

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
РОССИЙСКОЕ ДИАЛИЗНОЕ ОБЩЕСТВО
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО НЕФРОЛОГОВ РОССИИ
ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №52» ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ФНЦ ТРАНСПЛАНТАЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ им. В.И. ШУМАКОВА
ГБУЗ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ
им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
ГБОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. А.И.ЕВДОКИМОВА»
КАФЕДРА НЕФРОЛОГИИ ФПДО
ГБОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. И.М.СЕЧЕНОВА»
при поддержке Международного общества нефрологов



ТРЕТЬЯ ГОРОДСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**«ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ
ПОВРЕЖДЕНИЕ В ПРАКТИКЕ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
И НЕФРОЛОГИИ»**

Посвящается Всемирному дню почки

ПРИГЛАШЕНИЕ И ПРОГРАММА

Москва
15 марта 2013 г.

Всемирный день почки–2013

14 марта 2013 года будет отмечаться 8-й Всемирный день почки (ВДП). ВДП – ежегодное мероприятие, организуемое совместно с международным обществом нефрологов и Международной федерацией почечных фондов. В этом году мы поставили своей целью предупредить общественность о глобальном росте заболеваемости острым почечным повреждением (ОПП) как в развивающихся, так и в развитых странах. ОПП представляет собой синдром внезапной потери почечной функции, часто протекающий с олигурией и ассоциированный с повышением как ранней, так и отдаленной заболеваемости и смертности пациентов и с последующим развитием хронической болезни почек (ХБП).

Выработка глобальной стратегии, которая позволила бы уменьшить все возрастающую тяжесть ОПП и его последствий, является жизненно важной. Мы пропагандируем необходимость сосредоточить усилия на предотвращении, а также на раннем выявлении и лечении ОПП и адекватном ведении пациентов, необходимом для снижения смертности и числа отдаленных тяжелых последствий в виде ХБП, индуцированной ОПП.

Эпидемиология ОПП в мире

Клинические Практические рекомендации KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcome – Инициатива по улучшению глобальных исходов заболеваний почек) определяют ОПП как повышение сывороточного креатинина более чем на 0,3 мг/дл (26,5 мкмоль/л) в течение 48 часов, либо как повышение сывороточного креатинина более чем в 1,5 раза от исходного уровня, если изве-

стно (или предполагается), что это произошло в течение предшествующих 7 дней; либо как снижение объема мочи до менее чем 0,5 мл/кг/час в течение 6 часов. Эпидемиологические исследования, проведенные в Шотландии, показали, что заболеваемость ОПП – 2,147 случая на миллион населения, а по данным исследования в Северной Калифорнии заболеваемость не требующим диализа и требующим диализа ОПП составила соответственно 3841 и 244 на миллион населения. При этом заболеваемость росла с течением времени и была значительно выше у мужчин и среди пожилых пациентов. К сожалению, до настоящего времени отсутствуют исследования, позволяющие в полной мере оценить заболеваемость ОПП в развивающихся странах.

Последние исследования, касающиеся госпитального ОПП в развитых странах, показывают, что оно развивается у 3,2–9,6% госпитализированных больных, причем госпитальная смертность составляет 20%, а смертность в отделениях интенсивной терапии достигает 50%. Отмечается также повышение отдаленной смертности среди пациентов с ОПП, выписанных из стационара, скорректированный риск смерти составляет 1,4 и он растет соответственно тяжести ОПП. Острое почечное повреждение, требующее заместительной почечной терапии, развивается у 5–6% пациентов в отделениях интенсивной терапии, при этом госпитальная смертность возрастает до 60%. Расчеты позволили установить, что примерно 2 миллиона человек ежегодно умирают от ОПП. У выживших больных впоследствии имеется высокий риск развития ХБП.

