

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ

Сенько П.В., Урываев А.М., канд. мед. наук, доц., **Громыко Е.А.**

Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, РБ
voenmed@bsmu.by

Понятие «острое повреждение почек» (ОПП) введено в практику нефрологии в 2007 г., и связывает минимальные (транзиторные) нарушения почечной функции с серьезными клиническими исходами [1], такими как: острая почечная недостаточность (ОПН – 12,5 %), хроническая болезнь почек (ХБП – 8,8 %) или смерть (3,2 %) [2]. Беларусь является эндемичным регионом по заболеваниям почек и мочевыводящих путей, поэтому ОПП является актуальной проблемой [3]. Оно характеризуется быстрым снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), приводит к задержке конечных продуктов метаболизма, включая креатинин и мочевины, к нарушению регуляции водно-электролитного гомеостаза. Появившиеся классификации ОПП – RIFLE (2004 г.), AKIN (2007 г.) ориентируют врачей на раннее выявление нарушения почечной функции с необходимостью интенсивной лекарственной терапии, своевременного начала искусственного очищения крови [1]. В 2021 году вышел клинический протокол МЗ РБ, содержащий информацию по диагностике и лечению ОПП [4]. Самым частым этиологическим компонентом развития ОПП является преренальная форма повреждения. Она основана на гипоперфузии почек вследствие гиповолемии (что объясняет развитие ОПП у пациентов с анемией и токсическим шоком, гипергликемической комой) и снижения сердечного выброса (все пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями). Ренальное ОПП встречается реже, но наблюдалось у пациентов с отравлением, аллергической реакцией и постреанимационной болезнью. Постренальное ОПП можно наблюдать у пациентов с мочекаменной болезнью и злокачественными новообразованиями и др. [5].

Цель работы – определить частоту выполнения критериев ОПП у пациентов в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТиР) учреждений здравоохранения; выяснить частоту выставления ОПП при постановке диагноза; оценить соответствие лечения данных пациентов клиническим протоколам РБ.

Исследование представляло собой одномоментное ретроспективное исследование с оценкой лабораторно-клинических показателей, необходимых для подтверждения синдрома ОПП. Проведена обработка данных пациентов, находящихся на лечении в ОИТиР ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр» (432 ГВКМЦ), ГУЗ 2-ой городской клинической

больницы (2 ГKB). Проведена оценка биохимических показателей крови на предмет повышения креатинина в 1,5 раза. Выборка производилась до того момента, пока количество историй пациентов с ОПП как минимум 1 стадии не достигнет 15 в каждом УЗ. Таким образом, изучено 179 историй болезни пациентов. На базе 432 ГVKMЦ, изучены 136, в 2 ГKB – 43 соответственно. Сформированы 2 группы пациентов: 1-я – пациенты 432 ГVKMЦ ($n=136$; $67\pm 18,7$ лет; женщины : мужчины / 1:4), 2-я группа – пациенты 2 ГKB ($n=43$; $72\pm 25,8$ лет; ж : м / 4:3). Оценка критериев ОПП проводилась на основании клинических рекомендации KDIGO (2022г.) [5], клинического протокола МЗ РБ (2021 г.). Для оценки соответствия полноты лечения использовали клинический протокол МЗ РБ (2021 г.) [4]. Критерии ОПП были выполнены у 15 пациентов каждой группы. Следовательно, во 2 ГKB у 35 % пациентов, прошедших лечение в ОИТиР, выполнялись критерии синдрома ОПП, и у 11 % в 432 ГVKMЦ соответственно. У 5 пациентов (3 и 2 каждой группы соответственно) повышенный креатинин был связан с предшествующей ХБП (26,7%). Средний возраст пациентов 1 группы составил 76 лет (все были пенсионного возраста). Во 2 группе средний возраст – 63 года, в том числе 3 пациента трудоспособного возраста, что говорит о более разнообразном контингенте больницы в сравнении с военно-медицинским центром. У пациентов в 1-ой группе с выполненными критериями ОПП, диагноз был выставлен только в 33 % случаев. Во 2-ой группе, несмотря на выполненные критерии ОПП, ни у одного пациента данный синдром не был описан в диагнозе. В первой группе пациентов 60 % основных нозологических форм составили заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), осложнения коронавирусной пневмонии – 20 %. По 7 % – в результате отравления лекарственным препаратом “Зопиклон”; мочекаменной болезни с камнями в почке и мочевом пузыре; аллергической реакции по типу отек Квинке. Во второй группе заболевания ССС являлись основным диагнозом в 53 % случаев, осложнения коронавирусной пневмонии – 13%. И по 7 % – ХБП (как основной диагноз); гипергликемическая кома при сахарном диабете 1 типа; аутоиммунный полигландулярный синдром с исходом в кахексию, осложненный анемией; злокачественное новообразование яичника (гранулезоклеточная опухоль) с гипостатической пневмонией; постреанимационная болезнь с фоновым алкогольным опьянением, исход в энцефалопатию тяжелой степени. Лечение пациентов с ОПП в ОИТиР выполнялось, по большей части, в полном объеме. В 1-ой группе для диагностики гиперкалиемии выполнялся анализ крови на K^+ у 14 из 15 пациентов, причем он был выше нормы у 3 пациентов. Однако, коррекция гиперкалиемии проводилась всем пациентам: 10% раствором глюкозы (400 мл – 14 пациентам) или раствором Рингера (500 мл – 1 пациенту). Всем пациентам проводилось восполнение дефицита внеклеточной жидкости с помощью раствора NaCl или Рингера. Метаболический ацидоз оценивали с помощью анализа кислотно-щелочного состояния крови. При этом 4-м пациентам с

