



**ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

Острая почечная недостаточность (ОПН)

Это клинический синдром различной этиологии с внезапной временной или необратимой утратой гомеостатических функций почек, обусловленной гипоксией почечной ткани с последующим преимущественным повреждением канальцев и отеком интерстициальной ткани.

Для ОПН характерны следующие отклонения:

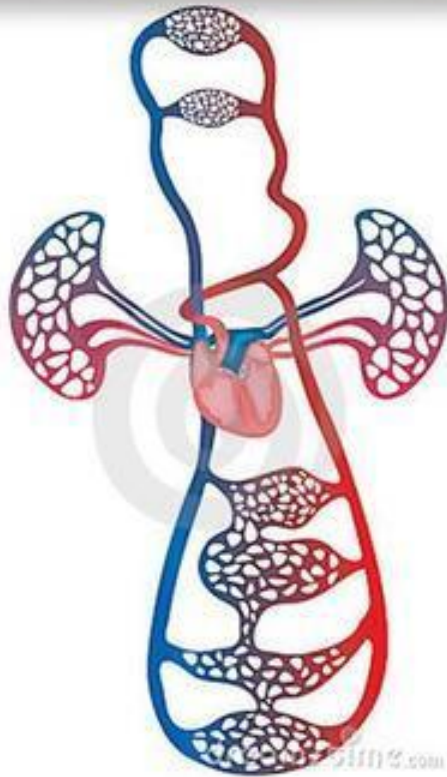
- нарушение выделения из организма воды;
- нарастающая азотемия;
- электролитный дисбаланс;
- декомпенсированный метаболический ацидоз.



Этиология

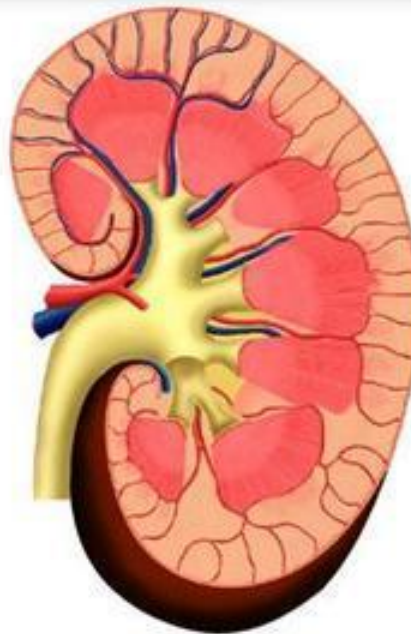
ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ПРЕРЕНАЛЬНАЯ



Ишемическая

РЕНАЛЬНАЯ



Паренхиматозная

ПОСТРЕНАЛЬНАЯ



Обструктивная

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

преренальная

ренальная

постренальная

ШОК

КОЛЛАПС

МАССИВНАЯ
КРОВОПОТЕРЯ

СЕРДЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ТРОМБОЗ
ПОЧЕЧНОЙ
АРТЕРИИ

НАРУШЕНИЯ ВОДНО-
ЭЛЕКТРОЛИТНОГО
РАВНОВЕСИЯ (нефротинная
рвота, диарея)

ПРЯМОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ
ПОЧЕК НЕФРОТОКСИ-
ЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

ГЛОМЕЛУРОНЕФРИТЫ,
ГИЕЛОНЕФРИТЫ

Обструкция почечных
канальцев уратами

НЕФРОТИЧЕСКИЙ
СИНДРОМ

НАРУШЕНИЯ ОТТОКА
МОЧИ РАЗЛИЧНОГО
ГЕНЕЗА: ЗАКУПОРКА
МОЧЕТОЧНИКОВ КАМ-
НЯМИ, СДАВЛЕНИЕ
ИХ ОПУХОЛЬЮ,
СДАВЛЕНИЕ УВЕЛИЧЕН-
НОЙ МАТКОЙ ПРИ БЕ-
РЕМЕННОСТИ И ДР.

Этиология

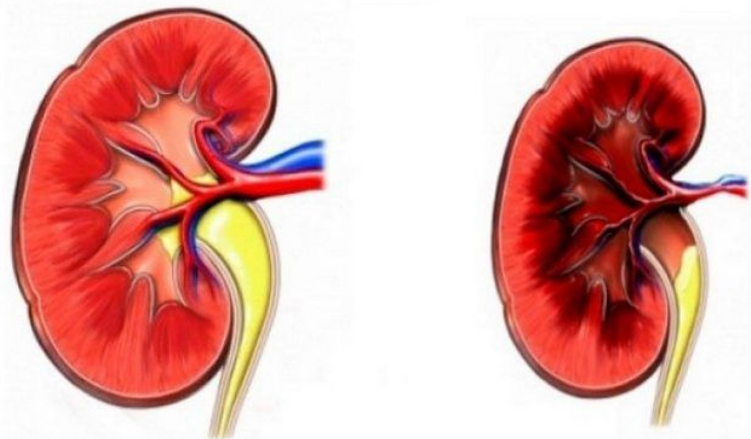
1. Преренальные причины (приводят к почечной гипоперфузии):

