

## ПРОГРАМНИЙ ГЕМОДІАЛІЗ В ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДСТАТНОСТІ

*Шютєв М.М., Шляхта Т.Я., Калабіга І.Е.*

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.

В цьому повідомленні ми наводимо дані про застосування 198 гемодіалізів у 7 хворих уремією. В 4 випадках її причиною був хронічний гломерулонефрит, в 1 випадку - хронічний післонефрит, в 1 випадку

- комбінована патологія у вигляді хронічного пієлонефриту та полікістозу нирок, в 1 випадку - діабетичний гломерулосклероз.

У всіх випадках для судинного доступу використовувалися артеріовенозні фістули, що накладалися на праве або ліве передпліччя, але для введення в гемодіаліз на перших сеансах ми використовували двопросвітні діалізні білюмен-катетери, які вводилися в підключичну вену.

Стан усіх хворих перед лікуванням був важким, а у деяких -загрозливим. Відмічались різке пригнічення, в'ялість, анемія, виражена задишка, ортопноє. Турбували нудота, блювота, шкірне свербіння, поганий апетит, сон, головні болі, відмічався уринозний запах. При дослідженні крові - виражена анемія, тромбоцитопенія, гіперазотемія. У всіх випадках спостерігалися геморагічні прояви (кровоточивість слизових оболонок, траплялись профузні носові кровотечі, порозність судин), мікро - та макрогематурія. Слід відзначити наявність набряків та ретинопатії. Сечовина крові до гемодіалізу коливалась в межах 28-42 мМоль/л, причому, у 4 вона була вищою 31 мМоль/л. Креатинін досягав рівня 1000-1200 мкМоль/л. Концентраційна функція нирок у всіх хворих була різко знижена. У всіх пацієнтів була виявлена серцева недостатність різних ступенів важкості за лівошлуночковим типом, і лише в одній хворій - за правошлуночковим (гепатомегалія, набряки).

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

Застосування гемодіалізу у хворих розглядалося як останній захід для зняття уремичної інтоксикації, що і визначало терміновість втручання - в день звертання або протягом доби сеансу і проведення катетеризації V. Subclavia.

Для проведення гемодіалізу використовувався стандартний діалізуючий розчин, приготовлений із стандартного ацетатного концентрату фірми "ФРЕЗЕНІУС" (Na-135 мМоль/л, К-2,5 мМоль/л). Швидкість руху діалізуючого розчину становила 500 мл/хв (апарати "Frosenius", "Drake", "Willock").

У хворих з вираженими набряками та гіпергідратцією під контролем ваги, гематокриту, гемоглобіну проводилась ультрафільтрація (від 400 до 2000 мл/год).

Кровопрвідні магістралі заповнювалися 5% розчином глюкози або фізіологічним розчином. Гепаринізація - фракційна (індукція - 10 тис. од., підтримуючі дози - 2,5-5 тис. од. через кожні півтори години діалізу). Швидкість перфузії крові - 150-300 мл/хв. Діалізатори - капілярні з полісульфоновими, купрофановими або целюлозними мембранами.

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

Загальний стан хворих значно покращувався вже до кінця першого сеансу: припинялася нудота, блювота, зникала загальмованість, задишка, з'являвся 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 ультрафільтрації ліквідувався 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, охоче вживали їжу. Сечовина в міждіалізний період була помірно підвищеною (в межах 7-11 ммоль/л). Більш стійкими залишалися показники креатиніну з тенденцією до підвищення в міждіалізний період. Однак, на фоні загального покращення спостерігалися розвиток астенизації, болей в суглобах та в м'язах нижніх кінцівок. В міждіалізний період зростали гіпертензія, що потребувало застосування гіпотензивних засобів.

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

Хвора К-Ба померла після 7 сеансів. Причиною смерті була прогресуюча уремія при неможливості подальшого продовження гемодіалізів в зв'язку з важкою переносимістю процедур (гіпертермія, озноби, підвищення АТ) та важкістю судинного доступу. При аутопсії знайдено важко розрізнювана макроскопічна тканина правої нирки та зморщена ліва нирка, обширні геморагічно-некротичні процеси в лоханках.

При проведенні програмного та інтермітуючого діалізу через підключичний білюмен-катетер велике значення має адекватний догляд за судинним доступом з метою профілактики тромбування. Попередження тромбоутворення та інфікування - дуже складне питання, в умовах нашої клініки до кінця не вирішене. Схильність до тромбозу добре встановлених катетерів при інших рівних умовах, за нашими спостереженнями, посилюється протягом 3-4 тижнів. Ймовірно, в основі цих процесів лежить взаємодія загальних та місцевих факторів: розвивається відповідність між діаметром введеного катетера і до того часу

функціонально зміненими судинами (гіпертрофія) – з однієї сторони, і посилення тенденції до активізації згортуючої системи у відповідь на застосування антикоагулянтів при проведенні гемодіалізу – з другої.

Таблиця 1

Дані про кількість проведених гемодіалізів, тривалість життя, наслідок захворювання у кожного окремого хворого

№п/п	Хворий	Вік	Діагноз	К-сть діалізів	Тривалість лікув.	Віддалені результати
1.	Г - н	49	Хрон. піелонефр. ХНН терм.ст.	30	7 міс.	Уремія, серцева нед. л/ш тип.
2.	К - ба	49	Хрон.гломеруло-нефрит, ХНН терм. Стадії	7	3 тижні	Уремія, серцева недостатність л/ш типу
3.	Б - к	49	Полікістоз нирок, піелонефрит ХНН терм.ст.	24	7міс.	Живе, лікується
4.	П - р	58	Цукровий діабет гломерулосклероз	19	5 міс	Живе, лікується
5. і	Н - ь	38	Хрон. Гломеруло-нефрит кл.ст.3 ХНН терм.ст.	71	7міс.	Трансплантована нирка
6.	К - к	39	.Хрон.гломеруло-нефрит кл.ст.3 ХНН терм.ст.	13	3міс.	Живе, лікується
7.	Л - й	24	Хрон.гломеруло- нефрит кл.ст.3 ХНН терм.ст.	34	7міс.	Живе, лікується

Представлені спостереження характеризують складність та багатоплановість проблеми лікування хворих ХНН гемодіалізом. Головним залишається питання про оптимальність строків направлення на гемодіаліз. При вираженій гіпертонії серцевій недостатності, порушеннях ритму 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.

#### ЛІТЕРАТУРА

- 1.Ермойленко В.М. Сумароков А.В. Показания, противопоказания и подготовка больных терминальной уремией к лечению гемодиализом. "Медицина", Москва 1989.
- 2.Allan R., Nissenson M., Richard N. Fine Dialysis therapy. 1986.

#### SUMMARY

##### **PROGRAMMED HAEMODIALYSIS IN TERMINAL STADIUM OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENTY**

*Shiutev M.M. Shlachta T.I. Kalabiha I.E.*

Results of 198 programmed haemodialyses in 7 cases of chronic renal insufficiency of Severe ethiology were analised. Data of dynamics of clinical and biochemical parameters under the influence of the named procedure, technical and clinical complications, the results of distance treatment are presented.