, И. Н. Идиопатическая мембранозная нефропатия: эволюция в понимании проблемы [Текст] / И. Н. Бобкова, П. А. Кахсурева, Е. В. Ставровская // Терапевт. арх. – 2016. – № 6. – С. 89-94.
5. Борисов, В. В. Острая почечная недостаточность [Текст] / В. В. Борисов, Е. М. Шилов // Урология. - 2017. - № 1, Прил. 1. - С. 4-10.
6. Белкова, Ю. Н. Уровень комплаентности у пациентов с хронической болезнью почек [Текст] / Ю. Н. Белкова, И. Г. Овчинникова, Л. Г. Каткасова // Медсестра. - 2017. - № 3. - С. 37-40.
7. Кобалава, Ж. Д. Основы внутренней медицины [Текст] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с.
8. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А.Мухина — М.: ГЭОТАР-Медиа — 2014
9. Нефрология. Клинические рекомендации. Под ред. Шилов Е.М., Смирнов А.В., Козловская Н.Л. — М.: ГЭОТАР-Медиа — 2016.
10. Патфизиология. [Текст] Под редакцией Порядина Г. В. ГЭОТАР-Медиа, 2014.
11. Пушкарь, Д. Ю. Функциональная урология и уродинамика [Текст] / Д. Ю. Пушкарь, Г. Р. Касян. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 376 с. : ил. -

(Б-ка врача-специалиста. Урология). - Библиогр. в конце гл. - Предм. указ.: с. 373-376.

12. Солонинкина, Л. Ф. Критерии оценки деятельности сестринского персонала // Главная медицинская сестра. – 2015. - № 2

13. Учебник. Сестринское дело в педиатрии. (Издание 20-е, исправленное, под редакцией заслуженного врача Российской Федерации, профессора Р.Ф.Морозовой. Ростов-на-Дону. «Феникс» 2015г.)

14. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению [Текст] : ил. рук. / под ред. П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляева, Н. А. Григорьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 148 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Анкета для опроса пациентов диагнозом гломерулонефрит**

Просим Вас принять участие в анкетировании. Все данные полученные при анкетировании будут использоваться исключительно в учебных целях, содержание анкет не разглашается! Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

1. Ваш пол?

2. Ваш возраст?

3. Ваша социальная группа?

4. Место Вашего жительства?

5. Знакомы ли Вы с причинами, течением и осложнением Вашего заболевания?

6. Из каких источников взята Вами информация (от врача, медицинской сестры, СМИ, интернет)?

7. С чем Вы связываете своё заболевание (инфекционные заболевания, переохлаждение, прием лекарственных или токсических препаратов, наследственностью)?

8. Имеете ли Вы вредные привычки (алкоголизм, наркомания, курение)?

9. Наблюдаете ли вы у себя такие симптомы, как повышение  $t$  тела, повышение АД, боли в поясничной области, отеки, проблемы при мочевыделении?

10. Объясняет ли Вам медицинская сестра как правильно подготовиться к диагностическим процедурам (гигиена гениталий, очистка кишечника, отказ от приема пищи)?

11. Объясняет ли медицинская сестра значение и важность соблюдения диеты и питьевого режима?

12. Контролирует ли медицинская сестра Ваше питание (осмотр передач из дома, содержание продуктов Вашей тумбочке)

13. Обучены ли Вы медицинской сестрой контролю за диурезом?

14. Известно ли Вам о школах здоровья?

15. Какие формы информации Вы получаете от медицинских сестёр (беседы, лекции, буклеты, памятки, сан бюллетени, видео материал)?