**РЕЗУЛЬТАТИ ІНТЕГРАЦІЇ УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІКІСТОЗОМ НИРОК**

**RESULTS OF UROLOGY AND NEPHROLOGY INTEGRATION FOR PATIENTS WITH POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE**

*В.М. Лісовий1,2, Н.М. Андон'єва1,2, О.А. Гуц1,2,М.Я. Дубовик1,2, Г.В. Лісова1*

*V.M. Lisovyi, N.M. Аndоniеva, O.A. Guts, M.Y. Dubovyk, H.V. Lisova*

*1Харківський національний медичний університет*

*2Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І.Шаповала*

*м. Харків, Україна*

Полікістоз нирок – відносно часте спадкове захворювання, що характеризується заміщенням ниркової паренхіми множинними кістами різного розміру. Поширеність полікістозу нирок в Україні за останніми даними Національного реєстру хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) становить 18,7 на 100 тис. населення. Полікістоз нирок складає біля 11% серед аномалій нирок та приблизно 2% в структурі ХХН. У переважної більшості хворих з полікістозом нирок до 30 років функціональний стан нирок зберігається нормальним, тому при виникненні ускладнень, найсерйознішими серед яких є кровотечі та інфікування кіст, перевага надається паліативно-консервативним методам, а показання до нефректомії у зв’язку з двобічним ураженням різко звужені. На цій стадії хвороби проводиться хірургічне лікування, що полягає в резекції або черезшкірній пункції великих кіст. Однак прогресуючий перебіг захворювання неминуче приводить до втрати функції нирок, і у 90% хворих, що мали клінічні прояви полікістозу понад 10 років, розвивається хронічна ниркова недостатність, а у половини з них - термінальна стадія ХХН. Серед пацієнтів з V стадією ХХН питома вага хворих на полікістоз нирок зростає до 10%. Лікування полікістозу у термінальній стадії ХХН передбачає використання нирковозамісної терапії (НЗТ), яка забезпечує подовження та якість життя пацієнтів. Однак особливості перебігу полікістозу нирок, який часто супроводжується станами, що потребують спеціалізованої урологічної допомоги, істотно впливають на прогноз для цієї категорії пацієнтів.

Проаналізовані результати лікування 38 пацієнтів (15 чоловіків, 23 жінки) з полікістозом нирок, які отримували НЗТ методом ПД на базі нефрологічного відділення Обласного клінічного центру урології і нефрології ім. В.І. Шаповала (м. Харків). Слід зазначити, що наразі в нашій клініці найбільша питома вага хворих з полікістозом припадає саме на ПД-пацієнтів – 16,3% проти 13,7% серед хворих, що отримують гемодіаліз, і 4,7% серед пацієнтів з трансплантованою ниркою.

За період спостереження у зв'язку з ускладненнями, що виникли в ході проведення ПД, такими як макрогематурія, нагноєння кист нирок з розвитком діалізних перитонітів, 24-м пацієнтам з полікістозом були проведені нефректомії, з них 6-ти - двобічні. В ході порівняльного дослідження результатів лікування в групах хворих, яким була проведена нефректомія (І група) та хворих із збереженими нирками (ІІ група) виявлено, що в обох групах мали місце задовільні показники адекватності ПД, які не мали суттєвих розбіжностей: КТ/V склав 2,2 ± 0,5 та 2,0 ± 0,3 відповідно (р>0,05). Клініко-лабораторний моніторинг констатував співставні показники корекції гіперазотемії, артеріальної гіпертензії, анемії, порушень фосфорно-кальцієвого обміну, нутриційного статусу в обох групах.

Аналіз частоти діалізних перитонітів дозволив встановити їх суттєве зменшення у хворих з полікістозом після проведення нефректомії. Частота діалізних перитонітів у хворих після нефректомії скала 0,9±0,2 епізоди на рік, у хворих, яким нефректомія не проводилась, - 1,5±0,4 епізоди на рік (р<0,01). У випадках виникнення діалізного перитоніту у хворих І групи через 2-3 доби після початку антибактеріальної терапії спостерігалася позитивна клінічна та бактеріологічна динаміка, одночасно у хворих ІІ групи у 30% епізодів розвивалися рефрактерні діалізні перитоніти. Слід вказати, що у пацієнтів з білатеральними нефректоміями в нашому спостереженні діалізні перитоніти не були зареєстровані.

Виявлені вірогідні розбіжності в частоті госпіталізацій між хворими після нефректомії та тими, яким нефректомії не проводилися. Середня кількість випадків госпіталізації на одного хворого І групи становила 1,14 на рік і була вірогідно нижчою, ніж у хворих ІІ групи - 1,95 (р<0,01). Середня тривалість лікуання в умовах стаціонару у хворих І та ІІ груп становила 16,2±3,8 та 21,8±6,3 дня відповідно (р<0,01).

5-тирічна виживаність методики ПД у пацієнтів І групи склала 58% (14 пацієнтів), серед пацієнтів ІІ групи цей показник становив 43% (р>0,05). Наразі благополучний результат лікування ПД, який передбачає продовження ПД в теперішній час або трансплантацію нирки, зареєстрований у 13-ти хворих І групи (50,0%) та 5-ти хворих ІІ групи (35,7%) (р<0,05).

Таким чином, наше дослідження показало ефективність проведення нефректомії у пацієнтів з полікістозом, що полягає у зменшенні частоти госпіталізацій, у тому числі з приводу діалізного перитоніту, а також покращенні віддалених результатів ПД. Нефректомія у хворих з полікистозом на ПД за нашими спостереженнями не впливає на рівень адекватності перитонеального діалізу, а своечасне її проведення подовжує життя пацієнтів, поліпшує їхнє самопочуття та дозволяє успішно продовжувати програму перитонеального діалізу.