ОПП в развивающихся странах

Восемьдесят шесть процентов населения земного шара проживает в странах с низким и средним уровнем дохода, где имеется множество противоречий и различий в качестве оказания медицинской помощи. В одной и той же стране и даже в одном и том же городе современные специализированные клиники сосуществуют с неадекватной первичной медицинской помощью и слабо развитой инфраструктурой системы здравоохранения. В таких странах ОПП имеет своеобразный бимодальный характер. В крупных городах особенности ОПП весьма напоминают таковые в развитых странах – это преимущественно госпитальная патология, развивающаяся в основном у пожилых пациентов с полиорганной недостаточностью и отягощенным коморбидным фоном, находящихся в критическом состоянии. Основная причина ОПП в этой популяции – это ишемия почек в основном вследствие сепсиса, нередко в сочетании с применением нефротоксичных лекарственных препаратов.

В то же время в сельской местности и маленьких отдаленных городах ОПП обычно внегоспитальное, развивается у молодых и ранее здоровых индивидов. В этой популяции к специфическим причинам ОПП относятся кишечные заболевания с диареей и дегидратацией, инфекционные заболевания (малярия, лихорадка Денге, желтая лихорадка, лептоспироз, столбняк, ВИЧ), воздействие ядов животного происхождения (укусы змей, пчел, ядовитых пауков и других насекомых), септические аборт и применение красителей и трав. Большая часть этих факторов, приводящих к развитию ОПП, связана с низким уровнем жизни и оказывает воздействие на наиболее уязвимую часть популяции. Среди причин – плохое санитарное состояние и несоблюдение гигиенических норм (диарея), низкий образовательный уровень населения и отсутствие доступа

к коммунальной инфраструктуре и здравоохранению (септические аборты, укусы змей, столбняк, применение народных средств), нарушение экологического баланса вследствие неконтролируемой и неуправляемой урбанизации (лептоспироз, желтая лихорадка, укусы ядовитых насекомых). В развивающихся странах в одном и том же отделении интенсивной терапии на соседних койках могут находиться типичный пациент с ОПП, вызванным бактериальным сепсисом, и пациент с ОПП вследствие лихорадки Денге или столбняка.

Рост таких причин ОПП может наблюдаться и в развитых странах вследствие иммиграции, расширения географии деловых поездок и туризма, а также в результате глобального потепления.

ОПП в развитых странах

Вследствие доступности стандартизованных критериев диагностики и выделения стадий распространенность ОПП в развитых странах выросла в течение последних 10 лет. ОПП в настоящее время встречается у 45% пациентов, госпитализированных в отделения интенсивной терапии, и у 20% всех госпитализированных пациентов. Такой рост заболеваемости, по всей видимости, отражает старение популяции, отягощенной значительным коморбидным фоном и нередко полипрагмазией. ОПП представляет собой многофакторную патологию. Этиологические факторы включают преренальное повреждение, обусловленное сниженной перфузией почек, и зачастую спровоцированное ятрогенными воздействиями, например гипотензией в период обезболивания и оперативного вмешательства или тяжелой диареей вследствие псевдомембранозного колита, вызванного агрессивной антибактериальной терапией. Лекарственное почечное повреждение является главным фактором при-

мерно в 20% случаев ОПП, госпитальные инфекции, сепсис, хирургические и диагностические процедуры с внутривенным введением контрастных веществ также остаются значимыми факторами риска развития ОПП. Пациенты в отделениях интенсивной терапии умирают от ОПП, и не просто от ОПП. Экспериментальные и небольшие наблюдательные исследования показали, что ОПП негативно влияет на иммунитет и ассоциировано с повышением риска развития инфекционных осложнений. У пациентов с ОПП часто наблюдается порочный круг – иммунная дисфункция, сепсис и полиорганная недостаточность. Действительно, тяжелый сепсис в настоящее время является основной причиной ОПП в Соединенных Штатах Америки. Ответ организма на сепсис включает воспалительную реакцию, которая, в свою очередь, запускает активацию врожденной иммунной системы. При персистенции этой цепочки иммунный ответ приводит к высвобождению провоспалительных факторов, часто вызывающих органную дисфункцию, в том числе почечную недостаточность.

