

## ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ НИРОК У ЖІНОК

*Лісовий В.М., Андон'єва Н.М., Гуц О.А., Дубовик М.Я., Поляков М.М., Грушка М. А.,*

*Лісова Г.В., Валковська Т.Л., Желєзнікова М.О., Олянич С.О.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала», м. Харків

Хронічна хвороба нирок (ХХН) являє собою серйозну проблему для охорони здоров'я в усьому світі, її наслідками є ниркова недостатність і передчасна смерть хворих. Ризик розвитку ХХН у жінок приблизно настільки ж високий, як і у чоловіків, якщо не вище. Ймовірність виникнення ХХН у жінок перевищує таку у чоловіків – поширеність ХХН серед жінок у середньому становить 14%, а у чоловіків-12 %.

Жінки, дівчата і дівчатка в цілому складають приблизно 50% населення світу і вносять величезний внесок в життя суспільства, не кажучи вже про найважливішу роль в сімейному житті. І справа не тільки у виношуванні, народженні, вигодовування і виховання дітей, але й турботі про здоров'я сім'ї та суспільства в цілому.

Вагітність створює особливе навантаження на організм жінки і є провідною причиною гострого ниркового ушкодження у жінок дітородного віку; гостре ниркове пошкодження і прееклампсія можуть призводити до подальшого розвитку ХХН, але ступінь реально існуючого ризику не цілком ясна. У свою чергу ХХН, навіть на ранніх стадіях, чинить негативний вплив на перебіг вагітності. Ризик підвищення швидкості прогресування ХХН створює серйозні етичні проблеми, що стосуються настання і пролонгування вагітності.

Прееклампсія і гіпертензивні ускладнення вагітності складають 3-10% від усіх випадків вагітності. Прееклампсія підвищує ймовірність розвитку артеріальної гіпертензії і ХХН у віддаленому періоді. Прееклампсія є основною причиною гострого ураження нирок та материнської смертності в багатьох країнах. Вагітність – найчастіша причина гострого ниркового ураження у жінок дітородного віку. Крім прееклампсії, різні захворювання і стани можуть приводити до розвитку гострої ниркової пошкодження, асоційованого з вагітністю.

Причини гострого ураження нирок різняться в залежності від регіону: кримінальний септичний аборт – часта причина гострого ниркового пошкодження в країнах, де легальні аборти заборонені, тоді як прееклампсія, що виникла після штучного запліднення, стає провідною причиною гострого ниркового пошкодження в розвинених країнах.

Наявність ХХН є фактором ризику розвитку прееклампсії та гіпертензивних ускладнень вагітності. Ризик послідовно підвищується від ХХН I до V стадії і до того ж він відносно більш високий при гломерулярних, аутоімунних захворюваннях і діабетичній нефропатії.

Фонова гіпертензія і протеїнурія є важливими модуляторами ризиків, пов'язаних з вагітністю, але не всіх ризиків в однаковій мірі. Ризик виникнення вад розвитку не підвищений у порівнянні з загальною популяцією (крім, зрозуміло, спадкових захворювань, таких як рефлюкс-нефропатія, полікістозна хвороба нирок або вроджені аномалії нирок і сечових шляхів). Частота передчасних пологів і народження дітей з гіпотрофією, дійсно, пов'язана вже з I стадією ХХН і зростає по мірі погіршення функції нирок.

При термінальній ХХН репродуктивна здатність знижена. Шанси завагітніти жінці з трансплантованої ниркою, по відношенню до загальної популяції, на рівні 1:10, таке ж співвідношення між жінками на діалізі і жінками з трансплантованої ниркою (ймовірність завагітніти у жінок на діалізі становить 1:100 по відношенню до загальної популяції). Тим не менш, перші поодинокі випадки успішної вагітності на діалізі описані вже в 70-ті роки, а в новому тисячолітті можливість вагітності на діалізі стала загальноновизнаною.