- гиповолемия и/или гипотензия, обусловленные шоком любой этиологии (септический, геморрагический, ожоговый);
- дегидратация (рвоты, диарея, длительная и тяжелая лихорадка);
- значительное снижение коллоидноонкотического давления крови (потери белка при экссудативной энтеропатии, нефротическом синдроме);
- перитонит и асцит;
- застойная сердечная недостаточность



почка с нормальным кровоснабжением

почка с нарушенным кровоснабжением



2. Ренальные причины:

- **острый канальцевый некроз или тубулорексис** вследствие:

- действия нефротоксинов

- поражения канальцев при дисметаболических нефропатиях, дисэлектролитемиях, тяжелом инфекционном токсикозе, внутрисосудистом гемолизе, ожогах, синдроме размождения, обширных хирургических операциях, особенно на сердце;

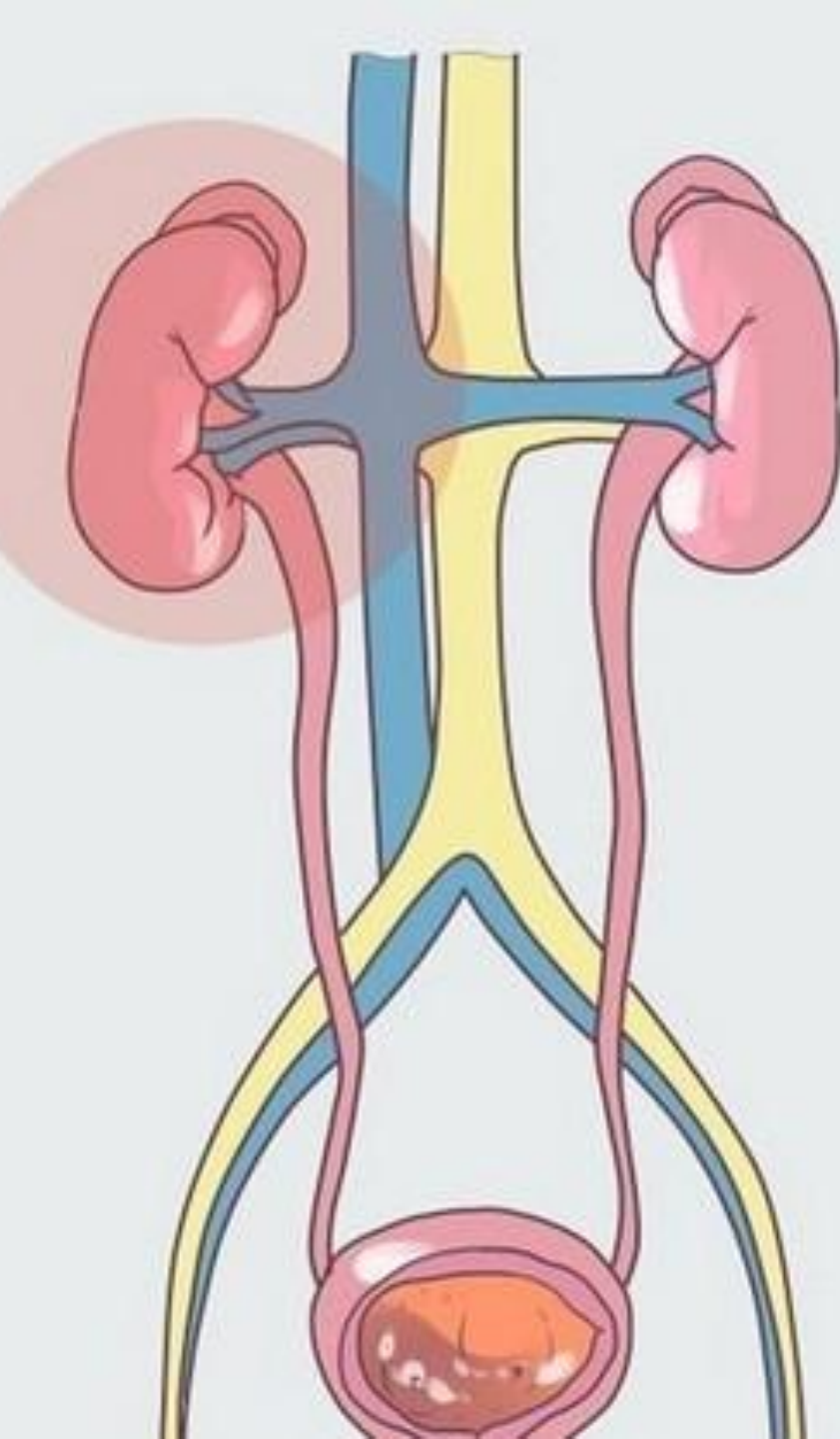
- **внутрисосудистая блокада** при:

- гемолитико-уремическом синдроме, тромбocyтопенической пурпуре; системной красной волчанке, васкулитах;

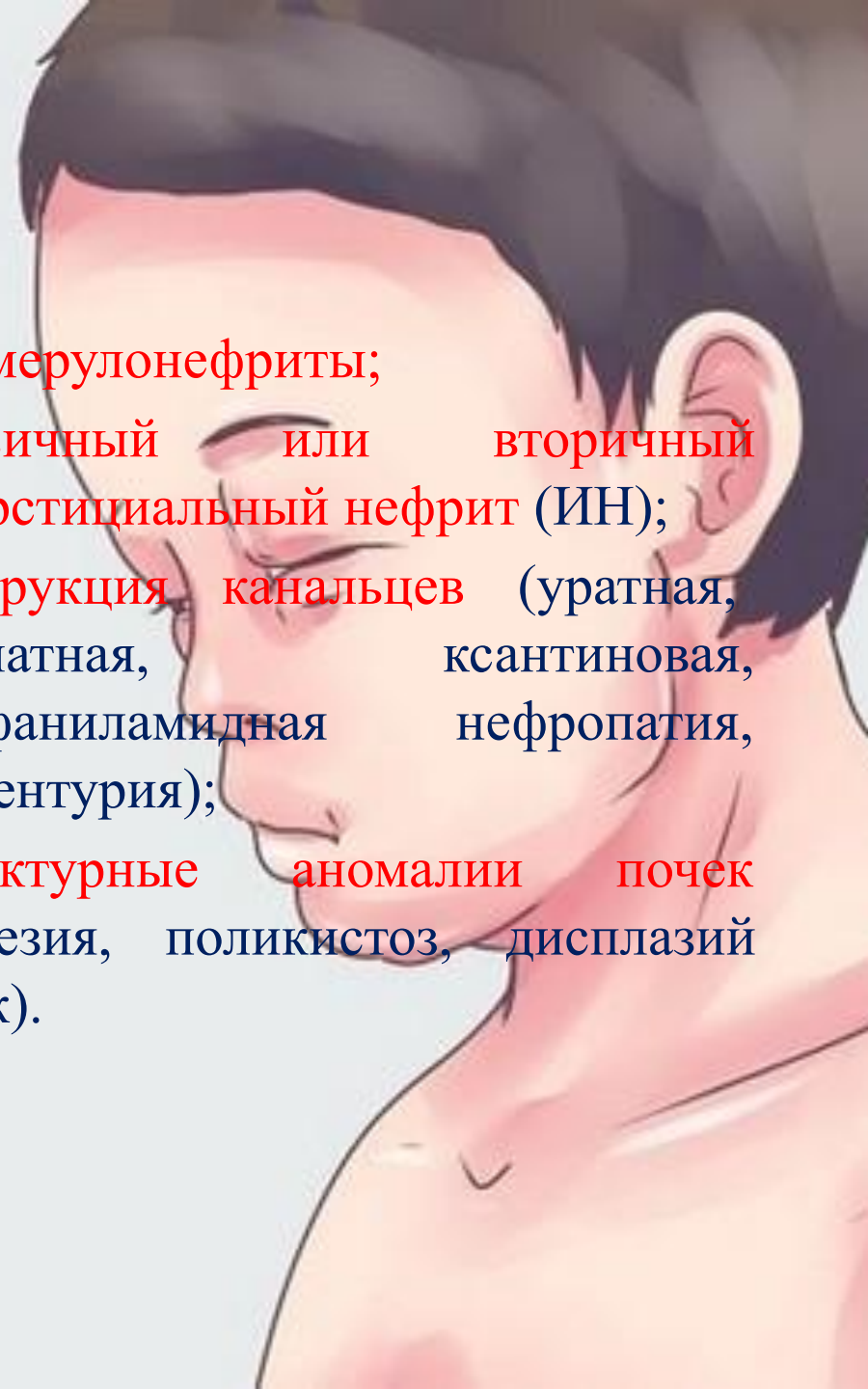
- тромбозах почечных сосудов новорожденных, а также в более старшем возрасте при нефротическом синдроме;

Волчаночный нефрит





- **гломерулонефриты;**
- **первичный или вторичный интерстициальный нефрит (ИН);**
- **обструкция канальцев (уратная, оксалатная, ксантиновая, сульфаниламидная нефропатия, пигментурия);**
- **структурные аномалии почек (агенезия, поликистоз, дисплазий почек).**



3. Постренальные причины (вызывают обструкцию мочевыводящих путей на разных уровнях при камнях, опухолях, сдавлениях, нейрогенном мочевом пузыре)

В различных возрастных группах доминируют разные причины ОПН.