Ключевой проблемой в развитых странах является то обстоятельство, что больные часто лечатся в нескольких медицинских учреждениях, нередко относящихся к различным системам здравоохранения, слабо взаимодействующих между собой, так что медицинская информация, имеющаяся в одной системе, оказывается недоступна сотрудникам другой. В результате нередко происходит передозировка нефротоксичных препаратов. Например, стоматолог может назначить высокие дозы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) с целью обезболивания после стоматологических вмешательств, не зная о том, что у пациента имеется ХБП и это может привести к наслоению ОПП на предсуществующую ХБП. Поскольку заболевания почек часто протекают бессимптомно (до тех пор, пока в тяжелых случаях не

происходит снижения диуреза или не развиваются серьезные осложнения), они часто остаются нераспознанными. Недавно проведенный в клиниках Великобритании национальный аудит медицинской помощи, оказанной пациентам, умершим с диагностированным ОПП, выявил множество нарушений. ОПП часто диагностируется с запозданием, его тяжесть недооценивается, диагностика и терапевтические вмешательства нередко оказываются не в полном объеме или отсрочены. Этот аудит показал назревшую необходимость улучшить информированность в отношении ОПП и продемонстрировал медицинскому сообществу Великобритании необходимость принятия специальных мер для как можно более раннего распознавания, своевременной постановки диагноза и адекватного ведения пациентов с ОПП.

ОПП у детей

Эпидемиология педиатрического ОПП в последние десятилетия изменилась – на смену собственно заболеваниям почек, таким как гемолитико-уремический синдром и гломерулонефрит, пришли ишемия, нефротоксические воздействия и сепсис у детей, находящихся в критических состояниях. Расчеты заболеваемости ОПП у детей значительно различаются в зависимости от используемых дефиниций и характера оцениваемой популяции, но в любом случае частота ОПП возрастает. Модифицированные для нужд педиатрии критерии RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss, and End-Stage Kidney – Риск, повреждение, недостаточность, потеря функции и терминальная ХПН) были разработаны и валидированы в 2007 году. Основное отличие от оригинального определения RIFLE состоит в использовании вместо сывороточного креатинина расчетного клиренса креатинина (по формуле Шварцца), что связано со

значительными различиями в массе тела у детей. Было показано, что развитие ОПП является независимым фактором риска смерти у детей любого возраста – от новорожденных до подростков. Недавно разработанная концепция «почечной ангины» была предложена в качестве инструмента для ранней идентификации почечного повреждения и принятия ранних превентивных мер у детей, находящихся в группе риска развития ОПП. Одним из наиболее значимых маркеров «почечной ангины» и риска дальнейшего развития ОПП у детей является перегрузка жидкостью. Как и у взрослых, ОПП влечет за собой значительный риск последующего развития ХБП у выживших детей.

Другие последствия ОПП

Помимо высокой смертности ОПП влечет за собой и другие серьезные последствия. Пациенты с ОПП нуждаются в дорогостоящем лечении и более длительной госпитализации отчасти за счет воздействия ОПП на функцию других органов. Так пациентов с ОПП труднее отлучать от ИВЛ. Они более склонны к перегрузке жидкостью, что ведет к повышению смертности и ухудшает восстановление почечной функции. После выписки из стационара пациенты с ОПП восстанавливаются очень медленно и часто нуждаются в специализированном уходе, почечная функция у них может полностью не нормализоваться. В исследовании 4000 пациентов с диабетом II типа, проведенном в системе медицинского обслуживания ветеранов в США, отмечено, что примерно половина больных нуждались в одной и более госпитализациях, из них 29% перенесли по меньшей мере один эпизод ОПП. В настоящее время показано, что ХБП является одним из важнейших неинфекционных заболеваний, и данные того же исследования у диабетиков II типа

говорят о том, что ОПП является независимым фактором риска развития 4-й стадии ХБП (коэффициент риска 3,56) и каждый эпизод ОПП удваивает этот риск. Имеются и другие доказательства, что ОПП оказывает влияние на развитие ХБП и может приводить к необходимости диализного лечения. Все эти данные демонстрируют большую значимость каждого эпизода ОПП и подчеркивают настоятельную необходимость эффективного решения этой проблемы.

