

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

И.М. Журавская, канд. мед. наук, **В.Н.Петров**, проф., **О.П. Иванова**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургский медицинский колледж №2

Ранняя диагностика, профилактика и лечение хронической почечной недостаточности (ХПН) имеют очень большое значение. Медсестра способна своевременно заподозрить или диагностировать ХПН, осуществить оптимальный и эффективный уход за больным. В статье описываются основные клинические признаки ХПН – повышение АД, анемия, кровоточивость. Организация сестринского ухода включает в себя сбор анамнеза, клиническое обследование, выявление проблем пациента, планирование и непосредственно сам уход.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, этиопатогенез, диагностика хронической почечной недостаточности, сестринский уход.

Под хронической почечной недостаточностью (ХПН) понимают постепенно развивающиеся нарушения разнообразных функций, компенсаторных возможностей и способности почек поддерживать гомеостаз – нормальное состояние внутренней среды организма.

ХПН достаточно широко распространена, неблагоприятно влияет на качество и продолжительность жизни населения. В различных регионах земного шара ею страдают от 100 до 210 человек на 1 млн взрослого населения. Ранняя диагностика, профилактика и лечение ХПН имеют важное значение, причем медсестра способна своевременно заподозрить ХПН и рекомендовать больному пройти обследование у специалистов.

Этиопатогенез

ХПН является исходом ряда хронических заболеваний, в первую очередь – пиелонефрита, гломерулонефрита, гипертонической болезни, сахарного диабета, системных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, узелковый периартериит и др.). Причинами ХПН могут быть аномалии развития мочевыделительной системы (поликистоз почек и др.), урологические (мочекаменная болезнь и др.) и онкологические заболевания (рак мочевого пузыря, почки и др.).

Морфологическим субстратом этого недуга является гибель функциональной паренхимы (более 70%), замещение ее недействительной соединительной тканью (нефросклероз), что сопровождается нарушением клубочковых и канальцевых функций почек. Снижается скорость клубочковой фильтрации – КФ (определяемое обычно по клиренсу креатинина), нарушается выведение почками из организма продуктов метаболизма бел-

ков, жиров и углеводов, повышается концентрация в крови креатинина, мочевины и других веществ, развиваются симптомы интоксикации организма продуктами азотистого обмена. При ХПН нарушаются концентрационная и выделительная функции почек, водно-электролитный баланс, кислотно-основное соотношение. Эти изменения сопровождаются, как правило, снижением удельного веса мочи (гипостенурия), диапазона его суточных колебаний (изостенурия), нарушением соотношения дневного и ночного диуреза в пользу последнего, развитием полиурии (диурез – более 2 л/сут) и метаболического ацидоза (снижение pH крови). Достаточно типичны повышение концентрации в сыворотке крови калия, фосфора, магния и снижение – натрия и кальция.

Диагностика

Важный клинический признак ХПН – повышение артериального давления (АД) вследствие сложных гормональных нарушений баланса между сосудорасширяющими и сосудосуживающими веществами, задержки натрия и воды в организме. Артериальная гипертензия нередко приводит к развитию сердечной недостаточности.

Анемия – наиболее частое и неблагоприятное проявление ХПН. Ее основная причина – уменьшение образования в почках гормона эритропоэтина, который стимулирует продукцию эритроцитов (эритропоэз) в костном мозге. Определенную роль в развитии малокровия играет недостаток в организме железа и фолиевой кислоты.

ХПН свойственны геморрагические проявления (кровоточивость), обусловленные нарушением функции тромбоцитов, свертываемости крови и поражением сосудов. В связи с ослаблением защитных иммунных реакций организма больные предрасположены к инфекционным заболеваниям, которые ухудшают течение ХПН и нередко бывают причиной летальных исходов.

Выделяют 3 стадии почечной недостаточности, отражающие степень снижения КФ и повышения концентрации креатинина в сыворотке крови, выраженность гибели функционирующей почечной ткани (нефронов):

- начальная (снижение КФ до 30–59 мл/мин);
- консервативная (КФ – 15–29 мл/мин);
- терминальная (КФ < 15 мл/мин)

При первых 2 стадиях применяется консервативная почечная терапия, а в терминальной – заместительная (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки).

Согласно современной концепции, все заболевания почек продолжительностью более 3 мес, способные прогрессировать с развитием терминальной стадии

ХПН, называют хроническими болезнями почек (ХБП). Выделяют 5 стадий (I –V) ХБП, причем III, IV и V характеризуются соответственно наличием начальной, консервативной и терминальной стадий ХПН.

Клинические проявления ХПН развиваются постепенно. Больные отмечают сухость, вялость, шелушение кожи, сухость и ломкость ногтей и волос. Появляются общая слабость, снижение трудоспособности, тревожность, раздражительность, неспособность к длительному сосредоточению внимания. Ухудшаются слух, зрение, память и сон.