- у новорожденных причиной ОПН чаще являются:
 - тяжелая асфиксия и синдром дыхательных расстройств (транзиторная ОПН);
 - структурные аномалии развития почек;
 - тромбозы почечных сосудов;
 - поражения почек при генерализованных внутриутробных инфекциях, сепсис;
- у детей раннего возраста (1-3 года):
 - инфекционные токсикозы с дегидратацией и шок разной этиологии;
 - ДВС-синдром;
 - тяжелые электролитные нарушения;
- в дошкольном и школьном возрасте (3-7 лет):
 - интерстициальные нефриты;
 - вирусные и бактериальные поражения почек;
 - шок разной этиологии;
 - ДВС-синдром.



почка с нормальным кровоснабжением



почка с нарушенным кровоснабжением



ПАТОГЕНЕЗ ОПН

Преренальные факторы



Ренальные факторы



Постренальные факторы



↓

Резкое уменьшение эффективного фильтрационного давления и скорости клубочковой фильтрации

(общий знаменатель, к которому сводится действие всех названных причин)

Патогенез

ОПН развивается вследствие **резкого снижения скорости клубочковой фильтрации — СКФ** (менее 5—10% от нормальной) и **дисфункции канальцев**.

При **преренальных причинах** ОПН снижение СКФ обусловлено **гипоперфузией почек**.

При **ренальных причинах** возможны следующие патогенетические звенья:

- 1) отток плазмы в мезангиум, интерстиций со **сдавлением клубочков**;
- 2) нарушение всасывания хлорида натрия в проксимальном и дистальном канальцах и высвобождение ренина и ангиотензина с **уменьшением кровотока в клубочке**;
- 3) в почках при тубулонекрозах синтезируются в основном **вазоконстрикторные простагландины (тромбоксан A^2)**, а синтез вазодилаторных (E^2 , простаглицлин) снижен — кровоток в клубочках уменьшен;
- 4) обструкция канальцев некротическими массами и цилиндрами приводит к **повышению канальцевого давления, снижению фильтрационного давления и к падению СКФ, олигурии**.

Классификация RIFLE у детей

Степень поражения	критерии снижения СКФ	критерии диуреза
R – риск	Снижение СКФ на 25%	< 0,5 мл/кг/час x 8 час
I – повреждение (недостаточность)	Снижение СКФ на 50%	< 0,5 мл/кг/час x 16 час
F - несостоятельность	Снижение СКФ на 75% или <35 мл/мин/1,73м²	< 0,3 мл/кг/час x 24 час или анурия x 12 час
L – потеря функции	Персистирующая ОПН – полная потеря выделительной почечной функции > 4 недель	
E – терминальная стадия ХПН	Полная потеря выделительной почечной функции > 3 мес.	

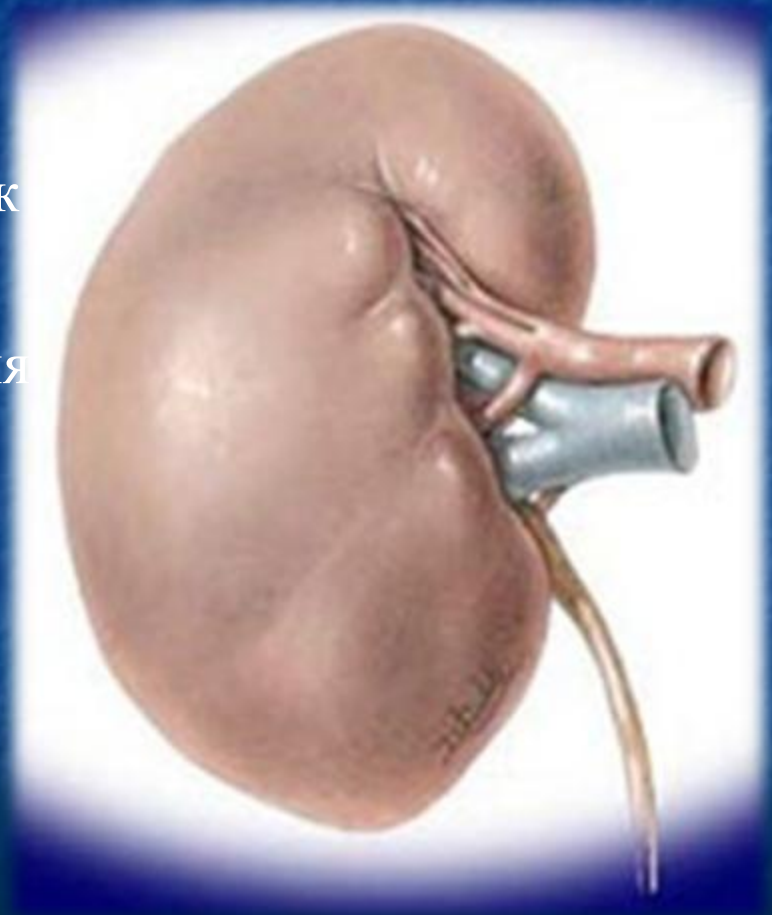
A. Akcan- Arican, M. Zappitelli, LL. Loftis, K.K. Washburn, L.S. Jefferson and S.L. Goldstein. Modified RIFLE criteria in critically ill children with acute renal injure. Kidney international (2007)

Клиника

ОПН обычно делят на четыре стадии: начальную, олигоанурическую, стадию восстановления диуреза с развитием полиурии и выздоровление.

