

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО НОЗОЛОГИИ
ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ**

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИИ

Наименование национального стандарта (код), специалисты вовлекаемые для диагностики и лечения по нозологии

Кодирование по МКБ 10/11	Наименование нозологии:	Специалисты, занимающиеся амбулаторной диагностикой по данной нозологии		Специалисты, занимающиеся диагностикой и лечением данной нозологии в условиях стационара	
		Основной специалист	Дополнительные специалисты	Основной специалист	Дополнительные специалисты
N17/GB50 N17.0/GB50.0 N17.1/GB50.1 N17.2/GB50.2 N17.8/GB50.3 N17.9/GB50.Z	- острая почечная недостаточность - острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом - острая почечная недостаточность с кортикальным некрозом - острая почечная недостаточность с медулярным некрозом - другая острая почечная недостаточность - острая почечная недостаточность неуточненная	Педиатр	Врачи общей практики Детские хирурги Детские инфекционисты	Детские анестезиологии и реаниматологи	1. Врачи экстренной службы, 2. Педиатры 3. Кардиологи 4. Врачи функциональной диагностики.

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ ОСТРАЯ
ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ**

Диагностические мероприятия	Наименование медицинских услуг	Виды и степень медицинской помощи					Минимальное количество Медицинских услуг и обследований	Курс лечения
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Основной специалист (врач) консультация	Жалобы и сбор анамнеза	+	+	+	+	+	3-4	
	Объективный осмотр	+	+	+	+	+	Каждый день до выписки пациента	Каждый день до выписки пациента
	Физикальные и клинические обследования	+	+	+	+	+	Каждый день до выписки пациента	Каждый день до выписки пациента
	Ежедневное наблюдение анестезиолога-рениматолога			+	+	+	По показаниям	
	Установление мочевого катетера			+	+	+	По показаниям	
Примечание: Выявление фактора риска при обращении пациента; рекомендуется быстрое и срочное стационарное лечение; рекомендации по амбулаторной помощи при выписке из стационара.								
Специалист дополнительный консультация	1. Жалобы и сбор анамнеза.	+	+	+	+	+		
	2. Объективный осмотр	+	+	+	+	+		
	3. Физикальное и клиническое обследование	+	+	+	+	+		
Основные Лабораторные исследования	Биохимические анализы			+	+	+		
	Электролиты крови			+	+	+	1-2	
	Коагулограмма (МНО, ПТИ)			+	+	+	1-2	
	Кислотно-основное состояние крови							
	общий анализ крови			+	+	+	1-2	
	Бактериологическое исследование крови							
Общий анализ и			+	+	+	1-2		

	Бактериологическое исследование мочи							
	Бактериологическое исследование стула, капrogramма			+	+	+	1-2	

Примечание: (по показаниям) в случае наличия у пациента дополнительных других или сопутствующих заболеваний по показаниям ему необходимо пройти обследование у других соответствующих специалистов узкого профиля, перечисленных в Национальном клиническом протоколе; при выявлении осложнений, а также в случаях, когда показано оперативное вмешательство, проводится срочная консультация хирурга в зависимости от состояния больного направляют на стационарное лечение.

Основные Инструментальные исследования	АД, пульс, частоту дыхательных движений			+	+	+	1-2	
	ЭКГ			+	+	+	1-2	

Примечание мониторировать

Дополнительные Инструментальные исследования	УЗД почек			+	+	+	1	
	Рентгенография органов брюшной полости			+	+	+	1	
	Компьютерная томография органов брюшной полости						По показаниям	

Показания к стационарному лечению: Показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации при диагностике острой почечной недостаточности. Госпитализация в отделении реанимации не менее 24 ч.

Жалобы и анамнез:

Преренальные факторы, приводящие к развитию ОПН

- шок травматический, инфекционный, постгеморрагический,
- острая дегидратация при ожогах, диареях, рвоте — при неукротимой рвоте и передозировке диуретиков,
- уменьшение сердечного оттока при сердечной недостаточности,
- обструкция почечной артерии (окклюзия, расслаивающая аневризма).

