Министерство здравоохранения РФ

ГОУ СПО Вышневолоцкое медицинское училище

РЕФЕРАТ

На тему: "Острая почечная недостаточность"

По предмету: "С/д при инфекционных заболеваниях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии"

Выполнила:

Большакова Н.С.

Студентка 39А группы

Проверила:

Шустрова В.Г.

г. Вышний Волочек 2010 г.

# Острая почечная недостаточность (ОПН)

Как известно, почки - это парный орган, основная функция которого заключается в образовании и выведении мочи. Наряду с печенью почки играют доминирующую роль в поддержании постоянства внутренней среды организма, поскольку с мочой выводятся все азотистые шлаки, многие токсины, метаболиты разнообразных лекарственных препаратов. Эти процессы происходят в почке на уровне ее структурной единицы - нефрона. Нефрон представляет собой сосудисто-канальцевый комплекс, в котором ежесекундно осуществляются фильтрация и очистка крови с одновременным мочеобра-зованием. Таким образом, необходимыми звеньями в работе почек являются адекватный почечный кровоток, клубочковая фильтрация и ряд канальцевых функций (реабсорбция, секреция и способность к концентрации мочи).

# Причины развития острой почечной недостаточности

К развитию острой почечной недостаточности может привести глубокое нарушение или полное выпадение любого из перечисленных звеньев. Острой почечной недостаточностью называют комплекс симптомов, развившихся в результате быстрого и резкого снижения функции почек и приводящих к расстройству постоянства внутренней среды организма, характеризующийся азотемией (накоплением в крови азотистых шлаков), нарушением водно-электролитного состава кислотно-щелочного состояния.

Причинами, приводящими к развитию острой почечной недостаточности, могут послужить самые различные заболевания или состояния организма. При этом болезни непосредственно почек не являются доминирующей патологией. Как правило, это острые, чаще всего обратимые заболевания - пиелонефрит или гломерулонефрит.

Нарушения почечного кровотока приводят к развитию острой почечной недостаточности в более значительном проценте случаев. Они развиваются при возникновении шока любой этиологии (травматического, септического и пр.), коллапса, значительным уменьшением объема циркулирующей крови в результате кровотечения, вследствие потери жидкости при обильной неукротимой рвоте, поносе, экссудации с поврежденной ожогами поверхности кожи, а также при резком сужении или закупорке почечных капилляров в результате разрушения (гемолиза) эритроцитов и активации внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) при ошибочно перелитой несовместимой иногруппной крови (посттрансфузионых осложнениях), декомпенсированном течении тромбоцитопенической пурпуры, ряде Других состояний.

Не менее часто причиной развития острой почечной недостаточности являются разнообразные острые интоксикации (отравления) промышленными и бытовыми ядами, ядовитыми растениями, укусы ядовитых змей и насекомых, отравления нефротоксичными лекарственными препаратами.

Острая почечная недостаточность может возникать как осложнение при ряде инфекционных заболеваний, а в клинической картине лептоспироза и геморрагической лихорадки с почечным синдромом она выходит на первое место как ведущий клинический симптомокомплекс.

Наконец, острая почечная недостаточность может быть вызвана обструкцией (закупоркой) мочевыводящих путей (например, уратным камнем) и такими редкими состояниями, как травма или оперативное удаление единственной почки.

острая почечная недостаточность заболевание

# Клиническая картина острой почечной недостаточности

В течении ОПН выделяют следующие основные стадии: начальную, олигурии-анурии, стадию восстановления диуреза, полиурии, восстановления почечных функций.

Начальная стадия характеризуется симптомами, вызванными причиной, повлекшей за собой развитие ОПН. Это могут быть симптомы шока любой этиологии (травматический, анафилактический или бактериальный), гемолиза, острой интоксикации нефротоксич-ными ядами. Однако на протяжении первых 24 ч с момента воздействия причинного фактора отмечается снижение мочеотделения менее 500 мл/сут, после чего наступает стадия олигурии - анурии.

Стадия олигурии - анурии характеризуется нарастающими нарушениями электролитного состава плазмы крови и постоянным значительным повышением количества продуктов азотистого обмена. Помимо роста уровней креатинина, мочевины, остаточного азота, калия, магния, происходит снижение уровней натрия, хлора и кальция. В моче отмечается параллельное снижение относительной плотности, что является дополнительным диагностическим критерием острой почечной недостаточности.

С усугублением эндогенной интоксикации азотистыми шлаками ухудшается самочувствие и состояние больного. Нарастает адинамия, возникают упорная тошнота и рвота. В результате роста азотемии и метаболического ацидоза, отеков и электролитных нарушений развиваются сонливость и заторможенность, отек легкого, проявляющийся одышкой, усиливается тахикардия. Границы сердца расширены, тоны его приглушены, отмечается систолический шум на верхушке, в редких случаях - шум трения перикарда.

У ряда пациентов отмечается повышение артериального давления. Достаточно часто встречаются нарушения сердечного ритма, что связано, в первую очередь, с гиперкалиемией. При уровне калия более 6,5 ммоль/л отмечаются соответствующие изменения на ЭКГ: высокий и остроконечный зубец Т, расширенный комплекс QRS, зубец R может быть снижен. Нарушения возбудимости и проводимости миокарда (фибрилляция желудочков, полная атриовентрикулярная блокада) могут закончиться остановкой сердца.

Для картины красной крови во все периоды ОПН характерна анемия, лейкоцитоз возникает на стадии олигурии-анурии. Нередко больные жалуются на боли в животе, возможно увеличение печени. Основные причины летальности при острой почечной недостаточности: развитие уремической комы, нарушения гемодинамики, а также сепсис.

Стадия восстановления диуреза характеризуется постепенным увеличением мочеотделения. О ее наступлении говорит суточное количество мочи свыше 500 мл. Эта стадия быстро сменяется полиури-" ческой, моча при этом сохраняет низкий удельный вес. При полиурии неедко развивается гипокалиемия (уровень калия ниже 3,8 ммоль/л) с характерными изменениями ЭКГ (снижение зубца Т и сегмента ST, волна U) и экстрасистолами.

Стадия выздоровления наступает к моменту нормализации уровня азотистых шлаков в плазме крови. Происходит относительное восстановление постоянства внутренней среды организма, на фоне чего восстанавливаются и функции почек. Однако в ряде случаев полное выздоровление затягивается на несколько лет, иногда не наступает вовсе. В незначительном проценте случаев результатом ОПН становится формирование хронической почечной недостаточности.

# Неотложная помощь при острой почечной недостаточности

Единственной мерой доврачебной помощи при ОПН, вызванной нарушениями почечного кровотока, является введение обезболивающих средств при болевом шоке. Применяют промедол 1% -ный, 1 мл подкожно, омнопон 1% -ный, 2 мл внутривенно медленно. Главной задачей лиц, осуществляющих неотложную помощь больному с подозрением на развитие ОПН, является максимально быстрая и атравматичная доставка в медицинский стационар. Пациент должен находиться в горизонтальном положении, обязательно в тепле, вне сферы воздействия травмирующего фактора.