Клиническая картина

начальной стадии определяется теми заболеваниями, которые привели к ОПН. Поражение почек проявляется **снижением диуреза**, но повышения уровня в крови азотистых шлаков, калия не наблюдается, **относительная плотность мочи в этом периоде может быть высокой**. Начальный период при инфекционных токсикозах обычно длится **1—3 дня**, несколько дней. При гемотрансфузионном шоке начальная стадия кратковременна и практически наблюдают **молниеносное начало олигоанурического периода**.





Олигоануригескую стадию характеризуют:


- **резкое снижение диуреза** (менее 25% нормы при низкой относительной плотности мочи — 1,005—1,008),
- прогрессирующее **ухудшение состояния больного**: появление бледности с иктеричным оттенком (иногда и геморагии на коже, зуд), адинамии, головной боли, слабости, тошноты, рвоты, диареи;
- появление **нарушений проводимости и ритма сердца**, тахикардии, снижения артериального давления с последующим развитием гипертензии, шумной одышки, судорог, резких болей в животе, отека легких, характерна нарастающая анемизация, возможна тромбоцитопения;
- клинические проявления **азотемии** — беспокойство, кожный зуд, тошнота, рвота, анорексия, расстройство сна, стоматиты, колиты, гастриты;
- признаки **гиперкалиемии** (мышечная слабость, аритмии, остановка сердца);
- симптомы **перегрузки жидкостью** (отек соска зрительного нерва, гипертензия, увеличение сердца, сердечный ритм галопа, чрезмерное увеличение массы тела, отек легких, периферические отеки).

Олигурический период продолжается **до 2—2,5 недель**.

В случаях, когда олигурический период продолжается более 3—3,5 недель, очень велика вероятность кортикального некроза, что является плохим прогностическим признаком.

При отсутствии помощи ОПН приводит к коме и смерти.





Стадию восстановления диуреза характеризуют увеличение диуреза и улучшение состояния больного. В течение 1—2 дней развиваются **полиурия, гипо- и изостенурия, гипосолемиа** (гипонатриемия, гипокалиемия, гипомагниемия, гипокальциемия). Прогрессирует **анемия**. Одновременно часто наслаивается **инфекция**, в том числе грибковая. Инфекционные осложнения — одна из основных причин смерти больных с ОПН. Полиурический период продолжается 1—6 недель и более.

Стадия выздоровления начинается тогда, когда закончилась полиурия, но еще сохраняются **гипо-, изостенурия, никтурия, мышечная слабость, утомляемость, анемия**. Продолжается период до 2 лет. Критериями выздоровления считают нормализацию концентрационной функции почек, исчезновение анемии.

Стадии клинического течения ОПН

Стадия	Длительность	Клинические проявления
Начальная	1-3 суток	Соответствуют заболеванию или состоянию, приведшему к ОПН
Олиго-анурическая	1-3 недели (в среднем 10-14 дней)	Олиго-анурия, гипергидратация, артериальная гипертензия, азотемия, дизэлектролитемия, нарушения КЩС, анемия
Восстановления диуреза (полиурическая)	1-10 дней	Полиурия, дегидратация, дизэлектролитемия, нарушения КЩС
Восстановления функции почек	3-12 месяцев	Восстановление метаболической, эндокринной, гемопозитической функций.

План обследования

Основные диагностические мероприятия:

1. Общий анализ крови
2. Определение креатинина, мочевины, общего белка;
3. Определение калия, натрия, кальция, хлора;
4. Коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ)
5. Кислотно-щелочное состояние
6. Общий анализ мочи
7. УЗИ органов брюшной полости и почек
8. Электрокардиограмма
9. Определение группы крови и резус-фактор

Дополнительные диагностические мероприятия

1. Определение белковых фракций, С-реактивного белка
2. Определение АЛТ, АСТ, холестерина, билирубина, общих липидов
3. Определение железа, глюкозы
4. Определение лактатдегидрогеназы
5. Исследование крови на стерильность с изучением морфологических свойств и идентификацией возбудителя и чувствительности к антибиотикам
6. Исследование биологического материала (моча, желчь, мокрота, отделяемое глаз, ушей, ран и т.д.) с идентификацией по морфологическим, тинкториальным, культуральным, биохимическим свойствам и чувствительности к антибиотикам
7. Исследование испражнений на условно-патогенную флору с идентификацией
8. ИФА на маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е
9. ИФА на внутриутробные, зоонозные инфекции

