***Опубліковано***

***Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Урологія, андрологія, нефрологія - 2013» (30-31 травня 2013 р., м. Харків). - С. 146-147.***

**АУТОСОМНО-РЕЦИССИВНЫЙ ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК В СТРУКТУРЕ ПОЧЕЧНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА**

В.Н.Лесовой, Н.М.Андоньева, Е.А.Гуц, М.Я.Дубовик, М.А.Грушка, А.В.Лесовая

Харьковский национальный медицинский университет

Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала

Харьков, Украина

Из всех почечных кистозных болезней аутосомно-рецессивная поликистозная болезнь почек (АРПКБП) является самой частой наследственной болезнью, с манифестацией в детском возрасте. Частота АРПКБП составляет 1 на 20 000 рождений, а распространенность гетерозиготного носительства достигает 1:70. Специфического лечения АРПКБП нет. Применяется симптоматичное лечение, связанное с индивидуальными осложнениями. АРПКБП является одной из наиболее частых причин развития терминальной хронической почечной недостаточности и занимает среди них 4-е место. Лечение больных в стадии терминальной почечной недостаточности предполагает использование почечнозаместительной терапии (ПЗТ), в том числе перитонеального диализа (ПД). По данным регистра больных с хронической болезнью почек (ХБП) АРПКБП составляет 13,4% в общей структуре больных с V стадией ХПБ на почечнозаместительной терапии в Харьковской области.

**Цель исследования:** изучить эффективность ПД в коррекции азотемии, артериальной гипертензии, анемии, альбуминемии, нутриционного статуса, фосфорно-кальциевого обмена, электролитных нарушений, липидного обмена у больных с АРПКБП в сравнении с больными, получающими ПД в связи с некистозными поражениями почек.

**Материал и методы.** На базе отделения нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала ПЗТ методом ПД получали 153 пациента. АРПКБП, как причину развития ХБП, имели 23 больных (15,0%). Среди некистозных нефропатий в структуре заболеваний, приведших к терминальной стадии ХБП, доминировал хронический гломерулонефрит (51,6%), далее - сахарный диабет (21,6%), хронический пиелонефрит (13,7%), гипертензивный нефросклероз (6,5%), другие заболевания (6,5%).

В группе больных с АРПКБП 8 больных перенесли нефрэктомии в связи с нагноением и кровотечением из кист, из них 2 – двухстороннюю.

В качестве критериев, по которым оценивалась эффективность ПД, рассматривались уровень азотемии, артериального давления, показатели коррекции анемии, включающие уровень гемоглобина, сывороточного железа, ферритина и трансферина, уровень общего белку и альбуминов сыворотки крови, уровень электролитов, показатели, характеризующие фосфорно-кальциевый обмен.

**Результаты исследования.** Через 2-3 недели от начала проведения ПД у больных обеих групп значительно улучшилось самочувствие, исчезли симптомы уремической интоксикации, отеки, появился аппетит.

В ходе исследования ПД у всех больных был адекватным: Kt/V с первого месяца превышал 2,0; клиренс эндогенного креатинина достиг 58,0-60,0 л/нед через 3-4 месяца проведения ПД.

Мониторинг показателей уровня мочевины и креатинина у ПД-больных на протяжении 6 месяцев показал значительную эффективность ПД в коррекции гиперазотемии. В обеих группах пациентов имело место снижения уровня мочевины и креатинина крови, причем азотемические показатели наилучшим образом снижались в группе больных с кистозной болезнью почек (р<0,05).

В нашем исследовании на начало проведения ПД 136 больных (88,9%) имели артериальную гипертензию, в том числе 19 - с АРПКБП. В ходе применения ПД в группе пациентов с поликистозом повышенное артериальное давление осталось у 6-ти пациентов (31,6%), а в группе больных с ХБП другой этиологии - у 39 пациентов (30,0%). Артериальная гипертензия у этих пациентов нуждалась в приеме гипотензивных препаратов и препаратов, направленных на коррекцию компонентов метаболического синдрома. В результате исследования не выявлены значимые различия и в уровнях артериального давления между исследуемыми группами пациентов.

В группе больных с АРПКБП анемию разной степени выраженности к началу диализа имел 21 больной (91,3%). Уровень гемоглобина колебался от 75 до 128 г/л, в среднем 95,5±4,87 г/л. В группе больных с некистозными нефропатиями средний уровень гемоглобина составлял 89,0±3,17 г/л, анемию имели 117 пациентов. Коррекция анемии на старте ПД проводилась эритропоэтинами на фоне базисной терапии препаратами железа и витаминами. На протяжении первых 6 месяцев ПД уровень гемоглобина достиг целевых значений у 15-ти пациентов (71,4%) с АРПКБП и у 82 больных (70,1%) с ХБП другой этиологии.

Уровень общего белка к началу диализа составлял 58,3±2,00 г/л в группе больных с АРПКБП и 54,5±1,06 г/л в больных с некистозными поражениями почек. Гипопротеинемию имели 12 больных (52,2%) с АРПКБП и 52 больных (40,0%) 2-й группы. Показатели белкового обмена имели тенденцию к улучшению приблизительно через 10-14 недель от начала процедуры. В 1-й группе уровень общего белка повысился до 66,8±2,22 г/л, в 2-й - до 66,8±1,82 г/л. Нормальный уровень белка достигнут у 91,3% пациентов 1-й группы и 89,2% пациентов 2-й группы.

Контроль уровня натрия и калия сыворотки крови в нашем исследовании показал стабильное положительное влияние ПД на коррекцию этих показателей в обеих группах, что достигалось применением диализирующих растворов с соответствующим электролитным составом.

Коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена, проявляющихся гипокальциемией – 60,9% пациентов 1-й группы и 63,1% пациентов 2-й группы, и гиперфосфатемией - 82,6% пациентов 1-й группы и 86,2% пациентов 2-й группы к началу ПД, состояла в применении ПД, а также использовании активных метаболитов витамина Д3, и в качестве фосфатсвязывающих препаратов - карбоната кальция. Различий в уровнях кальция и фосфора в исследованных группах не выявлено.

Повышенный уровень паратиреоидного гормона (ПТГ) был выявлен у всех больных в группе с АРПКБП и 120 больных (92,3%) с другими формами ХПБ. В динамике проведения ПД уровень ПТГ снизился в 1-й группе с 577,4±71,0 до 484,9±61,2 через 6 месяцев лечения, во 2-й группе - с 552,5±46,6 до 474,4±41,2.

**Выводы.** По данным проведенного нами исследования следует отметить больший удельный вес больных с АРПКБП, которые получают ПД, чем в общей популяции больных с терминальной стадией ХБП.

Применение ПД дает положительные результаты в коррекции терминальной ХПН у больных с АРПКБП, сопоставимые с результатами у больных, имеющих другие причины развития ХПН, несмотря на более пожилой возраст больных, а также частое возникновение осложнений, которые требуют хирургических вмешательстве