**ПРОГРАМНИЙ ГЕМОДІАЛІЗ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.**

**М.М.Шутєв, Т.Я.Шляхта, І.Е.Калабіга *Науковий вісник УжДУ, 1997, 4 випуск.***

На сучасному етапі розвитку медичної науки у всьому світі приділяється велика увага проблемі використання програмного та інтермітуючого гемодіалізу для лікування хронічної ниркової недостатності в її термінальній стадії.

Привожу дані про застосування 198 гемодіалізів у 7 хворих з уремією. В 4 випадках її причиною був хронічний гломерулонефрит, в 1 випадку - хронічний пієлонефрит, в 1 випадку - комбінована патологія у вигляді хронічного пієлонефриту та полікістозу нирок, в 1 випадку - діабетичний гломерулосклероз.

У всіх випадках для судинного доступу використовувались артеріо-венозні фістули, що накладалися на праве або ліве передпліччя, але для введення в гемодіаліз на перших сеансах я використовував двопросвітні діалізні bilumen-катетери, які вводилися в підключичну вену за методикою Селдінгера.

Стан у всіх хворих перед лікуванням був важким, у деяких - загрозливим. Відмічалось різке пригнічення, в`ялість, анемія, виражена задишка, ортопное, уринозний запах. Турбували нудота, блювота, шкірне свербіння, погані апетит, сон, головні болі. При дослідженні крові - виражена анемія, тромбоцитопенія, гіперазотемія. У всіх випадках спостерігалися геморагічні прояви (кровоточивість слизових оболонок, часті профузні носові кровотечі, порозність судин), макро- та мікрогематурія. Слід відзначити наявність виражених набряків та ретинопатії. Сечовина крові до гемодіалізу коливалась в межах 28-42 ммоль/л., причому у 4 пацієнтів вона перевищувала 31 ммоль/л. Креатинін досягав рівня 1000-1200 мкмоль/л. Концентраційна функція нирок у всіх хворих була різко знижена. У всіх пацієнтів була наявна серцева недостатність різних ступенів важкості по лівошлуночковому типу і лише в однієї хворої - по правошлуночковому (гепатомегалія, набряки).

Клінічна картина уремічної інтоксикації у всіх хворих розвивалася поступово. Діетична та медикаментозна терапія, що проводилася протягом тривалого часу, виявилася неефективною.

Застосування гемодіалізу стосовно цих хворих розглядалося, як останнє міроприємство для зняття уремічної інтоксикації, що і визначало терміновість втручання в день звернення або протягом доби з моменту поступлення в стаціонар - час, необхідний для підготовки до першого сеансу та проведення катетеризації v. subclavia.

Для проведення гемодіалізу використовувався діалізуючий розчин, приготований із стандартного ацетатного концентрату фірми "FRESENIUS" (Na - 135 ммоль/л., К - 2.5 ммоль/л., Cl - 100 ммоль/л.). Швидкість руху діалізуючого розчину становила 500 мл./хв. (апарати "FRESENIUS", "Drake Willock").

У хворих з вираженими набряками та гіпергідратацією під контролем ваги, гематокріту, гемоглобіну проводилася ультрафільтрація (від 400 до 2000 мл./годину).

Кровопровідні магістралі заповнювалися 5% розчином глюкози або фізіологічним розчином. Гепаринізація - фракційна (індукція - 10 тис. ОД, підтримуючі дози - 2.5-5 тис. ОД через кожні півтори-дві години діалізу). Швидкість гемоперфузії - 150-300 мл./хв. Діалізатори - капілярні, площею від 0.9 до 2.0 квадратних метрів, з полісульфоновими, купрофановими та целюлозними мембранами.

Під час перших сеансів досліджувалися адаптаційні механізми організму в умовах екстракорпорального кровообігу - проводилося особливо скурпульозне клінічне спостереження за хворими. Слід відмітити хорошу переносимість діалізів нашими паціентами. Тривалість сеансів від 4 до 6 годин.

