

ПРОБЛЕМЫ ГЕМОДИАЛИЗА

Оценка степени выраженности вторичного гиперпаратиреоза по уровню интактного паратгормона в различных возрастных группах у пациентов на программном гемодиализе

Вахитова Р.Ш., Хасанова М.И., Дамоцев В.А., Газизов Р.М.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Больницаскорой медицинской помощи №2», г. Казань, Россия

В популяции гемодиализных пациентов часто наблюдаются минерально–костные нарушения, связанные с развитием и прогрессированием вторичного гиперпаратиреоза.

ЦЕЛЬ: Оценить степень выраженности вторичного гиперпаратиреоза по уровню интактного паратгормона у больных различных возрастных групп V стадии хронической болезни почек, получающих терапию методом программного гемодиализа.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обследовано 58 больных с хронической болезнью почек V стадии, получающих заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа. Больных беспокоили боли в костях, артралгии. До момента исследования пациенты не получали препаратов для коррекции минерально-костных нарушений. Всем больным проведено определение уровня интактного паратгормона (и-ПТГ) методом иммунохемолюминисцентного анализа. Больные по возрасту были разбиты на две группы. Первую группу составили лица младше 65 лет в количестве -33 человека. Вторую группу составили лица старше 65 лет в количестве - 25. Для анализа использовались непараметрический методы статистики (критерий χ^2 - критерий Пирсона). Различия исследуемых признаков признавались достоверными при $\chi^2 \geq 10.83$ с $p < 0.001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В результате исследования у пациентов на программном гемодиализе уровень иПТГ составил от 8 до 1655 пг/мл.

В первой группе средний уровень иПТГ составил - 847. Повышение уровня иПТГ более 100 пг/мл в 66%. Во второй группе уровень и ПТГ составил - 54. Увеличение иПТГ более 100 пг/мл

выявлялось почти в 3 раза реже (в 24% случаев). Различия уровня иПТГ в возрастных группах старше и моложе 65 лет оказались достоверными ($\chi^2 = 13.5$) с $p < 0.001$.

ВЫВОДЫ: В старшей возрастной группе больных патология костной системы редко связана с вторичным гиперпаратиреозом. Необходимо исключить прежде всего общепопуляционную возрастную патологию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вторичный гиперпаратиреоз, интактный паратгормон, программный гемодиализ

A Rare Cause of Peritonitis in Patient on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; Haemophilus Parainfluenza

**Beyza Algül Durak¹, Selman Ünverdi¹, Süleyman Karaköse¹,
Yasemin Gülseren², Eyüp Koç¹, Emin Çağlar Yetkiner³,
Galip Aktürk³, Murat Duranay¹**

¹ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

² Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği

³ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

INTRODUCTION: Peritonitis is one of the important reasons for the termination of the peritoneal dialysis, mortality and removing of peritoneal catheter which patients undergoing peritoneal dialysis. Among these the most common cause of peritonitis in patients with Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli were identified as pathogens. However, in the records of Haemophilus parainfluenzae peritonitis were reported in three patients. In this case Haemophilus parainfluenza has been reported as a rare cause of peritonitis.

CASE REPORT: 32 year old male patient with chronic renal failure secondary to hypertension was being treated peritoneal dialysis 1.5 years. The patient had no history of previously peritonitis. The patient has admitted to our clinic with abdominal pain and blurring of the peritoneal dialysate fluid. Patient has evaluated, he had no fever and peritoneal catheter exit site appearance was normal. Peritoneal fluid appearance was blur, white blood cell count 11.600

/mm³ and CRP 8 mg/dl. Dialysate fluid leukocyte count 2920/mm³ after the patients blood and peritoneal fluid culture was treated with cefotaxime and gentamicin. Patient's blood and dialysate culture has reported as Haemophilus parainfluenzae positive. On the third day of the treatment of patients reduced abdominal pain and blurry of the dialysate fluid. After the treatment dialysate fluid leukocyte count was 30 / mm³. Patients completed the antibiotic treatment for 3 weeks and was discharged.

RESULT: Haemophilus parainfluenza is a rare microorganism that can be a reason for peritonitis. As previously reported three cases of peritoneal dialysis catheters was removed. In our case, early laboratory and clinical response to antibiotic therapy is provided to the patient's catheter was left in place. In these cases catheter removal should be considered which is resistant to treatment or recurrence.

KEYWORDS: Peritoneal dialysis, peritonitis, Haemophilus parainfluenza.

Применение перитонеального диализа у новорожденных при острой почечной недостаточности в РК

Бамыш М., Алтынова В., Хван М.А.

