

ОСНОВНЫЕ НЕДОСТАТКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДОДИАЛИЗНОМ ПЕРИОДЕ.

Зыков В.А., Каминский М.Ю., Кострюков В.К., Миронова И.А., Димидова Т.В., Петренко Н.А.

МБУЗ «ГБСМП г. Ростов–на-Дону»

Цель исследования: выявление характерных ошибок лечебно-диагностической тактики ведения больных острой почечной недостаточностью в додиализном периоде.

Материал и методы: проанализированы журналы консультаций по санавиации, годовые отчеты и отдельные истории болезни областного центра острого гемодиализа.

Результаты: при анализе исследуемой документации выявлено

- частое неисполнение алгоритма обследования, а именно – исключение субренальной (обструктивной) ОПН. Не везде есть оборудование УЗД (ультразвуковой диагностики), его работа не обеспечивается круглосуточно, описание не соответствует правилам (врачи УЗД выставляют диагнозы, не описывая размеры почек, чашечно-лоханочной системы и паренхимы). При установленной обструкции могут продолжать настаивать на переводе в центр для проведения гемодиализа, хотя в первую очередь необходимо экстренно разрешить обструкцию мочевыводящих путей.
- с нечастой, но регулярностью, поступающие в областной центр острого гемодиализа больные с диагнозом ОПН, сразу попадают на лапаротомию или другие хирургические вмешательства, так как лечащие врачи на местах не исключили хирургическую патологию, которая и привела к развитию почечной недостаточности.
- продолжают консультации при неопределенном центральном венозном давлении (ЦВД), соответственно, проводится лечение без установленного катетера центральной вены. В худшем варианте врачи центра острого гемодиализа вводятся в заблуждение: диктуются данные измерения ЦВД, а больной доставляется с периферическим катетером. Зачастую больных с ОПН продолжают наблюдать и лечить в общих палатах, хотя при выявлении данного синдрома необходимо переводить пациентов в отделения интенсивной терапии и реанимации с постоянным мониторингом основных витальных показателей, тщательным контролем водного баланса и максимальным лабораторным сопровождением.
- устойчиво сохраняется необоснованное ограничение объемов регидратационной терапии, даже при четком анамнезе, выраженной дегидратации. Продолжает изумлять аргумент, приводимый в качестве объяснения отсутствия или низкого объема инфузионной терапии – олигоанурия и одновременное описание выраженного обезвоживания, даже в летнюю жару.
- назначение как нефротоксичных препаратов, так и стандартных дозировок препаратов при повышенном уровне креатинина (антибиотики, НПВС, химиотерапевтические и рентгенконтрастные)

- стимуляция диуреза без или до проведения адекватной инфузии.
- назначение поляризующей смеси больным с ОПН в анурии и с гиперкалиемией.

Заключение: В процессе 25 - летней лечебно-консультативной работы сотрудниками областного центра острого гемодиализа часто выявляются весьма грубые, порою необъяснимые ошибки в обследовании и лечении больных с ОПН в различных лечебных учреждениях как области, так и г. Ростова-на-Дону, не только усложняющие дальнейшее ведение пациентов, но и значительно ухудшающие прогноз.