Прогрессирование почечной недостаточности сопровождается развитием бледности кожи, иногда – с сероватым и желтоватым оттенком; в связи с нарушением свертываемости крови на коже возникают петехии, синяки, кровоподтеки. Возможны кровотечения – носовые, из слизистой полости рта, желудочно-кишечные. Нередко беспокоит зуд кожи с появлением следов расчесов.

В связи с нарушениями обмена витамина D и солей кальция страдает опорно-двигательный аппарат: больных беспокоят боли в костях и суставах, последние деформируются, ограничивается объем движений. Свойственные ХПН нарушения обмена мочевой кислоты способствуют развитию подагрического поражения суставов и усугублению их функциональной недостаточности; страдают функции желудочно-кишечного тракта: ухудшается аппетит вплоть до полного его отсутствия (анорексия), появляются сухость и горечь во рту, нередко – неприятный запах изо рта, тошнота, рвота, а также плохо поддающиеся лечению поносы.

Как правило, в конечной стадии ХПН, а иногда и раньше, повышается АД, развивается хроническая сердечная недостаточность, проявляющаяся одышкой, сердцебиением, отеками. Глубокое, шумное дыхание свидетельствует о поражении легких с возможным развитием тяжелого осложнения – уремического отека. Неблагоприятным в прогностическом плане признаком является смена увеличенного выделения мочи (полиурия) на нормальное, а затем – уменьшенное с развитием олигурии (диурез – менее 500 мл/сут) и анурии (диурез – менее 200 мл/сут).

Жгучие боли в конечностях («горящие ноги»), судорожные подергивания отдельных групп мышц, нарушения сознания вплоть до развития комы дополняют картину терминальной стадии ХПН.

Сестринский уход

При сборе анамнеза обращают внимание на заболевания почек у родственников, у пациента в предыдущие годы, их частоту. Выясняют, имелись ли ранее у больного изменения в моче (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия), повышение АД, отеки, нарушение мочеиспускания (учащенное, болезненное), уменьшение или увеличение диуреза.

Больному с установленным диагнозом заболевания почек следует задать вопросы: соблюдает ли он диету и водно-солевой режим, контролирует ли свой вес, как переносит предписанные лекарственные препараты, не занимается ли самолечением.

Анализируют ситуацию в семье, в том числе: уровень знаний больного и членов его семьи о заболевании и особенностях ухода, круг проблем, связанных с возможностью организации психологической, физической и



экономической поддержки, изменения стиля жизни пациента (характер профессиональной деятельности, питание, отказ от вредных привычек и др.).

При клиническом обследовании медсестра получает дополнительные сведения, позволяющие оценить состояние здоровья пациента и выявить его проблемы, формулируя при необходимости сестринский диагноз. При ХПН у пациента нередко возникает целый ряд проблем, из которых наиболее типичны и важны следующие:

- общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности;
- зуд и нарушение целостности кожных покровов;
- боли в поясничной области, мышцах, суставах;
- снижение или отсутствие аппетита, тошнота и рвота;
- повышение АД, головные боли;
- отеки;
- анемия (снижение концентрации гемоглобина в крови).

При планировании ухода медсестра объясняет пациенту цели и характер наиболее важных в диагностическом плане лабораторных и инструментальных исследований: общий анализ мочи, проба Зимницкого, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам; клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов; определение уровня общего белка, белковых фракций и холестерина крови, концентрации креатинина, мочевины, натрия, калия, кальция, фосфора, магния в сыворотке крови; проба Реберга; длительность кровотечения; кислотно-основное соотношение; флюорография органов грудной клетки; электрокардиография; УЗИ почек и мочевого пузыря. Назначают консультации нефролога, уролога, терапевта, гериатра, по показаниям – других специалистов (окулист, оториноларинголог, невропатолог, стоматолог).

Медсестра способствует созданию спокойной и доброжелательной атмосферы в палате, ограничению двигательной активности (физических нагрузок), обеспечивает достаточный отдых и сон с целью уменьшения общей слабости и утомляемости пациента.

Существенная проблема – зуд кожных покровов, а также связанные с этим расчесы и инфицирование кожи. В этих случаях медсестра следит за состоянием ногтей, которые должны быть коротко острижены; реко-

мендует менять каждые 2 ч положение тела в постели и своевременно менять мокрое белье. Она советует не использовать мыло и лосьоны, содержащие спирт, применять увлажняющее и смягчающее кожу мыло на масляной основе и содержащие ланолин лосьоны; проводит ультрафиолетовое облучение кожных покровов. Зуд ослабляется при использовании нерастворимых щелочей (антацидов), содержащих гидроксид алюминия.