Репродуктивна здатність частково відновлюється після трансплантації нирки. Однак навіть в ідеальній ситуації (нормальна функція транспланта, відсутність гіпертензії та протеїнурії, і, як мінімум, 2 року після трансплантації без епізодів відторгнення) ризик ускладнень у жінок з трансплантованої ниркою вище, ніж у загальній популяції. В цілому, якщо виключено застосування тератогенних препаратів (мікофенолової кислоти і

рапаміцину), результати вагітності після трансплантації нирки обумовлені тими ж факторами ризику, що і при ХХН в цілому (функція нирок, гіпертензія та протеїнурія).

Аутоімунні захворювання, такі, як системний червоний вовчак (СЧВ), ревматоїдний артрит (РА) і системна склеродермія (СС) вражають переважно жінок і характеризуються системним запаленням, що призводить до дисфункції органів-мішеней, у тому числі і нирок.

Системний червоний вовчак являє собою аутоімунне захворювання з втягненням багатьох органів і тканин, що вражає близько п'яти мільйонів людей по всьому світу. Серед хворих з системним червоним вовчаком переважають жінки (співвідношення жінок і чоловіків 9:1). Особливо значуще переважання жінок на піку репродуктивного віку – воно досягає в цей період 15:1. Ураження нирок при системному червоному вовчаку спостерігається приблизно у половині випадків і включає як гломерулярні, так і інтерстиціальні і судинні ушкодження. Вовчаковий нефрит є основним фактором ризику захворюваності і смертності при системному червоному вовчаку і, незважаючи на застосування потужних терапевтичних втручань, як і раніше веде до значного порушення функції нирок у багатьох хворих

Ревматоїдний артрит (РА) також вражає переважно жінок (співвідношення жінок і чоловіків 4:1) з піком захворюваності у віці 45-55 років, що збігається з перименопаузальним періодом. Ці дані дозволяють припустити наявність взаємозв'язку між дефіцитом естрогенів і початком захворювання. Ураження нирок при ревматоїдному артриті спостерігається досить часто, може бути результатом цілого ряду тривалопротікаючих процесів, в тому числі, специфічного ураження нирок у рамках ревматоїдного артрити (гломерулонефрит, інтерстиціальний нефрит), хронічного запалення, нефротоксичної дії застосовуваних лікарських препаратів і наявності коморбідних станів. Потужна асоціація між активністю ревматоїдного артрити і АА-амілоїдозом підвищує захворюваність, амілоїдоз є основною причиною тХПН у пацієнтів з ревматоїдним артритом та ураженням нирок.

Переважають жінки і серед пацієнтів з системною склеродермією (співвідношення жінок і чоловіків коливається від 3:1 до 14:1) з піком захворюваності на п'ятому і шостому десятиліттях життя. При системній склеродермії спостерігаються різні ураження нирок, самим серйозним з яких є склеродермічній нирковий криз, що протікає з клінікою злоякісної артеріальної гіпертензії і гострою нирковою недостатністю. Однак частіше спостерігається ішемічна нефропатія з альбумінурією, гіпертензією і повільним прогресуванням ХХН.

Смертність на діалізі у чоловіків і жінок однакова, але частота деяких ускладнень діалізу та захворюваність у жінок вище. У жінок, які отримують гемодіаліз, переважне використання артеріовенозних фістул, що забезпечує зниження смертності, частоти ускладнень і вартості лікування, менш поширене, ніж у чоловіків. Цьому можна знайти цілий ряд пояснень, включаючи анатомічні/хірургічні проблеми, зумовлені діаметром судин, час звернення за медичною допомогою, і розбіжностями в позиціях. Систематично це питання не вивчалось. Є дані про гірших клінічних показниках, у тому числі більш вираженій анемії, гіршому харчуванні і якості життя у жінок, які отримують діаліз.