Можно ли предотвратить и лечить ОПП?

Основное положение и главный лозунг ВДП с 2006 года: «Заболевания почек широко распространены, опасны и подлежат лечению. Также как и ХБП, ОПП широко распространено, опасно и подлежит лечению. Кроме того, ОПП можно предупредить».

Гетерогенный состав пациентов и широкий спектр ситуаций, в которых встречается ОПП, делают задачу стандартизации подходов к оценке и ведению пациентов с этим синдромом очень сложной. Последние рекомендации KDIGO по ведению ОПП содержат полезную информацию, помогающую клиницистам, однако успешное использование этих рекомендаций и их применение у отдельных пациентов требует значительных усилий и времени.

Предупреждение ОПП начинается на догоспитальном этапе со своевременной оценки пациентов, находящихся в зоне риска, например с принятия неотложных мер сразу после выявления степени тяжести дегидратации при острой диарее. Постоянная лекарственная терапия может также представлять определенный риск, и множество пожилых людей, принимающих НПВП или блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, должны быть ознакомлены с необходимостью времен-

но отменить эти препараты при интеркуррентных заболеваниях, то есть взять так называемый лекарственный отпуск.

В развитых странах все более широкое распространение «электронной» истории болезни дает дополнительные возможности для обеспечения преемственности внегоспитальной и госпитальной медицинской помощи. Ряд исследований в настоящее время показали, что активное мониторирование изменений уровня креатинина позволяет регулировать дозировки лекарственных препаратов, что ведет к снижению частоты лекарственного почечного повреждения. Система «детектор ОПП», встроенная в электронную историю болезни для предупреждения врачей об изменениях почечной функции позволила повысить количество своевременно предпринятых терапевтических мер. Развивающаяся область специфических биомаркеров почечного повреждения даст дополнительные возможности для улучшения состояния медицинской помощи этим больным. Некоторые исследования показали возможность использования различных биомаркеров (каждого по отдельности или сразу нескольких) для улучшения ранней и дифференциальной диагностики ОПП. Однако до настоящего времени вмешательства, основанные на показателях биомаркеров, не продемонстрировали убедительных преимуществ и пока только сывороточный креатинин и объем мочи остаются основными клиническими опорными точками для диагностики ОПП. Достижения в области медицинской информатики, развития и интерпретации биомаркеров и терапевтических вмешательств, которыми мы располагаем, необходимо использовать для повышения информированности практикующих врачей в отношении ОПП с тем, чтобы они могли оказывать своевременную помощь больным.

В госпитальной практике меры по предотвращению ОПП должны быть продолжены. К ним относятся обеспечение контроля адекватной гемодинамики, уровня гидратации, гематокрита, оксигенации и отказ от нефротоксичных препаратов, а также другие превентивные меры, которые должны приниматься в соответствии с конкретными заболеваниями и состояниями, вызвавшими ОПП. В развивающихся странах информированность о специфических инфекциях и ядовитых животных и насекомых в конкретных регионах позволит проводить соответствующие защитные мероприятия, вакцинацию, фармакологическую профилактику и раннее применение противоядий, что является важной превентивной мерой при укусах змей и пауков и ОПП, вызванном ядами животного происхождения, и позволит снизить заболеваемость и смертность. Неотложная диагностика, своевременный гемодиализ и адекватная поддерживающая терапия будут способствовать улучшению исходов при ОПП, ассоциированном с тропическими инфекциями, такими как лептоспироз и малярия. Как и во всех других случаях, ранняя диагностика является ключевым моментом для минимизации негативных последствий.

