

БОУ ОО «Медицинский колледж»

Тема лекции:
**«Сестринский уход при
хронической почечной
недостаточности»**

ДО

Цикл: *Сестринское дело в терапии*

Специальность: *Сестринское дело*

Преподаватель: *Л. Н. Воробьёва*

План

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы.
2. Последовательность сбора информации. Субъективное и объективное обследование пациентов.
3. Внешние признаки заболеваний, выявляемые при осмотре (локализация отеков, цвет кожных покровов).
4. Причины, предрасполагающие факторы пиелонефритов, гломерулонефритов, хронической почечной недостаточности и мочекаменной болезни.
5. Симптомы и синдромы, клинические проявления патологии почек. Настоящие, приоритетные и потенциальные проблемы пациентов с гломерулонефритами, пиелонефритами, хронической почечной недостаточностью, мочекаменной болезнью.
6. Возможные осложнения. Информация, позволяющая медицинской сестре заподозрить осложнения при заболеваниях почек.
7. Перечень лабораторных, инструментальных методов обследования, их значение. Основные группы лекарственных препаратов (уросептики, мочегонные, спазмолитики, антикоагулянты).

ХПН — это тяжёлое патологическое состояние, которое характеризуется постепенным снижением вплоть до полного нарушения функциональной способности почек из-за гибели большей части нефронов.

- ***Совокупность клинических и лабораторных симптомов, развивающихся при ХПН, называется уремией.***

ЭТИОЛОГИЯ

- Заболевания, протекающие с первичным поражением клубочков: хронический гломерулонефрит, подострый гломерулонефрит.
- Заболевания, протекающие с первичным поражением канальцев и интерстиция: хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит, радиационный нефрит, балканская нефропатия.
- Обструктивные нефропатии: мочекаменная болезнь, гидронефроз, опухоли мочеполовой системы.

- Первичные поражения сосудов: злокачественная гипертония, стеноз почечных артерий, гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертония).
- Диффузные болезни соединительной ткани: системная красная волчанка, системная склеродермия, узелковый периартериит, геморрагический васкулит.
- Болезни обмена веществ: сахарный диабет, амилоидоз, подагра, нарушения обмена кальция (гиперкальциемия).
- Врожденные заболевания почек: поликистоз, гипоплазия почек, синдром Фанкони, синдром Альпорта и др.

- Е. М. Тареев (1972) предлагает простое и удобное в практическом отношении деление ХПН на две стадии:
 - 1) с падением величины КФ примерно до 40 мл/мин (консервативная стадия);
 - 2) с фильтрацией около 15 мл/мин и ниже (терминальная фаза).
- Если в первую фазу основными методами лечения больных является консервативная терапия, то в терминальную фазу возникает необходимость заместительной терапии — внепочечного очищения (гемодиализ, перитонеальный диализ) или пересадка почек.

- По Рябову выраженность ХПН на основании уровня креатинина в крови, выделяют 3 степени ХПН;
- I — повышение креатинина в плазме крови до 0,18 ммоль/л
- II — 0,19 – 0,71 ммоль/л
- III — более 0,72 ммоль/л

Клиника

- 1 стадия – латентная
- Клиники нет
- Биохимический анализ крови: увеличен остаточный азот, мочевины, мочевая кислота, креатинин до 0,18 ммоль/л;
- Клубочковая фильтрация 50 – 60 мл в минуту

2 стадия - компенсированная

- Быстрая утомляемость, головная боль, вялость, слабость
- Ограничение подвижности
- Замедление психических реакций, апатия
- Снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище,
- Понос (реже запоры).
- Диспепсические расстройства: тошнота, рвота,
- Клубочковая фильтрация 30 – 40 мл в минуту (30% клубочков погибло)
- Суточный диурез увеличен т.к. канальцевая реабсорбция снижена

3 стадия – интермиттирующая

- Вышеперечисленные признаки резко выражены
- Кожный покров: бледно-жёлтый с иктеричностью (урохром), сухой, тургор кожи снижен, кожный зуд, следы расчёсов больше по ночам
- Мышечная атрофия, мышечная слабость
- Геморрагический диатез, кровотечения различной локализации (носовые, кишечные...), кровоизлияния