Ренальные факторы, приводящие к развитию ОПН

- острое нарушение почечной гемодинамики при своевременно не ликвидированных нарушениях центрального и периферического кровообращения,
- острая внутрисосудистая блокада почечного кровотока,
- гломерулонефрит,

- васкулит;
- гемолитико-уремический синдром (ГУС),
- болезнь Мошковиц,
- применение ингибиторов простагландинсинтетазы,
- острое повреждение тубулоинтерстициальной ткани почек - эндогенные токсины (миоглобин, гемоглобин, мочевая кислота, соли кальция),
- яды (грибы, окись углерода, инсектициды и др.),
- тяжелые металлы (ртуть, свинец, висмут, золото, мышьяк),
- антибиотики (аминогликозиды, цефалоспорины, сульфаниламиды, амфотерицин В,
- рифампицин, изониазиды и др.),
- рентгенконтрастные вещества,
- анестетики (метоксифлуран, энфлуран),
- прочие медикаменты (дифенин, диуретики, аллопуринол, фенобарбитал,
- циклоспорин, циметидин, фенацетин и др.),
- механические причины (злокачественная инвазия (лимфомы), врожденная дисплазия, кровотечение).

Постренальные факторы, приводящие к развитию ОПН

- камни в лоханках, мочеточниках,
- закупорка мочеточников кристаллами сульфаниламидов и мочевой кислоты, сгустками крови, опухолевой тканью,
- инфравезикальная обструкция при клапанах шейки мочевого пузыря, стриктурах и травмах уретры.

Критерии диагностики ОПН

1. Быстрое нарастание концентрации креатинина плазмы крови — не менее чем в 3 раза по сравнению с начальными значениями, или более чем на 26,5 мкмоль/л на протяжении менее 48 часов, или на 50 % на протяжении менее 48 часов.
2. Уровень креатинина плазмы не менее 360 мкмоль/л (Референтные значения у детей с года до 14 лет – 27-62 мкмоль/л).
3. Снижение диуреза до значений менее 0,5 мл/кг/час в течение более чем 6 часов или диурез < 20 мл/кг/сут, развитие анурии (диурез < 5 мл/кг/сут).
4. Гиперкалиемию.
5. Метаболический ацидоз.

Показания для госпитализации: для госпитализации или консультации детей с ОПН используется классификация RIFLE

Госпитализация экстренная в случаях:

- Уменьшения или отсутствия мочи
- Наличия отеков
- Азотемии
- Гиперкреатининемии
- Ацидоза
- Электролитных нарушений.
- Неврологических нарушений

Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам с гиповолемическим шоком рекомендуется мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений для оказания неотложной помощи.

Комментарий: при невозможности мониторинга необходимо контролировать уровень оксигенации, измерять АД и пульс вручную каждые 2–5 мин.

(МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Лечебные мероприятия (основные)		Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи					Средняя суточная доза	Курсовая доза
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и применение лекарственных средств							
Немедикаментозное лечение:	режим постельный, диета, калорийность 1400 ккал/м ² /сут.			+	+	+		
Медикаментозное лечение: Общие принципы лечения ОПН: <input type="checkbox"/> лечение основного заболевания <input type="checkbox"/> коррекция электролитных нарушений <input type="checkbox"/> предупреждение перенагрузки жидкостью <input type="checkbox"/> предупреждение прогрессирования почечной недостаточности <input type="checkbox"/> обеспечение полноценного питания <input type="checkbox"/> расчет дозы лекарственных препаратов по СКФ <input type="checkbox"/> заместительная почечная терапия				+	+	+		