10.ПЦР на HBV-ДНК и HCV-РНК

11.ИФА на содержание иммуноглобулинов А, М, G, Е

12.Исследование крови на ВИЧ

13.УЗИ сердца (эхокардиография)

14.Ультразвуковая доплерография сосудов почек у детей

15.Обзорная рентгенография грудной клетки

16.Биопсия почки

17.Электроэнцефалография

В моче:

1.Определение электролитов (калия, кальция, фосфора), мочевины, креатинина

2.Измерение диуреза и выпитой жидкости

3.Посев мочи с отбором колоний.

В биохимическом анализе крови для ОПН характерны

- **азотемия** с увеличением концентрации остаточного азота (более 30 ммоль/л), азота мочевины (более 7,0 ммоль/л), креатинина (более 0,1 ммоль/л);
- **диссолемия**: гиперкалиемия (более 6 ммоль/л), гипокальциемия (менее 2 ммоль/л), гиперфосфатемия (более 1,8 ммоль/л), гипермагниемия (более 2 ммоль/л), гипохлоремия (менее 95 ммоль/л), гиперсульфатемия;
- **декомпенсированный метаболический ацидоз** (величина ВЕ более 10 ммоль/л).

Вначале эти анализы делают 2 раза в день, затем ежедневно и далее по показаниям.

Лечение

Цель лечения:

Преренальная ОПН - восстановление ОЦК.

Ренальная ОПН - устранить причину ОПН, катаболизм и патогенетическая терапия.

Постренальная ОПН - устранить обструкцию.

Тактика лечения: попытка устранить причину, срочная госпитализация.

Немедикаментозное лечение: режим постельный, диета, калорийность 1400 ккал/м²/сут.



Лечение

В начальной стадии

основа лечения — воздействие на этиологический фактор:

- **при гиповолемии и шоке:**

- 1) восполнение объема циркулирующей крови;

- 2) восстановление диуреза — внутривенное капельное введение изотонического раствора натрия хлорида (20 мл/кг) и при отсутствии достаточного ответа на нагрузку — внутривенное введение 20% раствора маннитола,

- **при артериальной гипотензии** — для увеличения кровотока в почках назначают допамин в низких дозах (0,5—4,5 мкг/кг/мин);

- **при застойной сердечной недостаточности** применяют фуросемид (в комбинации с сердечными гликозидами в минимальной дозе);

- при значительной гипопротеемии используют внутривенное введение альбумина;

- при отравлениях — плазмаферез или гемосорбция;

- при постгеморрагическом шоке — переливание компонентов крови;

- при тяжелых инфекциях назначают антибиотики;

- при гемолитико-уремическом синдроме и болезни Мошковица применяют плазмаферез, переливание свежезамороженной плазмы, преднизолон и дезагреганты (ацетилсалициловая кислота, дипиридамол).

В олигурической стадии альтернативным методом терапии является гемодиализ. Показаниями к проведению гемодиализа считают:

- повышение в сыворотке крови:
 - мочевины более 24 ммоль/л, прирост более 5 ммоль/л/сут.;
 - калия более 7 ммоль/л (при отеке мозга, легких более 6,5 ммоль/л), прирост более 0,75 ммоль/л/сут.;
 - фосфора более 2,6 ммоль/л;
- рН крови менее 7,2;
- дефицит оснований более 10 ммоль/л;
- суточный прирост в плазме крови креатинина более 0,18 ммоль/л;
- анурия более 2 суток;
- выраженная гипонатриемия (менее 120 ммоль/л);
- перегрузка жидкостью с отеком легких или мозга.





Преимущества и недостатки гемо - и перитонеального диализа

Показатели	Перитонеальный диализ	Гемодиализ
Продолженная терапия	Да	Нет
Устойчивость гемодинамики	Да	Нет
Достигается баланс жидкости	Да/нет изменчиво	Да, нерегулярно
Легко выполнять	Да	Нет
Метаболический контроль	Да	Да, нерегулярно
Продолженное удаление токсина	Нет/да, зависит от структуры токсина- высоко молекулярные токсины не выводятся	Нет
Антикоагулянт	Нет	Да/нет, нерегулярно
Быстрое удаление токсина	Нет	Да
Требуется подготовленная медсестра	Да/ нет, зависит от ситуации	Да
Мобильность пациентов	Да, если использовать интермитирующий ПД.	Нет
Требуется сосудистого доступа	Нет	Да
Недавняя операция в брюшной полости	Нет	Да
Вентрикулоперитонеальный шунт	Да/нет, относительно противопоказано	Да
Контроль на ультрафильтрацией	Да/ нет, изменчиво	Да, нерегулярно