Ни для кого не секрет, что предупреждение ОПП позволяет избежать многих тяжелых последствий и даже смертельного исхода (см. таблицу). Поэтому необходимо повышать информированность правительственных и общественных организаций, врачей общей практики, семейных врачей и других работников здравоохранения об истинной заболеваемости и клинической роли ОПП. Большая часть этиологических факторов развития ОПП могут быть предупреждены вмешательствами на уровне индивидуальной, поликлинической и госпитальной медицинской помощи. Эффективные меры включают широкомасштабные усилия по повышению информированности о пагубных последствиях этой патологии

Стратегия предупреждения ОПП

<p>Правительство</p>	<p>Выделение фондов для поддержки исследований заболеваемости, исходов и смертности при ОПП</p> <p>Выделение фондов для поддержки регистров ОПП</p> <p>Выявление и устранение естественных причин развития ОПП: санация воды, борьба с наводнениями, ядовитыми животными</p> <p>Выявление ОПП при инфекционных заболеваниях: малярии, лихорадке Денге, лептоспирозе, ВИЧ, постинфекционном гемолитико-уремическом синдроме</p> <p>Улучшение акушерской помощи</p> <p>Сотрудничество с организациями здравоохранения с целью информирования населения в области предотвращения ОПП</p>
<p>Общественность</p>	<p>Информирование о потенциальных проблемах, связанных с ОПП, во избежание неконтролируемого, беспорядочного и длительного использования нефротоксичных препаратов и природных веществ</p>
<p>Врачи общей практики и терапевты</p>	<p>Информирование пациентов о риске ОПП и о ситуациях, могущих его вызвать, о преренальных причинах ОПП и необходимости ранней и адекватной регидратации и нормализации гемодинамики у пациентов с гиповолемией, о природных и промышленных нефротоксинах, нефротоксичных препаратах, травах и средствах народной медицины</p>

	<p>Осмотрительное использование нефротоксичных препаратов и информирование о возможных лекарственных взаимодействиях</p> <p>Раннее распознавание ОПП и направление к нефрологу</p>
Нефрологи	<p>Разработка и внедрение общепринятых диагностических критериев и определений ОПП для предотвращения, лечения и проведения исследований</p> <p>Поиск новых диагностических инструментов, включая недорогие технологии и биомаркеры для диагностики и мониторинга ОПП</p> <p>Адаптирование заместительной почечной терапии с учетом региональных нужд, технической оснащенности и ресурсов</p>

и обеспечении рекомендаций по ее предотвращению, раннему распознаванию и лечению. Усилия должны быть сосредоточены на минимизации причин, вызывающих ОПП, повышении информированности о необходимости регулярных определений сывороточного креатинина у пациентов высокого риска и контроле объема мочи для обеспечения ранней диагностики. Следует разработать протоколы систематического ведения больных с преренальными нарушениями и специфическими инфекциями.

Заместительная почечная терапия при ОПП

Для пациентов с ОПП, нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), рекомендации KDIGO предлагают обеспечивать объем эффлюэнта 20–25 мл/кг/час для постоянной заместительной почечной терапии (ПЗПТ) или обеспечивать Kt/V 3,9 в неделю при использовании интермиттирующей ЗПТ. Такие режимы требуют тщательного мониторинга, поскольку часто обеспеченная доза диализа оказывается меньше назначенной. Перитонеальный диализ (ПД) также может применяться при ОПП, особенно в развивающихся странах, поскольку представляет собой простой в использовании, эффективный, безопасный и относительно недорогой метод ЗПТ. Техническая простота ПД и потенциальная дешевизна в тех случаях, когда возможно использование метода на местах, предоставляет возможность внедрить эффективные в ценовом отношении программы лечения ОПП, как это показала недавно введенная ПД программа для лечения ОПП в одной из беднейших стран Африки.