<p>1. при анурии диуретики не назначаются</p> <p>2. иммуносупрессивная терапия при гломерулярных заболеваниях</p> <p>3. Гиперкалиемия при ОПН обусловлена выходом калия из клетки в условиях метаболического ацидоза и снижением его экскреции почками.</p>								
<p>Коррекция гиперкалиемии начинается при уровне калия плазмы >5,5 ммоль/л:</p>	<p>1) Внутривенное введение 4% р-ра бикарбоната натрия 1-2 мл/кг в течение 20 мин под контролем КОС крови – начало действия через 5-10 мин, продолжительность действия 1-2 часа.</p> <p>2) Внутривенное введение 20% глюкозы в 1-2 гр/кг с инсулином - начало действия через 30-60 мин, продолжительность действия 2-4 часа.</p> <p>3) Внутривенное медленное введение 10% р-ра глюконата кальция 0,5-1,0 мл/кг с наблюдением за числом сердечных сокращений.</p> <p>Повторное введение</p>			+	+	+		

	до исчезновения изменений на ЭКГ - начало действия немедленно, продолжительность действия 30-60 мин.							
4) Гемодиализ, перитонеальный диализ 4. <i>Коррекция метаболического ацидоза</i> производится при наличии в клинике заболевания ацидотической одышки и снижении уровня SB крови < 15-12 ммоль/л.	Рекомендуется назначать бикарбонат натрия в дозе 0,12-0,15 гр/кг или 3-5 мл/кг 4% р-ра в течение суток дробно в 4-6 приемов под контролем КОС крови. Первый прием из расчета 1/2 дозы.			+	+	+		
5. <i>Гипонатриемия</i> развивается в результате длительного потребления или введения гипотонических растворов. Коррекции подлежит только тяжелая гипонатриемия, когда Na плазмы ниже 125 ммоль/л и это сопровождается клинической симптоматикой, важнейшим компонентом которой является отек мозга. частый неврологический контроль, контроль электролитов мочи и плазмы крови каждые 1-2 часа. Натрий мочи не должен превышать 1.5	При <i>острой гипонатриемии</i> (длительность <48 час.) скорость коррекции около 2 ммоль/л/час до разрешения симптомов: 3% NaCl в дозе 1-2 мл/кг с сопутствующим введением фуросемида. При <i>хронической гипонатриемии</i> (длительность >48 час.): скорость коррекции не выше 1.5 ммоль/л/час, или 15 ммоль/сут.,			+	+	+		

ммоль/л/час или 20 ммоль/сут.								
5. Антигипертензивная терапия: Антагонисты Ca ⁺	Амлодипин: 0,05-0,15 мг/кг/сут. Дилтиазем: 1 мг/кг/сут Нифедипин: 0,5-2 мг/кг/сут							
β блокаторы	Атенолол: 0,5-2 мг/кг/сут Бисопролол: 2 мг/кг/сут Пропранолол: 0,5-1 мг/кг/сут							
Примечание: Выбор диализной терапии: В зависимости от возраста (у новорожденных, детей раннего и младшего возраста предпочтительен перитонеальный диализ) .								

(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА	Наименование медицинских услуг	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Длительность диспансерного наблюдения
Консультация специалиста - врача нефролога, участкового педиатра по месту жительства.	1. клиническое и физикальное обследование			1 раз в 7-10 дней в течение 1 месяца	6 месяцев
Лабораторные исследования	1.Общий анализ крови и мочи			1 раз в 7-10 дней в течение 1 месяца	6 раз в месяц
	2.Биохимический анализ			1 раз в 7-10 дней в течение 1 месяца	6 месяцев
Примечание:					
Инструментальные исследования	1.ЭКГ			1 раз в месяц	6 месяцев
Примечание: 1. Диета с ограничением продуктов, богатых калием (изюм, курага, бананы, компот, шоколад, сухофрукты, орехи, виноград), копченых, жирных, жареных блюд в течение 1 месяца 2. Мед. отвод от прививок на 5 лет. 3. Госпитализация в нефрологическое отделение через 3 месяца для оценки функции почек в динамике					