Трансплантація є оптимальним методом ЗПТ для пацієнтів, які не мають протипоказань. Дані, отримані в усьому світі, свідчать, що жінки з меншою вірогідністю опиняться реципієнтами ниркового трансплантата, будь то трансплантація від трупного або від живого донора. Разом з тим, жінки з більшою ймовірністю стануть живими донорами для трансплантації нирки

Представлені дані, що стосуються вагітності, гострого ниркового пошкодження, аутоімунних захворювань, ХХН, діалізу та трансплантації, свідчать про те, що залишається ще багато невіршених питань. У жінок є специфічні ризики захворювань нирок, а самі захворювання нирок, так само, як і проблеми, пов'язані з доступом до лікування, роблять серйозний вплив на здоров'я нині живучих і майбутніх поколінь.

Подальші дослідження специфічних імунологічних станів, таких як вагітність, а також системний червоний вовчак та інші аутоімунні системні захворювання, що можуть привести до відкриттів в розумінні їх суті і до змін парадигми лікування.

Є чітка необхідність у підвищенні обізнаності, своєчасній діагностиці та адекватному спостереженні жінок з ХХН у період вагітності. У свою чергу вагітність може виявитися приводом для обстеження та ранньої діагностики ХХН, що дозволить планувати ранні терапевтичні втручання.

## **РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ЛІКУВАННІ ГЕМОДІАЛІЗОМ**

*Лісовий В.М., Котулевич Н. Я., Терещенко І. В., Місула Р.З., Школенко Л.І.*

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала», м. Харків  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

В даний час спостерігається неухильне зростання числа хворих з хронічною хворобою нирок, у тому числі таких, що потребують замісної ниркової терапії. Число хворих, які отримують лікування всіма видами замісної ниркової терапії (гемодіаліз, перитонеальний діаліз, трансплантація нирки) постійно збільшується – в середньому на 12 % у рік (за даними Інституту нефрології НАМН України).

Стан серцево-судинної системи визначає прогноз та результати лікування більш ніж у половини хворих, які перебувають на гемодіалізі. В багатоцентрових дослідженнях, присвячених вивченню різних аспектів серцево-судинної недостатності (ССН) при хронічній нирковій недостатності (ХНН), показано, що артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), шлуночкові аритмії і хронічна серцева недостатність (ХСН) є факторами несприятливого кардіального прогнозу ризику розвитку раптової смерті і загальної летальності.

Так, за даними Європейської асоціації діалізу і трансплантації і Ниркового реєстру США, прояви ССН є найбільш частими причинами смерті хворих з вираженою і термінальною ХНН як до початку замісної ниркової терапії, так і в ході діалізного лікування, а також після трансплантації нирок і складають 30-52 % всіх випадків загальної летальності. Рівень кардіальної летальності у осіб з ХНН в 5-20 разів вище, ніж у загальній популяції. У структурі загальної летальності хворих, які перебувають на замісній нирковій терапії (ЗНТ), інфаркти міокарда становлять 7-15 %, раптова кардіальна смерть — 12-27 % і застійна серцева недостатність — 3-5 %.

Факторами, що обумовлюють частоту ускладнень з боку серцево-судинної системи, є гіпертензія, порушення електролітного та водного балансу з регулярною гіпергідратацією і адаптивними коливаннями розмірів серця, метаболізму ліпідів і вуглеводів, що викликають прискорений розвиток атеросклерозу, наявність у хворих анемії і постійного судинного доступу, що підвищують ударний і хвилинний об'єм, нерідко розвиток перикардиту.

Артеріальна гіпертензія є одним з найбільш частих проявів ССН при ХНН. Ще до розвитку ниркової недостатності її частота у хворих з різними ураженнями нирок чітко перевищує таку в загальній популяції, складаючи від 34 до 85 % у хворих з різними морфологічними варіантами первинного хронічного гломерулонефриту (ХГН), 70-84 % — у хворих з діабетичним гломерулосклерозом. Розвиток ниркової недостатності ще більше збільшує частоту АГ, яка досягає 90 % у осіб, початківців замісну ниркову терапію.

Патогенез АГ при ХНН представляється багатофакторним. За даними V. M. Campese, провідними з цих чинників є затримка натрію і води, активація ренін-ангіотензин-альдостеронової і симпатичної систем, порушення ниркового баро - і хеморецепторного апарату, зміни балансу вивільняються ендотелієм вазодепресорного і вазоконстрикторних