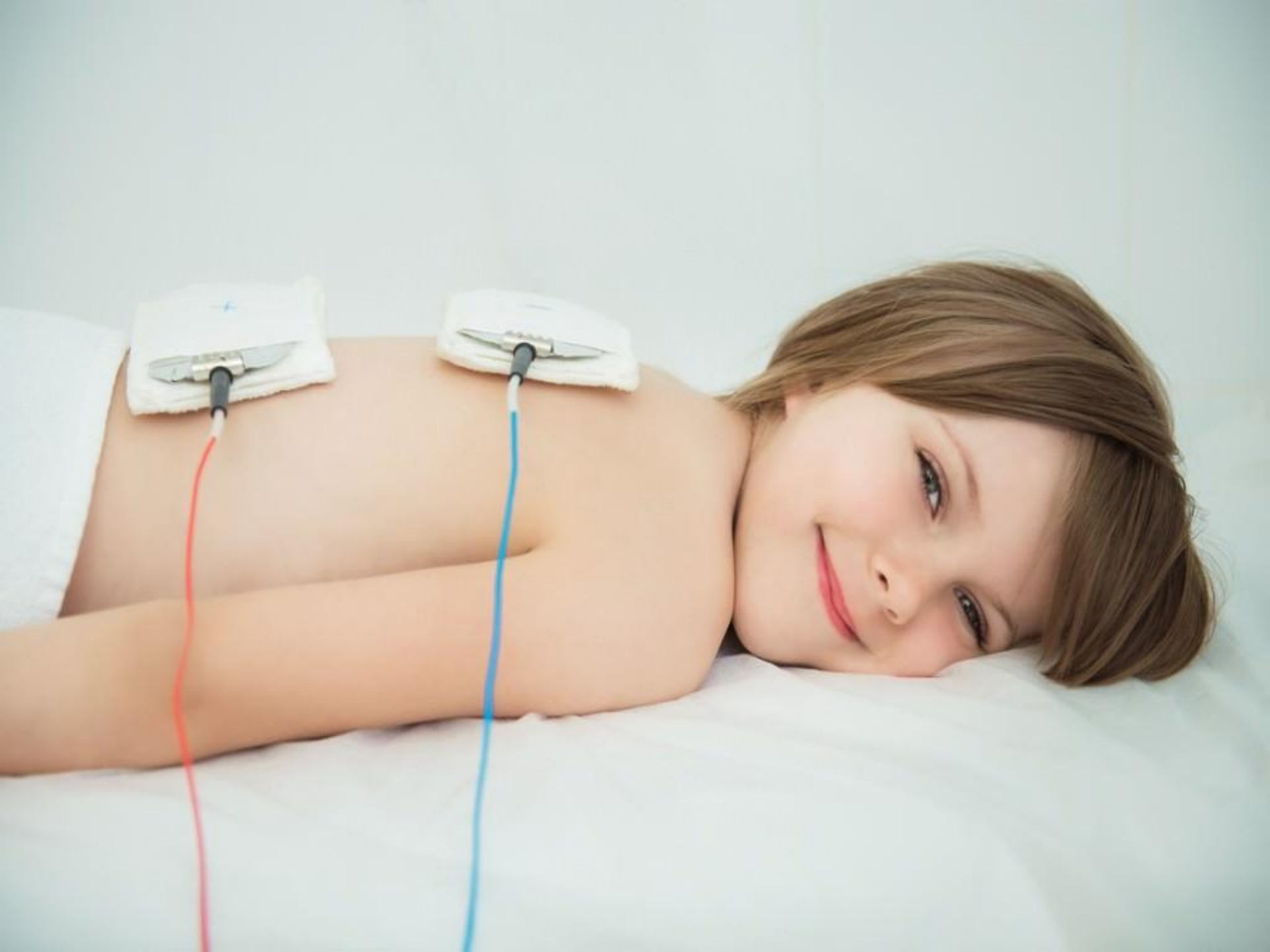
Для снижения гиперкалиемии - внутривенное введение 20% раствора глюкозы (4—5 мл/кг) с инсулином (1 ЕД на 5 г глюкозы), глюконата кальция.