Выводы

Проведение Всемирного дня почки – 2013 во многих странах по всему земному шару дает возможность распространить сведения о том, что острое почечное повреждение в действительности является распространенным, опасным состоянием, которое можно предотвратить и лечить, и что защита почек от этого смертельного синдрома является важнейшей стратегией здравоохранения как для пациентов, так и для всего общества. Эффективное использование этой стратегии возможно в том случае, если и общественность, и нефрологическое сообщество будут работать вместе и убедят руководителей органов здравоохранения в насущной необходимости

решения этой проблемы. Правительства и руководители здравоохранения должны обеспечить необходимыми ресурсами для решения этой проблемы как в развитых, так и в развивающихся странах.

Филип Кам Тао Ли, Эммануэль А. Бардманн, Равиндра Л. Мета

(Philip Kam Tao Li, Emmanuel A. Burdmann, Ravindra L. Mehta)

Перевод с английского Е.В. Захаровой

От координационного совета Российского диализного общества

На протяжении последних десятилетий непрерывно возрастает роль поражений почек в общей структуре заболеваемости и смертности населения. По данным ВОЗ, в развивающихся странах болезни почек занимают 14-е место как причина смерти и 17-е – как причина утраты трудоспособности, а в развитых странах, где уремия уже давно не является непосредственной причиной смерти, неуклонно растет число больных, чья жизнь обеспечивается весьма дорогостоящей заместительной почечной терапией.

В 2013 году Всемирный день почки посвящен проблеме острого почечного повреждения (ОПП) как особой проблеме здравоохранения. ОПП занимает особое место среди разнообразных поражений почек, ибо, с одной стороны, осложняет течение многих патологических состояний и, как правило, играет решающую роль в их исходах, а с другой стороны, при правильной терапии может закончиться полным выздоровлением.

Будучи весьма разнообразным по своей природе, ОПП может развиваться как внебольничная патология, обусловленная не только природными катаклизмами или техногенными катастрофами, но и воздействием ряда ле-

карственных препаратов, а также осложнять течение некоторых серьезных современных оперативных вмешательств, чаще всего в кардиохирургии и при трансплантации солидных органов, но также и в любой другой области.

И особое значение при этом имеет тот факт, что тяжелое ОПП, закончившееся рубцеванием части почечной паренхимы, может послужить началом хронической болезни почек с последующим исходом в терминальную ХПН, и только знание этиологии, механизмов развития ОПП и применение своевременной и адекватной терапии могут предупредить этот исход. В терапевтической клинике ОПП, в том числе внебольничного происхождения, имеет чаще всего ятрогенную природу и простое устранение этиологического фактора может привести в большинстве случаев, к полному восстановлению функции почек, и поэтому основной подход к профилактике такого ОПП состоит в рациональной фармакотерапии.

В то же время ОПП, возникающее у больных в критическом состоянии, основную массу которых составляют больные с сепсисом и/или перенесшие тяжелые хирургические операции, осложнившиеся развитием ишемического тубулонекроза, развивается, как правило, в составе полиорганной дисфункции, резко осложняя при этом состояние и прогноз каждого конкретного больного. В Москве, по нашим предварительным данным, эта категория больных составляет около 5% от общего числа проходящих лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Важнейшую роль в их успешном лечении играют современные дорогостоящие методы экстракорпоральной коррекции, основанные на диализных технологиях и являющиеся повсеместно неотъемлемым компонентом современного оснащения отделений интенсивной терапии. Будучи мегаполисом XXI века, Москва достаточно оснащена необходимым для этого оборудо-

дованием (79 аппаратов функционируют в 40 крупных больницах города). Применение аппаратов для постоянной низкопоточной заместительной почечной терапии, позволяющих проводить различные процедуры острого диализа (гемофльтрации, гемодильтрации, альбуминового диализа и пр.), привело к заметному повышению эффективности интенсивной терапии ОПП. В то же время и сегодня сохраняется настоятельная необходимость в дальнейшем развитии и наращивании объемов этого вида специализированной помощи. Данная конференция – важный шаг на этом пути.