Улучшению аппетита и уменьшению диспепсических проявлений способствуют соблюдение гигиены полости рта, в том числе ее полоскание гигиеническим раствором, использование леденцов для устранения неприятного вкуса (горечи) во рту и главным образом – лечебное питание. Высококалорийная диета с ограничением содержания белков (0,5–0,8 г на 1 кг массы тела) и достаточным количеством жиров и углеводов поддерживает жизненную активность пациента, предупреждает развитие некоторых тяжелых (уремических) симптомов ХПН, отдалает сроки начала диализного лечения. В ней широко представлены овощи и фрукты, растительные масла, богатые полезными для организма ненасыщенными жирными кислотами, рыбий жир. Ограничивают поступление пищевых продуктов, содержащих большое количество солей фосфора (мясо домашних животных, птица, рыба, бобовые растения, белый хлеб, орехи, какао). Кормить больных следует малыми порциями и часто – 4–5 раз в день.

Длительное применение малобелковой диеты целесообразно сочетать с включением в пищевой рацион кетоаналогов аминокислот (препарат «Кетостерил»), высокоэнергетических питательных смесей, содержащих соевый («Полипротэн нефро») или молочный («Нутриэн нефро») белок.

Эффективность комплексного ухода за больным во многом зависит от соблюдения им предписанного врачом водно-солевого режима. При наличии отеков потребление жидкости ограничивают; обычно оно на 400 мл превышает величину диуреза за предыдущие сутки. Медсестра осуществляет контроль за выпитой и выделенной жидкостью, оценивает тургор кожи, динамику отеков и массы тела больного. Количество выпитой жидкости может достигать 2,5–3 л при отсутствии отеков на фоне полиурии (диурез – более 2 л).

Потребление соли существенно ограничивают (1 чайная ложка в сутки, 4–5 г) только при выраженных повышении АД и отеках. Снижение АД и уменьшение отеков на фоне медикаментозной терапии является сигналом к увеличению содержания соли в рационе до 1,5–2 чайных ложек (8–10 г) в сутки. Повышение АД и массы тела свидетельствует о передозировке соли. Неоправданно малое ее потребление может привести к ухудшению функции почек, появлению или усугублению общей слабости и диспепсических расстройств.

Купирование болевого синдрома должно быть строго индивидуальным; оно достигается с помощью назначаемых врачом ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Медсестра контролирует прием пациентом назначенных врачом лекарственных средств, снижающих АД. С этой целью используют мочегонные (фуросемид, гипотиазид и др.), сосудорасширяющие (гидралазин, миноксидил) средства, ингибиторы АПФ (эналаприл,

периндоприл, рамиприл и др.), сочетание ингибиторов АПФ с мочегонными препаратами (нолиприл, корентек), антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем и др.). Ингибиторы АПФ назначают малыми или средними дозами преимущественно в начальной стадии ХПН.

Лечение малокровия при ХПН достаточно сложная задача. По назначению врача парентерально применяют (подкожно или внутривенно) рекомбинантный эритропоэтин (эпоэтин В), эритроцитарную массу, иногда — препараты железа.

Следует помнить о повышенной восприимчивости больных ХПН к инфекционным заболеваниям, проводить противoinфекционные мероприятия, своевременно выявлять инфекцию мочевыводящих путей (повышение температуры тела, учащенное и болезненное мочеиспускание, явления интоксикации и др.) и информировать об этом врача.

Медсестра оказывает психологическую поддержку больному и членам его семьи, оценивает их способность к сотрудничеству и обучению, совместному решению различных медико-социальных проблем. Она должна уметь убедить пациента и его родственников в необходимости и безопасности определенных диагностических и лечебных мероприятий.

К компетенции врача относятся лечение электролитных расстройств, нарушений кислотно-основного соотношения, поражений сердечно-сосудистой, пищеварительной систем и органов дыхания, а также решение вопроса о применении гемодиализа, перитонеального диализа и пересадки почки.

Рекомендуемая литература

Милованов Ю.С., Козловская Л.В., Милованова Л.Ю. Нарушения нутритивного статуса у больных хронической болезнью почек с почечной недостаточностью на додиализном этапе и пути их коррекции // Врач. – 2007; 6: 14–18.

Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. Диагностика и лечение болезней почек. – М., 2002. – 381 с.

Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности. – М., 1999. – 362 с.

Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии. Практикум. – Ростов-на-Дону, 2002. – 352 с.

Ратнер М.Я. Диетическая терапия при диффузных прогрессирующих нефропатиях // Клиническая медицина. – 1996; 1: 7–8.

CHRONIC RENAL FAILURE

I.M. Zhuravskaya, V.N. Petrov, O.P. Ivanova

Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, Russian Agency for Health Care, Saint Petersburg Medical College Two

The early diagnosis, prevention, and treatment of chronic renal failure (CRF) are of very great importance. A nurse can suspect or diagnose CRF in time and provide an optimal and effective care of a patient. The paper describes the major clinical signs of CRF – elevated blood pressure, anemia, hemorrhage. Nursing care comprises history data collection, clinical examination, detection of the patient's problems, planning, and just care itself.

Key words: chronic renal failure, etiopathogenesis, diagnosis of chronic renal failure, nursing care.