

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:

- *Почечная недостаточность* – это нарушение выделительной (экскреторной) функции почек с накоплением в крови азотистых шлаков, в норме удаляемых из организма с мочой. Может быть острой и хронической.

Острая почечная недостаточность (ОПН) – это синдром внезапного, быстрого снижения или прекращения функции обеих почек (или единственной почки), приводящий к резкому повышению продуктов азотистого обмена в организме, нарушению общего обмена веществ. Нарушение функции нефрона (структурной единицы почки) возникает вследствие уменьшения кровотока в почках и резкого снижения доставки им кислорода.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОПН:

1. Преренальные: сердечная недостаточность, шок, коллапс, тяжелые аритмии, значительное уменьшение объема циркулирующей крови (например, при кровопотере).
2. Ренальные: чаще всего — острый некроз (отмирание) почечных канальцев под воздействием ядов, тяжелых металлов, суррогатов алкоголя, лекарственных препаратов или в результате недостатка кровоснабжения почки; реже — острый гломерулонефрит, острый тубулоинтерстициальный нефрит и др.
3. Постренальные: острая двухсторонняя закупорка мочеточников в результате мочекаменной болезни.

ФОРМЫ ОПН:

- **Гемодинамическая** (преренальная). Возникает вследствие острого нарушения гемодинамики.
- **Паренхиматозная** (ренальная). Причиной становится токсическое или ишемическое поражение почечной паренхимы, реже – острый воспалительный процесс в почках.
- **Обструктивная** (постренальная). Развивается вследствие остро возникшей обструкции мочевыводящих путей.



ФАЗЫ ОПН:

1. Признаки первой, начальной фазы зависят от причины острой почечной недостаточности, но уже здесь снижается количество мочи, выделяемой больным, снижается также кровяное давление, учащается пульс.
2. Во второй фазе (олигурической) количество мочи уменьшается катастрофически, часто прекращается совсем. Состояние больного очень тяжелое. Поражаются практически все системы организма. Характерны глубокие расстройства обмена веществ, прямо угрожающие жизни больного.
3. В третьей фазе (восстановительной, полиурической) количество мочи увеличивается, оно становится даже большим, чем в нормальных условиях, но моча практически ничего не выводит из организма, кроме воды и солей, поэтому в этой фазе сохраняются многие опасности для жизни больного.
4. При благоприятном течении болезни и энергичном лечении выделение нормального количества и качества мочи восстанавливается, функция почек постепенно на протяжении 2-3 месяцев нормализуется.

КЛИНИКА:

В начальном периоде на первый план выступают симптомы того заболевания, которые привели к развитию острой почечной недостаточности. Это симптомы отравления, шока, самого заболевания. Одновременно начинает уменьшаться количество выделяемой мочи (диурез) вначале до 400 мл в сутки (олигоурия), а затем до 50 мл в сутки (анурия). Появляется тошнота, рвота, снижается аппетит. Возникает сонливость, заторможенность сознания, могут появиться судороги, галлюцинации. Кожа становится сухой, бледной с кровоизлияниями, появляются отеки. Дыхание глубокое, частое. Выслушивается тахикардия, нарушение сердечного ритма, повышается артериальное давление. Характерно вздутие живота, жидкий стул.

ЛЕЧЕНИЕ ОПН:

Терапия направлена, прежде всего, на устранение причины, которая вызвала нарушение функции почек. При шоке необходимо восполнить объем циркулирующей крови и нормализовать артериальное давление.

Для стимуляции диуреза больному назначают фуросемид и осмотические диуретики.

Пациента переводят на безбелковую диету, ограничивают поступление калия с пищей.

При расстройствах гемодинамики переливают кровезаменители или компоненты крови, назначают препараты, повышающие артериальное давление и расширяющие сосуды почек.

При развитии тяжелой анемии переливают эритроцитарную массу.

ДИАГНОСТИКА ОПН:

Общий анализ крови: во всех периодах ОПН наблюдается анемия, в олигоанурической стадии возможны лейкоцитоз и лимфопения.

Общий анализ мочи.

Бактериологическое исследование мочи для диагностики острых воспалительных заболеваний почек.

Биохимический анализ крови.

ЭКГ: нарушения ритма и сердечной проводимости.

Рентгенография органов грудной клетки: скопление жидкости в плевральных полостях, отек легких.

УЗИ почек, брюшной полости

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ:

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это синдром необратимого нарушения функции почек, которое наблюдается в течение 3 и более месяцев. Возникает в результате прогрессирующей гибели нефронов, как следствие хронического заболевания почек. Характеризуется нарушением выделительной функции почек, формированию уремии, связанного с накоплением в организме и токсическим действием продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин, мочевая кислота).



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХПН:

1. Хронический гломерулонефрит (поражение клубочкового аппарата почек).