*Научный национальный центр материнства и детства,
г. Астана, Казахстан*

Острое повреждение почек – неспецифический синдром различной этиологии, развивающийся в связи с внезапным выключением гомеостатических функций почек, в основе которого лежит гипоксия почечной ткани с последующим преимущественным повреждением канальцев и развитием интерстициального отека. Проявляется повышением уровня азотистых метаболитов (мочевина, креатинин), электролитными расстройствами, преобладанием катаболических процессов, задержкой и изменением распределения воды в организме. По литературным данным 80% новорожденных после хирургических вмешательств переносят острое почечное повреждение в той или иной степени.

ЦЕЛЬ: Снижение летальности от острой почечной

недостаточности у новорожденных и детей раннего возраста путем применения перитонеального диализа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Место проведения – ННЦМД. Перитонеальный диализ проводился 8 новорожденным детям в отделениях реанимации новорожденных и сектора хирургии новорожденных в 2013г. Основными причинами ОПН явились сепсис (4), полиорганная недостаточность (2), перинатальная асфиксия (1), мультикистозная дисплазия (1). Показаниями к проведению перитонеального диализа послужили резкое (в течение 24-48 ч) снижение функции почек олигурией менее 0,5 мл/кг/ч (по классификации RIFLE), выраженная гипергидратация, не поддающаяся диуретической терапии, гиперкалиемия более 7,5ммоль/л, декомпенсированный метаболический ацидоз. Диализ проводился после получения информированного согласия родителей.

Клинические данные и результаты лечения

№	GA (нед.)	Длительность ПД, день	вес до ПД	вес после ПД	Ст до ПД	Уг до ПД	Ст после ПД	Уг после ПД	Осложнение ПД	исход
1	38	3	2617	2704	216	23,3	79	9	перитонит	разрешение
2	40	12	4725	3885	184	18,4	32	6,7	нет	разрешение
3	34	22	3400	2844	290	65,1	32	5,3	протечка	разрешение
4	42	11	3630	3200	163	26,1	92	13	нет	разрешение. Умер -СПОН
5	38	7	5400	5250	240	28	56	6	нет	разрешение
6	36	8	3700	3370	280	27,4	63	7,4	нет	разрешение
7	35	4	3100	3050	268	28,4	50	8,1	нет	разрешение
8	38	6	3300	2950	250	25,0	68	6,5	нет	разрешение

Катетер для перитонеального диализа длиной 32см с 1 манжетой устанавливался стандартным хирургическим путем под общим наркозом в условиях операционного блока. Диализ начинался с первых часов после имплантации перитонеального катетера. Использовалась специальная система для

новорожденных «PD-Paed» производства Fresenius Medical Care. Залив диализирующего раствора начинали с объема 10-15 мл/кг, экспозиция 30 - 90 минут. Использовали раствор Дианил высокой осмолярности (3,86% декстрозы), производства Бакстер с последующей заменой на низкоосмолярный раствор (1,36%).

РЕЗУЛЬТАТЫ: Из осложнений отмечалась негерметичность брюшной полости (1). У 1 ребенка на 3 сутки ПД осложнился перитонитом, (атрезия 12 перстной кишки). Диурез восстановился на 3 - 22 сутки. Коррекции анемии и гипопропротеинемии потребовалась в начале лечения. Электролитные и метаболические нарушения купировались к началу третьих суток лечения. Уровень креатинина в среднем 236,37 мкмоль/л, мочевины – 30,1). Причиной гибели 1 ребенка была полиорганная недостаточность.

ВЫВОДЫ: Единственным методом заместительной почечной терапии у новорожденных является перитонеальный диализ. Раннее начало лечения способствует более благоприятному исходу основного заболевания, тем самым снижает летальность в неонатальном периоде.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перитонеальный диализ, новорожденные, острая почечная недостаточность.

Применение цинакалцета у гемодиализных пациентов с выраженным гиперпаратиреозом

**Вахитова Р.Ш., Хасанова М.И., Исмагилова Н.И.,
Дамоцев В.А., Ахмадуллина Л.Ф., Камалетдинова Т.Н.,
Газизов Р.М.**

*Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Больница скорой медицинской помощи №2», Казань, Россия*

В настоящее время быстро растет популяция пациентов, получающих терапию методом программного гемодиализа. Это связано как с улучшением мониторинга и своевременным началом заместительной почечной терапии, так и с увеличением продолжительности жизни гемодиализных пациентов за счет улучшения качества гемодиализа. У пациентов на заместительной почечной терапии наблюдается ряд осложнений, которые могут значительно ухудшить качество жизни. К ним относится и выраженный гиперпаратиреоз.