- Органы дыхания: облаковидные инфильтраты, экссудативный плеврит, одышка
- ССС: повышение АД, гипертрофия миокарда с последующим развитием дистрофии; недостаточность кровообращения с отёками вплоть до анасарки, сердечной астмой, застойными явлениями в лёгких, увеличением печени

Развитие уремии:

- запах аммиака;
- сухой, жёлто-коричневый язык,
- язвенный стоматит,
- паротит,
- кровоизлияния в слизистую желудочно-кишечного тракта, изъязвление и кровотечение,
- вздутие живота, парез кишечника

- кожный покров сухой; «мочевинный иней»
- сухой плеврит, сухой перикардит, псевдоперитонит («похоронный звон»);
- икота, гипотермия, судороги,
- Отложение кальция в мягких тканях, мышцах, суставах: боль в костях, суставах, уремический артрит, «уремическая подагра» с характерными болями в суставах, тофусами.
- анемия;
- ацидоз – дыхание Куссмауля

- 4 стадия – терминальная
 - Артериальная гипертензия
 - НК 3 стадии
 - Уремическая кома

Диагностика

- Рентгенография почек
- БАК: креатинин; остаточный азот
- проба Реберга
- скорость клубочковой фильтрации
- Анализ крови на состав натрия, калия, кальция, фосфора
- ОАК: гипопластическая анемия (снижение выработки эритропоэтина); лейкоцитоз и умеренная тромбоцитопения, способствующая кровоточивости.
- ОАМ: моча очень светлая (низкой концентрации и к тому же лишенная урохромов)

При осмотре больного выявляют:

- бледно-желтоватый цвет лица (сочетание анемии и задержки урохромов),
- «синяки» на руках и ногах.
- кожа сухая, со следами расчесов,
- язык сухой, коричневатый.
- при выраженной уремии изо рта ощущается запах мочи (именно мочи или аммиака, а не мочевины, которая не имеет запаха)

- При прогрессировании ХПН нарастают симптомы уремии. У 80% больных задержка натрия приводит к гипертонии, часто с чертами злокачественности, с ретинопатией.
- **В терминальной** стадии развивается фибринозный или выпотной перикардит (очевидно, токсического генеза), проявляющийся выраженными загрудинными болями, одышкой. Шум трения перикарда лучше выслушивается в области нижней трети груди («похоронный звон»).

- нарастает **неврологическая симптоматика**, появляются судорожные подергивания, усиливается энцефалопатия вплоть до развития уремической комы с большим шумным ацидотическим дыханием (**дыхание Куссмауля**). Иногда наблюдается **тяжелая миопатия**, когда больные не могут подняться на ступеньки, находиться в вертикальном положении.

ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- **Основные задачи:**
- поддержание гомеостаза
- замедление прогрессирования поражения почек
- улучшение субъективного состояния больного.
- коррекция водно-электролитных нарушений,
- коррекция артериальной гипертензии,
- уменьшение образования конечных продуктов белкового обмена.

- У больных с КФ, составляющей от 35 до 10 мл/мин, это обычно достигается консервативными методами, при более выраженных нарушениях функции почек приходится прибегать к гемодиализу, перитонеальному диализу, трансплантации почек.

Консервативное лечение

ХПН предусматривает:

- Адекватный прием жидкости
- Контроль над введением электролитов — натрия и калия
- Уменьшение образования и задержки конечных продуктов белкового обмена

- Гипотензивную терапию
- Лечение анемии
- Лечение уремической остеоодистрофии
- Коррекция ацидоза
- Лечение дислипидемии
- Лечение инфекционных осложнений

- **Хронический гемодиализ** — метод, с помощью которого проводится внепочечное очищение крови больных с терминальной почечной недостаточностью. Метод основан на диффузии из крови через полупроницаемую мембрану мочевины, креатинина, мочевой кислоты и других веществ, задерживающихся в крови при уремии.

- Аппараты «искусственная почка». Сеансы гемодиализа проводят обычно 3 раза в неделю продолжительностью по 5 ч.
- Адекватное лечение гемодиализом позволяет ликвидировать у больных диспепсию, кожный зуд, перикардит, энцефалопатию, гипертонию
- К другим методам лечения больных с терминальной почечной недостаточностью относятся **перитонеальный диализ и трансплантация почки.**

