

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ НИРКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ковальчук І.О., Ілиньо В.А., Стрижак В.В., Кіш-Вайда М.С.

Ужгородський державний університет, обласна клінічна лікарня

Сучасні еферентні методи лікування (гемодіаліз, гемосорбція, плазмафорез, плазмосорбція, імуносорбція, ультрафільтрація) знаходять широке розповсюдження в лікуванні ряду захворювань в першу чергу хронічних захворювань нирок, ускладнених нирковою недостатністю.

При хворобах нирок еферентні методи лікування застосовуються самостійно або (частіше) в поєднанні з медикаментозним лікуванням.

Гемодіаліз як основний метод лікування хворих з гострою та хронічною нирковою недостатністю проводиться в Закарпатській області з листопада 1991 року, коли на базі Іршавської ЦРЛ було організовано міжрайонне відділення гемодіалізу на 4 діалітичних місця (апарат СГД-8).

Пізніше апарати "Штучна нирка-4" встановлені в Ужгородській ЦМКЛ, Хустській ЦРЛ. Обсяг медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю постійно зростає. За 5 років активними

методами лікування (гемодіаліз, ультрафільтрація) проліковано 126 хворих з ХНН та ГНН, яким проведено понад 2000 сеансів позаниркового очищення крові (ПНОК). Підготовлено до трансплантації нирок 25 хворих, трансплантацію проведено в різних центрах 15, померло 6, немає даних про 2 хворих. Знаходиться під диспансерним спостереженням 8 хворих з трансплантованою ниркою.

Відкриття відділення детоксикації та нефрології в Ужгородській обласній клінічній лікарні осінню 1997 року дозволило зменшити навантаження на реанімаційне відділення УЦМКЛ і підвищити рівень надання допомоги хворим з ендо- та екзогенними видами інтоксикації. Проведено приблизно 1000 сеансів ПНОК 30 хворим з ХНН з накопиченням досвіду та більш ретельного відбору хворих тривалість життя на гемодіалізі збільшилася до 3 років.

Набутий досвід лікування свідчить, що для збільшення тривалості і якості життя хворих ХНН першочергове значення мають такі умови:

1. Лікування методами ПНОК слід починати при зниженні кліренса креатиніну до 10-12 мл/хв. на початковому етапі лікування при збереженій водо- і електролітовидільній функції нирок можна застосувати гемосорбцію (ГС) не рідше одного разу на тиждень. При прогресуванні уремічної інтоксикації, появі необхідності корекції балансу води та електrolітів основним методом лікування стає гемодіаліз (ГД). Ранній ацетатний ГД на очищеній воді дозволяє тривалий час (до 2-х років) уникати серйозних метаболічних порушень і системних уремічних ускладнень. Проте він не гарантує від поступлення в організм через діалізну мембрану значної кількості токсичних сполук важких металів. Тому, більш вигідний для хворих бікарбонатний ГД, який зменшує ризик поступлення в організм цих сполук і майже в 2 рази скорочує кількість ускладнень. Отже, при наявності технічних і матеріальних можливостей бажано ширше застосовувати бікарбонатний ГД для лікування ХНН.

2. При вираженій гіпергідратації, порушеннях фосфорно-кальцієвого обміну показане комбіноване ПНОК-ГД-сухий ГД- ГДф.

3. При зниженій діалізоздатності хворого, для скорочення діалізного часу, для профілактики і

лікування таких ускладнень як свербіння шкіри, розлади сну, порушення функції печінки, міопатія, полінейропатія, енцефалопатія, психосенсорні розлади, для корекції ліпідного обміну, при гнійно-септичних ускладненнях слід застосувати комбіноване лікування -ГД- ГС.

4. У хворих з ускладненнями захворювання ДВЗ-синдромом і вираженою алосенсibiliзацією до антигенів НА позитивні результати вдається досягти при комбінованому застосуванні ГД і плазмафорезу.

5. Для забезпечення психічної стабільності хворих необхідно якомога частіше практикувати лікування методами ПНОК в амбулаторних умовах і намагатися залучати до посильної праці.

В процесі лікування програмним ГД ми спостерігали у хворих наступні ускладнення: 1) синдром порушеної рівноваги; 2) нестабільність функціонування серцево-судинної системи (коливання артеріального тиску як в сторону гіпо-, так і гіпертонії, порушення серцевого ритму); 3) гемокоагуляційні порушення (кровоточивість ясен, носові, маточні кровотечі, утворення підшкірних гематом та інше, 4) важко кореговану анемію; 5) енцефалопатію і полінейропатію; 6) порушення обміну кальцію і фосфору в вигляді уремічної остеодистрофії та 7) інфекційні процеси (флебіти, стоматити, фурункули, герпес-вірусні інфекції і вірусний гепатит).

В середньому гемодіалізна програма становила 10-12 годин на тиждень і була інтенсивніша у людей молодого віку, що було пов'язано не тільки з особливостями основного захворювання, а й з характеристиками обмінних процесів, особливо у підлітків та юнаків.

Частота нозологічної патології визначалася наступною послідовністю: хронічний пієлонефрит, хронічний гломерулонефрит, полікістоз нирок, цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини, сечокам'яна хвороба та інша урологічна патологія.

Вважаємо дискусійним питання про доцільність медикаментозної пролонгації III ступеня хронічної ниркової недостатності, що за даними наших спостережень призводить до зменшення тривалості життя на гемодіалізі.

РЕЗЮМЕ

Опыт лечения программным гемодиализом больных хронической почечной недостаточностью в Закарпатской области

Ковальчук И.А., Илюнь В.А., Стрижак В.В., М.С.Киш-Вайда

Описан опыт проведения приблизительно 1000 сеансов внепочечного очищения крови (ВПОК) 30 больным с хронической почечной недостаточностью (ХПН), позволившие повысить продолжительность жизни на гемодиализе до 3 лет. Перечислены основные условия, способствующие продлению и улучшению качества жизни больных ХПН.

SUMMARY**The experience of management with program hemodialysis the patients with chronic kidney insufficiency*****I.O.Kovalchuk, V.A.Ilynio, V.V.Stryzhak, M.S.Kish-Vaida***

The experience of the execution of about 100 seances of extrakidney blood purification (EKBP) in 30 patients with chronic kidney insufficiency (CKU) which enabled to increase the life duration on hemodialysis up to 3 years is described. The main conditions favouring the increase of life duration and its quality are named.