ЦЕЛЬ: Оценить влияние комбинации цинакалцета с активными

формами витамина Д3 на уменьшение некоторых проявлений выраженного гиперпаратиреоза у пациентов на заместительной почечной терапии методом программного гемодиализа.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обследовано 58 пациентов с 5 стадией хронической болезни почек, находящихся на терапии методом программного гемодиализа. Всем больным проведено определение уровня интактного паратгормона (и-ПТГ) методом иммунохеомолюминисцентного анализа, проведено стандартное общее и биохимическое исследование сыворотки крови. Все пациенты получали адекватный гемодиализ (с Kt/v более 1.4), продолжительностью не менее 12 часов в неделю. Из всей группы были выделены пациенты с уровнем и-ПТГ более 1000 пг/мл. Проведено ультразвуковое исследование локализации и объема паращитовидных желез. Назначена терапия цинакалцетом в сочетании с альфакальцидолом в среднетерапевтических дозах продолжительностью не менее 6 месяцев. На фоне терапии в динамике пациенты были опрошены по предложенной стандартной анкете с целью оценки наличия и степени выраженности болевого синдрома. В анкете были предложены степени градации болевого синдрома от «боль отсутствует» до «нестерпимая боль», соответствующие определенным баллам по десятизначной шкале. Полученные результаты были проанализированы с использованием непараметрических методов статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В результате исследования у 19 %процентов пациентов был выявлен выраженный гиперпаратиреоз с уровнем интактного гормона более 1000 пг/мл. У всех из них отмечалась гиперфосфатемия, были лоцированы не менее 4х паращитовидных желез с типичным расположением. Было выявлено, что увеличение уровня и-ПТГ достоверно ассоциировано с выраженной гиперплазией паращитовидных желез. Большинство пациентов (79.4%) отмечали наличие болевого синдрома чаще в области нижних конечностей и таза различной степени выраженности. На фоне терапии цинакалцетом в сочетании с альфакальцидолом в течении 6 месяцев у всех пациентов удалось добиться определенного снижения и-ПТГ, но не до целевого уровня. Болевой синдром уменьшался лишь у 45% пациентов.

ВЫВОДЫ: Пациентом с выраженным гиперпаратиреозом требуется длительная терапия цинакалцетом в сочетании с альфакальцидолом для коррекции минерально- костных нарушений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: цинакалцет, гиперпаратиреоза, программный диализ.

Типы ремоделирования сердца у больных, находящихся на программном гемодиализе

Байкелова М.Р., Рыбакова М.А.

ТОО «Медицинская клиника «Центр гемодиализа», г.Астана, Казахстан

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г.Астана, Казахстан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – изучение частоты гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и изменений геометрии сердца в зависимости от уровня артериального давления (АД) у диализных больных.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: 40 диализных пациентов были разделены на 3 группы в зависимости от уровня АД: гипотоники (АД=100/60 мм.рт.ст.), нормотоники (АД= до 139/89 мм.рт.ст.) и гипертоники (АД=140/90 мм.рт.ст. и выше). Перебором жидкости в междиализный период считали рост на 1кг/сутки и более или 3% от «сухой» массы тела. Критериями анемии тяжелой степени принимали уровень гемоглобина (Hb) до 80г/л и ниже, эритроцитов (Эр)- $2,6 \times 10^{12}/л$, а гематокрита (Ht) – 25%. Всем больным выполнялось ультразвуковое исследование сердца аппаратом («VividS5» Израиль) по стандартной методике. Тип ремоделирования ЛЖ оценивали с помощью «кубической» регрессионной формулы В.Р.Devereux. Массу миокарда ЛЖ рассчитывали по формуле: $ММЛЖ = 1,04 \times [(конечно\ диастолический\ размер\ ЛЖ\ (КДРЛЖ) + межжелудочковая\ перегородка + задняя\ стенка\ ЛЖ) \times 3 - КДРЛЖ \times 3] - 13,6$. Определяли индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ $134\ г/м^2$ и более у мужчин и $110\ г/м^2$ у женщин. Относительную толщину стенки рассчитывали по формуле: $ОТС = (2 \times ЗСЛЖ / КДР) \times 100$. Нормальной геометрией ЛЖ считали $ОТС < 0,45$ при нормальном ИММЛЖ, концентрическое ремоделирование при $ОТС > 0,45$ и нормальном ИММЛЖ, а эксцентрическую ГЛЖ принимали $ОТС > 0,45$ и увеличенный ИММЛЖ. Диастолическую дисфункцию ЛЖ оценивали в режиме импульсной доплерографии по величине пиковых скоростей диастолического наполнения ЛЖ – быстрое и медленное (Е и А) – и их соотношения.

РЕЗУЛЬТАТЫ: По данным эхокардиографии ГЛЖ диагностирована у 55% больных. Наблюдалось преобладание эксцентрического типа ГЛЖ – 50%. Концентрический тип ГЛЖ выявлен у 5%, у остальных 45% пациентов – нормальная геометрия ЛЖ. У гипертоников и нормотоников в основном наблюдалась эксцентрическая ГЛЖ. У гипотоников оба типа ГЛЖ определялись с одинаковой частотой.