2. Вторичные поражения почек, вызванные:

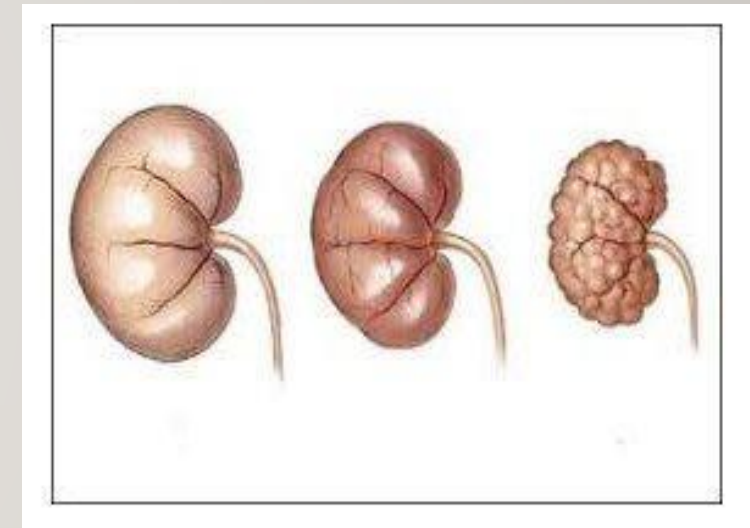
- сахарным диабетом 1 и 2 типа;
- артериальной гипертензией;
- системными заболеваниями соединительной ткани;
- вирусным гепатитом «В» и/или «С»;
- системными васкулитами;
- подагрой;
- малярией.

3. Хронический пиелонефрит.

4. Мочекаменная болезнь, обструкция мочевыводящих путей.

СТАДИИ ХПН:

- 1) Начальная или латентная стадия. Это считается вариантом нормы, но повреждения почек уже имеются, также возникает дисбаланс между ночным и дневным диурезом. Жалоб больные, как правило, в это время не предъявляют, хотя возможно некоторое снижение работоспособности.
- 2) Компенсированная стадия. Работоспособность становится хуже, утомляемость нарастает, во рту возникает ощущение сухости.
- 3) Интермиттирующая стадия. Всегда происходит увеличение объемов выделяемой мочи, ухудшается аппетит, появляется чрезмерная сухость кожных покровов.
- 4) Терминальная стадия. Больные впадают в апатию, сонливы, малоподвижны.



КЛИНИКА ХПН:

Начальная хроническая почечная недостаточность малосимптомна и может быть выявлена только при лабораторном исследовании. Только при потере 80-90% нефронов появляются признаки хронической почечной недостаточности. Ранними клиническими признаками могут быть слабость, утомляемость. Появляется никтурия (учащенное ночное мочеиспускание), полиурия (выделение 2-4 литра мочи в сутки), с возможным обезвоживанием. По мере прогрессирования почечной недостаточности в процесс вовлекаются практически все органы и системы. Слабость нарастает, появляются тошнота, рвота, кожный зуд, мышечные подергивания. Пациенты жалуются на сухость и горечь во рту, отсутствие аппетита, боли и тяжесть в подложечной области, жидкий стул. Беспокоят одышка, боли в области сердца, повышается артериальное давление. Нарушается свертываемость крови, в результате чего появляются носовые и желудочно-кишечные кровотечения, кожные кровоизлияния.

В поздних стадиях возникают приступы сердечной астмы и отека легких, нарушения сознания, вплоть до коматозного состояния. Больные склонны к инфекциям (простудным заболеваниям, пневмониям), которые в свою очередь ускоряют развитие почечной недостаточности. Причиной почечной недостаточности может быть прогрессирующее поражение печени. Имеют значение в прогрессировании хронической почечной недостаточности: пищевые интоксикации, хирургические вмешательства, травмы, беременность.



ЛЕЧЕНИЕ ХПН:

Каждая стадия почечной недостаточности предусматривает выполнение конкретных действий.

1. На I стадии проводят лечение основного заболевания. Купирование обострения воспалительного процесса в почках уменьшает выраженность явлений почечной недостаточности.
2. На II стадии наряду с лечением основного заболевания оценивают быстроту прогрессирования почечной недостаточности и применяют препараты для снижения ее темпов. К ним относят леспенефрил и хофитол - это препараты растительного происхождения, дозу и кратность приема назначает лечащий врач.
3. На III стадии выявляют и лечат возможные осложнения, применяют препараты для замедления темпов прогрессирования почечной недостаточности. Проводят коррекцию артериальной гипертензии, анемии, кальций – фосфатных нарушений, лечение инфекционных и сердечно – сосудистых осложнений.
4. На IV стадии подготавливают пациента к заместительной почечной терапии
5. и на V стадии проводят почечную заместительную терапию.

Физиотерапевтические мероприятия показаны для ускорения вывода азотистых шлаков. Это может быть посещение инфракрасной сауны, принятие лечебных ванн, санаторно-курортное лечение. Корректировать патологический процесс помогают препараты-энтеросорбенты, например, Полифепан. Леспенефрил назначают для нормализации белкового обмена. Избавиться от избытка калия в организме помогают очищающие клизмы, назначение слабительных препаратов. Это позволяет уменьшить концентрацию микроэлемента в кишечнике и ускорить его выведение.

До 4 раз в год больных помещают в стационар с целью выполнения инфузионной терапии. Проводится курсовое введение глюкозы, Реополиглюкина, мочегонных препаратов, анаболических стероидов, натрия гидрокарбоната, витамина В и аскорбиновой кислоты.

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- Биохимический анализ мочи;
- Биохимический анализ крови;
- Проба Реберга;
- Проба Зимницкого.

Кроме того, показано проведение УЗИ почек, УЗДГ сосудов почек.

Ультразвуковое исследование мочевыводящей системы с импульсной доплерометрией (определения почечного кровотока). Проводят для диагностики хронических заболеваний почек, и позволяет оценить тяжесть поражения почек.

2. Пункционная биопсия почек. Исследование ткани почки позволяет поставить точный диагноз, определить вариант течения заболевания, оценить степень поражения почки. На основании этой информации делают вывод о прогнозе течения заболевания и подбора метода лечения.
3. Рентгенологические (обзорные, контрастные) исследование почек проводят на этапе диагностики и только больным с I – II степенью почечной недостаточностью.