

W wielu badaniach wykazano, że odpowiednie nawodnienie pacjenta przed ekspozycją na radioizotopowy środek cieniujący obniża ryzyko wystąpienia nefropatii. Dożylne nawadnianie wydaje się dawać lepsze wyniki niż nawadnianie doustne, ponadto 0,9% roztwór soli fizjologicznej (jeżeli pacjent go toleruje) jest skuteczniejszy niż roztwór 0,45%. Nawadnianie jest wskazane u wszystkich pacjentów przed każdym badaniem wymagającym dożylnego podania radioizotopowego środka cieniującego. Niektórzy lekarze zalecają podawanie przynajmniej $1 \text{ cm}^3/\text{kg m.c.}/\text{godz.}$ przez 12 godzin przed i po badaniu. W jednej stosunkowo nielicznej próbie wykazano znaczącą korzyść z podawania wodorowęglanu sodu zamiast roztworu soli fizjologicznej 1 godzinę przed i przez 6 godzin po podaniu środka cieniującego, lecz wyników tych nie potwierdzono w liczniejszym badaniu. Ponadto podawanie takich leków, jak metformina, aminoglikozydy, inhibitory konwertazy angiotensyny, furosemid lub niesteroidowe leki przeciwzapalne, które przypuszczalnie działają szkodliwie na nerki, należy wstrzymać na pewien czas przed planowanym wykonaniem badania. Niektóre nieosmotyczne i niejonowe radioizotopowe środki cieniujące wydają się mieć mniej szkodliwych oddziaływań na nerki. Dlatego celowość ich zastosowania należy rozważyć u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka.

W wielu badaniach analizowano rolę wlewów *N*-acetylocysteiny i wodorowęglanu sodu w zapobieganiu nefropatii pokontrastowej. Kolejne podejście wymagające weryfikacji polega na stosowaniu wysokich dawek kwasu askorbinowego (łącznie 7 g) w trzech dawkach przed i po podaniu kontrastu w celu obniżenia ryzyka wystąpienia nefropatii pokontrastowej. Nie zaleca się jednak zapobiegawczego stosowania fenoldopamu, blokerów kanałów wapniowych, dopaminy, przedsiionkowego peptydu natriuretycznego, mannitolu, furosemidu i teofiliny.

SUGEROWANE PIŚMIENNICTWO

- Lin J, Bonventre JV. Prevention of radiocontrast nephropathy. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2005;14:105–110.
- Weisbord SD, Palevsky PM. Radiocontrast induced acute renal failure. *J Intens Care Med* 2005;20:63–75.