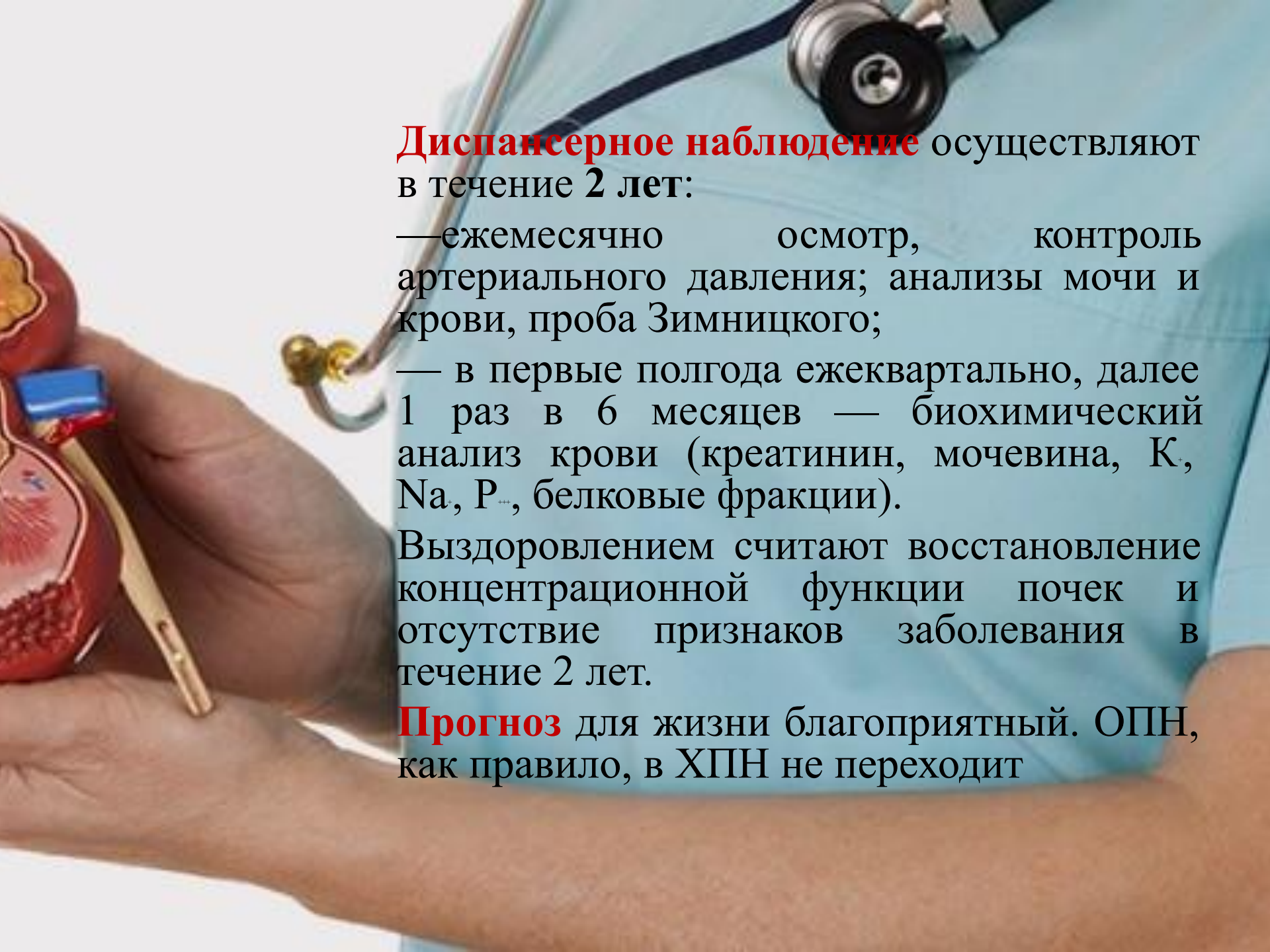
Учитывая высокую частоту наслоения инфекций, при ОПН назначают антибиотики.

Диуретики в олигоанурической стадии применяют только для того, чтобы выяснить ответную реакцию почек, не более 1 раза в сутки. Кровезаменители и белковые препараты при анурии противопоказаны. Проводят терапию гепарином в минимальных дозах и иногда продолжают глюкокортикоидами.

В стадии полиурии диету обогащают солями калия, кальция, магния, натрия, но ограничение белка еще необходимо, жидкость не ограничивают. На область почек назначают электрофорез с препаратами, улучшающими почечный кровоток (эуфиллин, никотиновая кислота). При сохраняющейся азотемии возможен повторный гемодиализ.

В стадии выздоровления противопоказаны вакцинации, введение у-глобулина.



A hand is holding a medical model of a kidney, showing its internal structure. In the background, a stethoscope is visible, suggesting a medical or clinical setting. The text is overlaid on the right side of the image.

Диспансерное наблюдение осуществляют в течение **2 лет**:

— ежемесячно осмотр, контроль артериального давления; анализы мочи и крови, проба Зимницкого;

— в первые полгода ежеквартально, далее 1 раз в 6 месяцев — биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, K^+ , Na^+ , P^{++} , белковые фракции).

Выздоровлением считают восстановление концентрационной функции почек и отсутствие признаков заболевания в течение 2 лет.

Прогноз для жизни благоприятный. ОПН, как правило, в ХПН не переходит

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

