

**ERBP: Клинические рекомендации по острому повреждению почек (ОПП).
Часть 2. Почечно-заместительная терапия**

A European Renal Best Practice (ERBP) position statement on the Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Clinical Practice Guidelines on Acute Kidney Injury. Part 2. Renal replacement therapy

Achim Jörres, Stefan John, Andrew Lewington, Pieter M. ter Wee, Raymond Vanholder, Wim Van Biesen, James Tattersall, The ad-hoc working group of ERBP Nephrol. Dial. Transplant. — 2013. doi: 10.1093/ndt/gft297. First published online: October 11, 2013

Сроки начала почечной заместительной терапии (ПЗТ) при ОПП

Начинайте ПЗТ в случае возникновения угрожающих жизни изменений водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия, которые не могут быть устранены консервативным лечением (не оценивается).

Всесторонне оценивайте клиническую картину, наличие состояний, которые могут быть модифицированы ПЗТ, динамику лабораторных тестов, а не только азот мочевины крови и уровень креатинина, при принятии решения о начале ПЗТ (не оцениваются).

Сосудистый доступ для почечной заместительной терапии при ОПП

Мы предлагаем начинать ПЗТ у пациентов с ОПП через безманжетный нетуннельный диализный, а не туннельный катетер (2D).

Мы предлагаем использовать (в нисходящем порядке предпочтения) правую яремную вену, бедренную вену, левую яремную вену или подключичную вену для постановки диализного катетера у пациентов с ОПП (не оценивается).

Мы предлагаем проводить постановку диализного катетера под ультразвуковым контролем (2A).

Мы рекомендуем проводить рентгенографию грудной клетки сразу после постановки диализного катетера во внутреннюю яремную или подключичную вену и перед первым его использованием (не оценено).

Мы предлагаем не применять местные антибиотики в месте входа катетера при использовании нетуннельного катетера у пациентов БИТ с ОПП, требующих ПЗТ (2C).

Мы предлагаем не использовать антибиотиковые «замки» для предотвращения катетер-ассоциированных инфекций при применении нетуннельных диализных катетеров при ОПП, требующей ПЗТ (2C).

Диализные мембраны для почечной заместительной терапии при ОПП

Мы рекомендуем использовать диализаторы с биосовместимыми мембранами для интермиттирующего гемодиализа (ИГД) и НПЗТ у пациентов с ОПП (1C).

Timing of renal replacement therapy in AKI

Initiate RRT when life-threatening changes in fluid, electrolyte and acid-base balance exist that cannot be managed by conservative treatment (not graded).

Consider the broader clinical context, the presence of conditions that can be modified with RRT, and trends of laboratory tests — rather than single blood urea nitrogen (BUN) and creatinine thresholds alone — when making the decision to start RRT (not graded).

Vascular access for renal replacement therapy in AKI

We suggest initiating RRT in patients with AKI via an uncuffed non-tunnelled dialysis catheter, rather than a tunnelled catheter (2D).

We suggest to use (in a descending order of preference) the right jugular vein, the femoral vein, the left jugular vein or the subclavian vein for insertion of a dialysis catheter in patients with AKI (not graded).

We suggest using ultrasound guidance for dialysis catheter insertion (2A).

We recommend obtaining a chest radiograph promptly after placement and before first use of an internal jugular or subclavian dialysis catheter (ungraded statement).

We suggest not using topical antibiotics over the skin insertion site of a non-tunnelled dialysis catheter in ICU patients with AKI requiring RRT (2C).

We suggest not using antibiotic locks for prevention of catheter-related infections of non-tunnelled dialysis catheters in AKI requiring RRT (2C).

Dialyzer membranes for renal replacement therapy in AKI

We recommend to use dialysers with a bio-compatible membrane for intermittent hemodialysis (IHD) and CRRT in patients with AKI (1C).

Modality of renal replacement therapy for patients with AKI

We recommend to use continuous and intermittent RRT as complementary therapies in AKI patients (1A). We suggest to use the RRT modality which is most ad-

Виды почечной заместительной терапии для пациентов с ОПП

Мы рекомендуем использовать непрерывную и интермиттирующую ПЗТ как дополнительную терапию у пациентов с ОПП (1A). Мы предлагаем использовать такой вид ПЗТ, который имеет наибольшие преимущества для каждого отдельного пациента в каждой конкретной клинической ситуации (не оценено).

Мы предлагаем использовать НПЗТ или продленный низкоэффективный диализ вместо высокоэффективного стандартного интермиттирующего диализа у гемодинамически нестабильных пациентов (не оценено).

В этой группе пациентов мы рекомендуем обратить особое внимание на процедуру подключения с тем, чтобы начать с низких потоков крови и диализата, также рассмотрев возможность использования диализата более низкой температуры (не оценено).

Мы предлагаем использовать скорее НПЗТ, продленный низкоэффективный диализ или перитонеальный диализ, нежели непрерывистую ПЗТ у пациентов с ОПП и острым повреждением головного мозга или другими причинами увеличенного внутричерепного давления, а также генерализованного отека мозга (2D).

Доза почечно-заместительной терапии при ОПП

Мы не рекомендуем использовать Kt/V в качестве оценки диализной дозы при ОПП при проведении интермиттирующего или продленного диализа (1A).

Дозу необходимой НЗПТ следует определять перед началом каждой сессии НЗПТ как скорость фильтрации в мл/кг/ч, объем удаленной жидкости или их комбинации (не оценено). Мы предлагаем регулярно оценивать фактически выполненную дозу (1B).

Мы рекомендуем определить поток как 20–25 мл/кг/ч для постдилюции при НЗПТ при ОПП (1A). Эта доза увеличивается в случае использования предилюции.

Мы рекомендуем адаптировать назначение лекарств к дозе и режиму интенсивности диализа с учетом фармакокинетики и диализного клиренса препарата.

vantageous for each individual patient in each specific clinical situation (ungraded statement).

We suggest using CRRT or extended low-efficient dialysis rather than high-efficient standard intermittent RRT, for haemodynamically unstable patients (ungraded statement).

In this patient group, we recommend to pay special attention to the connection procedure, to start with low blood and dialysate flows, and to consider using cooler dialysate temperatures (ungraded statement).

We suggest using CRRT, extended low-efficient dialysis or peritoneal dialysis, rather than intermittent RRT, for AKI patients with acute brain injury or other causes of increased intracranial pressure or generalized brain oedema (2D).

Dose of renal replacement therapy in AKI

We do not recommend using Kt/V as a measure of dose of dialysis in AKI when using intermittent or extended RRT in AKI (1A).

The dose of CRRT to be delivered should be prescribed before starting each session of CRRT as mL/kg/h filtration rate, dialysis volume or a combination thereof (not graded). We suggest regular assessment of the actually delivered dose (1B).

We recommend delivering an effluent volume of 20–25 mL/kg/h for post-dilution CRRT in AKI (1A). This dose should be increased when pre-dilution is applied.

We recommend to adapt the administration of medication in terms of dosing and timing, to the intensity of dialysis, taking into account pharmacokinetics and dialytic clearance of the drug.

Перевод: проф. Д. Иванов, И.Л. Кучма, к.м.н. М.Д. Иванова
Часть 1 Руководства по ОПП была опубликована в 2012 году, ее перевод представлен в журнале «Почки», 2012, № 2 (архив номеров на сайте www.nephrology.kiev.ua) ■