

Ciągłe techniki nerkozastępcze na OIT. Doświadczenia własne w prowadzeniu CVVH w zespole zmiążdżenia

Continuous renal replacement therapy in Intensive Care Unit. Own experience in performing CVVH in the crush syndrome

Waldemar Machała, Katarzyna Śmiechowicz, Jolanta Baranowska, Damian Obrzut

W ciągu ostatnich lat liczba chorych z ostrą niewydolnością nerek leczonych na OIT uległa znacznemu zwiększeniu. Mimo ogromnego postępu medycyny śmiertelność tej grupy pacjentów pozostaje nadal na wysokim poziomie. Do wiodących czynników odpowiedzialnych za brak efektu nerkozastępczego należą stopień ciężkiego stanu pacjenta, przebyte choroby i hospitalizacje, towarzyszące niewydolności nerek objawy hipowolemii, oligurii i wstrząsu septycznego. Oddział Intensywnej Terapii stał się odpowiedzialny za leczenie niewydolności wielonarządowej, obejmującej również diagnostykę i leczenie ostrej niewydolności nerek. Przebieg choroby zależy głównie od przyczyny oraz współistnienia innych chorób. Ostra niewydolność nerek często towarzyszy innym ciężkim chorobom, jak na przykład zespołowi zmiążdżenia. Rozpoznanie ostrej niewydolności nerek na OIT następuje głównie poprzez stwierdzenie u chorego oligurii, przewodnienia, narastających wartości mocznika i kreatyniny w surowicy krwi. Dzięki postępowi technologii możliwe jest obecnie w warunkach intensywnej terapii wykorzystanie różnych metod leczenia nerkozastępczego, zwłaszcza ciągłego. Zastosowanie tych metod następuje zazwyczaj zbyt późno i poprzedzone jest intensywnym leczeniem farmakologicznym. Wskazania do leczenia nerkozastępczego na OIT nadal nie są ściśle ustalone. Włączenie intensywnej terapii nerkozastępczej jest uzależnione od wyposażenia, organizacji i przyjętych zasad postępowania na poszczególnych oddziałach. Ostra niewydolność nerek jest niezależnym czynnikiem śmiertelności na OIT, zwiększając ją ponad dwukrotnie, mimo prowadzenia leczenia nerkozastępczego.

In recent years the number of patients with acute renal failure treated in the Intensive Care Unit ward has increased considerably. Mortality in this group of patients is consistently at a high level in spite of huge progress in medicine. Leading factors which are responsible for deficiency in renal replacement therapy include the degree of heavy condition in the patient, past illnesses and hospitalizations, hypovolemia symptoms, oliguria and septic shock accompanying acute renal failure. The Intensive Care Unit has become responsible for treatment of multiple organ failure including also diagnostics and treatment of acute renal failure. The course of illness depends mainly on the cause and coexistence of other illnesses. Acute renal failure often accompanies various heavy illnesses, for example the crush syndrome. Acute renal failure in the intensive care is mainly diagnosed by the presence of oliguria, overhydration and increased urea and creatinine levels in the blood serum. Due to progress in technology, it has become possible to use various renal replacement methods, in particular continuous one, in the conditions of ICU. These methods are usually applied too late and they are preceded by intense pharmacological treatment. Indications for renal replacement therapy are still not established in Intensive Care.

The application of renal replacement therapy depends on available equipment, organization and adopted rules of conduct on individual units. Acute renal failure is an independent mortality factor in Intensive Care which increases the death rate more than twice, in spite of implementing renal replacement therapy.