В.М. ЛІСОВИЙ, Н.М. АНДОН'ЄВА, М.М. ПОЛЯКОВ, О.А. ГУЦ, М.Я. ДУБОВИК, Г.В. ЛІСОВА

НИРКОВОЗАМІСНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІКІСТОЗОМ НИРОК ПІСЛЯ БІЛАТЕРАЛЬНОЇ НЕФРЕКТОМІЇ

Харківський національний медичний університет

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

м. Харків

Вступ. Полікістоз нирок - вроджена двобічна структурна аномалія, яка характеризується заміщенням ниркової паренхіми множинними кістами. Основними ускладненнями полікістозу являються хронічний пієлонефрит, нагноєння кіст, крововиливи та розрив кіст, а також хронічна ниркова недостатність, до якої неминуче приводить прогресуючий перебіг хвороби. В структурі причин термінальної стадії хронічної хвороби нирок (ХХН) полікістоз складає біля 10%.

Білатеральна нефректомія (БНЕ) досить часто виконується пацієнтам з полікістозом нирок, які вже отримують нирковозамісну терапію (НЗТ) діалізними методами, перед трансплантацією нирки з метою усунення потенційних джерел сечової інфекції перед початком імуносупресивної терапії. Разом з тим нерідкими є випадки, коли БНЕ показана пацієнтам, яким трансплантація нирки за різних обставин не може бути проведена найближчим часом, і яким планується продовження НЗТ методами перитонеального або гемодіалізу.

Метою нашого дослідження було визначення впливу БНЕ на показники адекватності НЗТ у пацієнтів з полікістозом нирок.

Матеріал та методи. В ОКЦУН ім. В.І. Шаповала під спостереженням знаходилися 11 пацієнтів, хворих на полікістоз нирок, з термінальною стадією ХХН на діалізі, яким була проведена БНЕ, з них 6 отримували перитонеальний діаліз, 5 - гемодіаліз. Вік пацієнтів складав від 35 до 53 років (в середньому 42,2±3,8), чоловіків - 4, жінок - 7. БНЕ виконані в терміни від 6 до 56 місяців від початку НЗТ. Показаннями до нефректомії були кровотеча, нагноєння кіст, некерована артеріальна гіпертензія. Нефректомії виконувались відкритим методом. У 2-х хворих нефректомія проводилася одночасно з обох боків. Для

оцінки результатів ми проаналізували рівень креатиніну, альбуміну, калію, фосфору сироватки крові, динаміку артеріального тиску, частоту госпіталізацій, а у ПД-пацієнтів – частоту діалізних перитонітів протягом 1 року до та після проведення БНЕ.

Результати нашого спостереження показали, що проведення діалізної терапії в режимі, у якому вона проводилася до БНЕ, привело до зростання рівня креатиніну (з 753,7±210,3 до 1038,5±189,2 мкмоль/л, $p<0,01$), тобто втрата залишкової функції нирок після проведення білатеральної нефректомії потребувала посилення режиму діалізу. Після БНЕ у 9-ти з 11-ти пацієнтів знизився рівень альбуміну сироватки крові: середній рівень склав 31,8±5,6 г/л проти 37,6±3,8 до операції ($p<0,05$). Після БНЕ збільшилися рівні калію та фосфору сироватки крові, але ці зміни не досягли статистичної вірогідності. Після проведення БНЕ протягом 4-х місяців у 8-ми з 11-ти хворих була скоригована артеріальна гіпертензія, необхідність в медикаментозній корекції залишилася у 3-х хворих, але дози гіпотензивних препаратів були суттєво знижені. Виявлені вірогідні розбіжності в частоті госпіталізацій до та після проведення БНЕ: якщо до БНЕ середня кількість випадків госпіталізації на одного хворого становила 2,4 на рік, то після БНЕ цей показник знизився до 0,9. У пацієнтів на ПД це пов'язано із значним зменшенням частоти діалізних перитонітів: в нашому спостереженні до БНЕ зареєстровано 1,5±0,4 епізоди на рік, після БНЕ протягом року таких випадків не було. У віддалені терміни 5-м пацієнтам проведена успішна трансплантація нирки від живого спорідненого донора.

Висновки. Таким чином, БНЕ у хворих з полікістозом нирок за нашими спостереженнями потребує корекції режиму діалізу, а також знижує рівень альбуміну. Після БНЕ виникає тенденція до підвищення рівня калію та фосфору сироватки крові. Разом з тим БНЕ суттєво зменшує частоту діалізних перитонітів у хворих на перитонеальному діалізі, що позитивно впливає на виживаність методики ПД, а також частоту госпіталізацій пацієнтів, які отримують НЗТ, що є показником підвищення якості діалізної терапії.