повышенными показателями вводили раствор натрия гидрокарбоната в/в капельно 40 мг/мл. Гипергидратацию оценивали с помощью центрального венозного давления и других анализов крови. Коррекцию проводили только 11 пациентам с сохраненным диурезом (более 300 мл за 12 часов) с помощью применения фуросемида до 400 мг в/в под контролем почасового диуреза. Вазопрессорная поддержка также проводилась исключительно по показаниям двум пациентам первой группы раствором допамина 5 мл (2–20 мкг/кг/мин в/в капельно). Пациентам второй группы коррекция данных патологических состояний проводилась схожим образом. Лечение пациентов с ОПП было выполнено в полном объеме благодаря синдромологическому подходу к ведению пациентов в отделениях ИТиР. Поскольку клинический протокол требует лишь коррекции вышеуказанных патологических состояний, то знание этого диагноза оказалось не обязательно для качественного оказания помощи.

У 11 % пациентов ОИТиР 1-й группы и 35 % 2-й группы соответственно выполнялись критерии постановки ОПП. Из них, диагноз ОПП был выставлен только 33 % пациентам в 1-ой группе, и ни одному пациенту во 2-ой группе. Результаты свидетельствуют о плохом знании врачами ОИТиР новых классификаций ОПП. Несмотря на низкую осведомленность врачей о диагнозе ОПП, лечение пациентов было выполнено по большей части в полном объеме благодаря синдромальному подходу при лечении пациентов ОИТиР.

Список литературы

1. Жарко В. И. и др. Клинический протокол МЗ РБ от 18.07.2013 Диализное лечение пациентов при остром повреждении почек // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – 2013. – № 806. – С. 5-29.
2. Coca S.G. Long-term risk of mortality and other adverse outcomes after acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis / S.G. Coca, M.G. Shlipak, A.X. Garg // Am J Kidney Dis. – 2009. – № 53. – С. 961-973.
3. Chakravarthi R.M. The contrasting characteristics of acute kidney injury in developed and developing countries / M.R. Chakravarthi, J. Cerda, A. Bagga // Nat Clin Pract Nephrol. – 2008. – № 4. – С. 138-153.
4. Богдан Е. Л. и др. Клинический протокол МЗ РБ от 02.08.2021 Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым почечным повреждением // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – 2021. – № 93. – С. 3-9.
5. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury // Nephron Clinical Practice. – 2022. – Т.120, № 4. – С. 179-184.



МАТЕРИАЛЫ
IX Международной научной конференции
Донецкие чтения 2024:
образование, наука, инновации,
культура и вызовы современности

Том 3

Биологические
и медицинские науки,
экология