Загальний стан хворих покращувався вже до кінця першого сеансу: припинялася блювота, нудота, зникала загальмованість, задишка, з`явився апетит, хворі відчували смак вживаної їжі. Спостерігалася позитивна динаміка артеріального тиску, пульсу, дихання. Концентрація сечовини знижувалася на 50-70%, креатиніну на 30-40%, зникали клінічні явища ацидозу, зростав діурез навіть до явищ поліурії (на фоні апаратної ультрафільтрації ліквідовувався набряк паренхіми нирок).

Після 2-5 сеансів гемодіалізу, проведених з інтервалами 1-2 дні, хворі активізувалися, самостійно приходили на сеанси, під час маніпуляції цікавилися своїми показниками, активно спілкувалися з персоналом, читали, слухали музику, вживали їжу). Сечовина в міждіалізний період була помірно підвищеною (в межах 7-11 ммоль/л.). Більш стійкими залишались показники креатиніну з тенденцією до наростання в міждіалізний період. Однак на фоні загального покращення спостерігалися розвиток астенізації, болей в суглобах та м`язах нижніх кінцівок. В міждіалізний період зростала гіпертензія, що потребувало застосування гіпотензивних засобів.

**Дані про кількість проведених гемодіалізів, тривалість життя та наслідок захворювання кожного окремого хворого :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Хворий** | **Вік (років)** | **Діагноз** | **Кількість діалізів** | **Тривалість лікування** | **Причина смерті** |
| **1.** | Г -н | 49 | Хронічний пієлонефрит, ХНН | 30 | 7 місяців | Серцева недостатність |
| **2.** | К- ба | 49 | ХГН, ХНН | 7 | 3 тижні | П/ш серцева недостатність |
| **3.** | Б-к | 49 | Полікістоз нирок, . пієлонефрит, ХНН | 24 | 7 місяців | Продовжує лікуватися |
| **4.** | П-р | 58 | ЦД, діабетичний гломерулосклероз | 19 | 5 місяців | Продовжує лікуватися |
| **5.** | Н-ь | 38 | ХГН, ХНН 3 ст. | 71 | 7 місяців | Трансплантована нирка |
| **6.** | К-к | 39 | ХГН, ХНН 3 ст. | 13 | 3 місяці | Продовжує лікуватися |
| **7.** | Л-й | 24 | ХГН, ХНН 3 ст. | 34 | 7 місяців | Продовжує лікуватися |

У хворої Г-н з хронічним пієлонефритом після проведення 30 операцій гемодіалізу розвинулася виражена серцева астма, набряк легень, що було причиною смерті.

Хвора К-ба померла після 7 сеансів. Причиною смерті була прогресуюча уремія при неможливості дальшого продовження гемодіалізів в зв`язку з важкою індивідуальною переносимістю процедур (гіпертермія, озноби, гіпертензія) та технічно важким судинним доступом. При аутопсії знайдено важко розрізнювану макроскопічно тканину правої нирки та зморщену ліву нирку, обширні геморагічно-некротичні процеси в лоханках, "панцирне серце".

При проведенні програмного гемодіалізу через підключичний bilumen-катетер велике значення має адекватний догляд за судинним доступом з метою профілактики тромбування та інфікування. Попередження тромбування та інфікування в умовах нашої клініки до кінця не вирішене. Схильність до тромбозу добре встановлених катетерів при інших рівних умовах, по моїм спостереженням, посилюється протягом 3-4 тижнів. Імовірно, що в основі цих процесів лежить взаємодія загальних та місцевих факторів, а саме невідповідність між діаметром введеного катетера і до того часу функціонально зміненими судинами (гіпертрофія) з однієї сторони, і посилення тенденції до активації згортуючої системи крові у відповідь на застосування антикоагулянтів при проведенні гемодіалізу - з другої.

Представлені спостереження та висновки характеризують складність та багатоплановість проблеми хворих з ХНН гемодіалізом. Головним лишається питання про оптимальність строків направлення на гемодіаліз. При вираженій гіпертензії, серцевій недостатності, порушеннях ритму та інших виражених екстраренальних проявах ХНН розраховувати на позитивний ефект від гемодіалізу не доводиться.

Хронічні діалізні хворі потребують спеціальної допомоги в добре оснащеному відділенні, паралельно з цим постає проблема амбулаторного діалізу, працевлаштування та реабілітації діалізних пацієнтів.