*Главный специалист
по нефрологии
Департамента
здравоохранения г. Москвы,
зав. кафедрой нефрологии
ФГДО МГМСУ, проф.*

Н.А. Томилина

Программа
Третьей городской научно-практической конференции
«Острое почечное повреждение в практике интенсивной
терапии и нефрологии», посвященной Всемирному дню почки

9.00–10.00 **Регистрация**

10.00–10.40 **Открытие**

Вступительное слово: *Острое почечное повреждение как актуальная проблема здравоохранения*

Главный специалист по нефрологии ДЗ
г. Москвы проф. *Н.А. Томилина*

Приветствия:

Заместитель руководителя Департамента
здравоохранения г. Москвы *А.И. Хрипун*

Председатель Российского диализного
общества *А.М. Андрусев*

Главный специалист по нефрологии
Министерства здравоохранения РФ проф.
Е.М. Шилов

Главный специалист по анестезиологии
и реаниматологии ДЗ г. Москвы проф.
Е.А. Евдокимов

Главный специалист по детской нефрологии
ДЗ г. Москвы проф. *И.М. Османов*

10.40.–13.35

Утреннее заседание

**Острое почечное повреждение у больных
в критическом состоянии**

Председатели:

академик РАМН, проф. Б.Р. Гельфанд,
проф. Е.А.Евдокимов

10.40–11.00

Острое почечное повреждение в интенсивной
терапии *С.И. Рей, И.В. Александрова*

11:00–11:05

Вопросы и ответы

11:05–11.30

Сепсис-ассоциированное острое почечное
повреждение. Значение этиопатогенетической
экстракорпоральной терапии

М.Б. Ярустовский

11:30–11:35

Вопросы и ответы

11.35–11.55

Современные методы экстракорпоральной
гемокоррекции при хирургическом сепсисе

А.М. Фомин

- 11:55–12:00 Вопросы и ответы
- 12:00–12:20 **ПЕРЕРЫВ**
- 12:20–12:40 Гепаторенальный синдром
И.В. Александрова, В.В. Киселев
- 12:40–12:45 Вопросы и ответы
- 12:45–13:05 Острая почечная недостаточность после трансплантации печени
С.В. Журавель, Н.К. Кузнецова
- 13:05–13:10 Вопросы и ответы
- 13:10–13:30 Факторы риска развития ОПН при миоренальном синдроме
Л.В. Марченкова
- 13:30–13:35 Вопросы и ответы
- 13:35–14:35 **ПЕРЕРЫВ**
- 14:35–18:30 **Вечернее заседание**
Острое почечное повреждение в клинической нефрологии
Председатели: *проф. Н. А. Томилина,*
проф. И. М. Османов
- 14:35–14:50 Острое почечное повреждение в отделении интенсивной нефрологии (частота, причины, исходы лечения)
О.Л. Подкорытова
- 14:50–14:55 Вопросы и ответы
- 14:55–16:50 Гемолитико-уремический синдром и другие тромботические микроангиопатии: современный взгляд на механизмы и лечение
P. Ruggenenti (Италия)
- 16:50–16:55 Вопросы и ответы
- 16:55–17:15 Острое почечное повреждение в детском возрасте
Д.В. Зверев
- 17:15–17:20 Вопросы и ответы
- Клинические демонстрации**
- 17:20–17:50 Случаи успешного лечения острого почечного повреждения в детском возрасте
Т.Е. Панкратенко
- 17:50–18:30 Острое почечное повреждение в пожилом возрасте
Л.С. Бирюкова, Е.С. Столяревич, Н.А. Томилина
- 18.30 **Заккрытие конференции**

ГОРОДСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«Острое почечное повреждение в практике
интенсивной терапии и нефрологии»

МОСКВА, РОССИЯ
14 марта 2013

Анкета участника

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Место работы _____

Рабочий адрес _____

Контакты: телефон _____

E-mail _____



ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК