

Лечение хронической почечной недостаточности у детей

В периоды вне обострений ребенку необходимо организовать щадящий режим с достаточным отдыхом, исключающий возможность физических перенапряжений, однако не отстранять его полностью от занятий, свойственных детям этого возраста.

Больной может посещать школу и заниматься физкультурой в группе для ослабленных детей. Диета при латентном течении болезни без признаков почечной недостаточности должна соответствовать возрастным потребностям в основных пищевых веществах и содержать несколько больше, чем в норме, витаминов С, Р, группы В. Необходимо некоторое ограничение соли и исключение из пищи мясных и рыбных наваров, экстрактивных веществ и острых блюд. При нефротической, гипертонической и смешанной формах количество поваренной соли в пище не должно превышать 3—4,5 г в сутки, а в периоды обострений назначают ахлоридную диету. Для улучшения вкусовых качеств такой диеты можно использовать сметану, лимонный и гранатовый соки, петрушку, сельдерей, зеленый и жареный лук. При отсутствии почечной недостаточности содержание белка в пище должно быть оптимальным. При почечной недостаточности белок ограничивается до 1 г на 1 кг веса и ниже без ограничения жидкости. Периодически назначаются разгрузочные «картофельные» дни.

Жидкость ограничивается при отечных формах почечной недостаточности. Одновременно применяются диуретики. При отечных формах положительный эффект могут оказать стероидные гормоны (доза до 1 мг на 1 кг веса). При гипертонии и почечной недостаточности гормонопрепараты противопоказаны. У некоторых больных положительный эффект дают иммунодепрессанты. Для больных с гипертонической и смешанной формами с целью снижения артериального давления периодически показаны резерпин, гипотиазид, допегит.

{loadposition user7}

Для борьбы с сердечной слабостью применяют строфантин, препараты горицвета и

наперстянки, эуфиллии. Больного следует охранять от переохлаждений и инфекций, стремиться санировать хронические очаги инфекции. При отсутствии хронической почечной недостаточности рекомендуется санаторно-курортное лечение в условиях юга страны.

В терминальной фазе хронического нефрита необходимы постельный режим и другие мероприятия по максимальному облегчению деятельности почек. Содержание белка в диете ограничивается до 0,5- 0,6 г на 1 кг веса, причем белок должен быть преимущественно растительного происхождения. В пищу часто добавляется соль (до 8-10 г в сутки), так как из-за полиурии с мочой выводится много натрия и калия, щелочной резерв крови падает, развивается выраженный ацидоз. Достаточный объем жидкости способствует выведению азотистых шлаков. Больному дается до 1000 мл и больше жидкости в сутки за счет дополнительных фруктовых соков, внутривенного введения 20%-ного раствора (до 300 мл) глюкозы с инсулином или 5%-ного раствора глюкозы в смеси с равным количеством физиологического раствора. Удалению азотистых шлаков и борьбе с ацидозом помогают промывания желудка и кишечника 2%-ным раствором соды. Применяются также частичные обменные переливания крови, кишечный и перитонеальный диализ. Из медикаментозных средств, способствующих утилизации азота, назначают леспенефрил и анаболические гормоны.

Одним из наиболее эффективных методов терапии хронической почечной недостаточности является гемодиализ, который принято рассматривать как подготовительный этап к пересадке почки. При гемодиализе и пересадке почки у детей пока встречаются большие трудности в подборе донора и технике операции, в проведении иммунодепрессивной терапии. Однако с каждым годом отмечается постепенное улучшение результатов операции, и надо полагать, что указанные трудности будут скоро преодолены.

Больных хроническим нефритом с диспансерного учета не снимают