

Přístup nemocnému s akutní anurií/oligurií

1. získat údaje o předchozím funkčním stavu ledvin (hodnoty sérového **kreatininu**)
2. posoudit změny na **SONU** ledvin-atrofie ledvin, zúžení korové vrstvy-svědčí pro chronický stav
3. **laboratorní** změny-hypokalcémie, hyperfosfatémie, zvýšené hodnoty parathormonu, projevy anémie-svědčí pro chronický stav
4. vyloučení postrenální příčiny-obstrukce močových cest
5. vyloučení prerenální příčiny-kardiogenní či septický šok, dehydratace a hypotenze při ztrátách krve či tekutin jiného původu (průjmy, popáleniny), vyloučení akutního uzávěru velkých cév
6. vyloučení renální příčiny-parenchymového onemocnění ledvin-užívání nefrotoxicky působících léků (ATB, NSA, ACEI, sartany)
vyšetřit **moč CH+S**-erytrocyturie, hematurie

Oligurie = snížené množství vylučované moči, které je <500 ml/24h (tj. <20 ml/h);

Anurie = snížené množství vylučované moči, které je <100 ml/24h (tj. <5 ml/h) či úplná zástava tvorby a vylučování moči.

NUTNÁ TERAPIE DLE VYVOLÁVAJÍCÍ PŘÍČINY (pokud lze)

- akutní trombóza renální tepny může být léčena chirurgicky či angioplastikou a stentem
- u rhabdomyolýzy je vhodná hydratace s alkalizací
- u akutní alergické tubulointerstiální nefritidy podání krátké kúry vysokodávkovaných kortikosteroidů
- u rychle progredujících (subakutních) glomerulonefritid kombinovaná imunosupresivní terapie (obvykle kortikosteroidy a cyklofosfamid), případně doplněné plazmaferézami
- u hemolyticko-uremického syndromu podání čerstvé plazmy či plazmaferéza

léčba akutních komplikací

HYPERKALÉMIE
METABOLICKÁ ACIDÓZA
PLICNÍ EDÉM

často nutné užití dialyzačních technik