Показатели больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, в зависимости от уровня артериального давления.

Показатели	Гипотоники (n=5)	Нормотоники (n=17)	Гипертоники (n=18)
Среднее САД мм.рт.ст.	101 ± 7	129 ± 1	167 ± 2
Среднее ДАД мм.рт.ст.	68 ± 3	88 ± 2	87 ± 3
Во время ПГД САД	71 ± 1	97 ± 4	109 ± 8
Во время ПГД ДАД	46 ± 5	65 ± 3	71 ± 1
Случаи гипотонии	17,5 %	12,5%	0%
Сред. набор жид. (мл)	2178 ± 5	2003 ± 3	1640 ± 2
Гемоглобин (г/л)	119	107	98,6
Эритроциты (10 ¹² /л)	4,02	3,8	3,6
Гематокрит (%)	27 ± 8	26 ± 1	26 ± 2
Нормальная геометрия ЛЖ	5%	17,5%	22,5%
Эксцентрическая ГЛЖ	2,5%	25%	22,5%
Концентрическая ГЛЖ	2,5%	-	2,5%

Примечание: САД и ДАД – систолическое и диастолическое АД. Сред. набор жид. – средний набор жидкости.

Выявлена положительная корреляционная связь между наличием анемии тяжелой степени, увеличением ИММЛЖ и объемом жидкости в междиализный период, а также отрицательная зависимость между анемией, с систолическим и диастолическим АД и ОТ ЛЖ. Показатель диастолической дисфункции ЛЖ (Е/А) находился в обратной связи от объема жидкости в междиализный период и ИММЛЖ.

ВЫВОДЫ: Таким образом, среди диализных больных чаще наблюдается эксцентрический тип ГЛЖ. Анемия тяжелой степени преимущественно у гипертоников достоверно увеличивает ИММЛЖ.

Набор большого объема жидкости в междиализный период, особенно у гипотоников, приводит к объемной перегрузке левого желудочка.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ремоделирование сердца, гипертрофия левого желудочка, артериальная гипертензия, программный диализ.

Перитониты у пациентов на перитонеальном диализе, особенности терапии

Рахымжан Г.

Университет Безмиалем, Стамбул, Турция

ЦЕЛЬ: Изучение причины возникновения перитонитов у пациентов на перитонеальном диализе и методы лечения, особенности терапии.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В процессе исследования взяты все пациенты на перитонеальном диализе, находящиеся на амбулаторном контроле в нефрологической поликлинике при Университете Безмиалем.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Их 23 – х пациентов на перитонеальном диализе у 3-х с 01.01.2014 г. зафиксирован перитонит. Лечение проводилось согласно протоколу Международной Ассоциации Перитонеального Диализа (ISPD), амбулаторно, с применением введения антибиотиков интраперитонеально. Во всех 3-х случаях уже на 3-е сутки зафиксировано: нормализация температуры тела, уменьшение/исчезновение болей в животе, снижение уровня лейкоцитов в диализате, нормализация прозрачности диализата.

ВЫВОДЫ: Несмотря на то, что перитонит является самым частым и серьезным осложнением перитонеального диализа, терапия является простой и не требующей госпитализации.

После перенесенного перитонита у пациентов наблюдалось незначительное снижение ультрафильтрации и веса.

Ни один из 3-х пациентов не нуждался в госпитализации, единственное что требуется по отношению к пациентом с перитонитом: провести повторное обучение техники перитонеального диализа и посещение их домов для оценки санитарных норм.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: перитонеальный диализ, перитонит, антибиотико-терапия, интраперитонеально.

Характеристика системы гемостаза у больных с хронической болезнью почек на консервативной терапии и программном гемодиализе

Карабаева А.Ж., Есяян А.М., Каюков И.Г., Кадинская М.И.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы, Казахстан

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить состояние тромбоцитарного, плазменного и антикоагулянтного звеньев гемостаза у больных с разными стадиями хронической болезни почек (ХБП).

МЕТОДЫ. 40 пациентов с ХБП. Из них 13 пациентов - с ХБП III-IVст., получающих консервативную терапию; 27 - ХБП V ст. на гемодиализе (ГД), 9 из которых получали диализную терапию в течение ≥ 6 лет (1 группа), 16 пациентов - менее 6 лет (2 группа).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. У пациентов оценивали морфофункциональную активацию тромбоцитов, концентрацию фибриногена, активность антитромбина III (АТ-III), D-димер.

Степень активации тромбоцитов оценивалась по сумме активных клеток (дискоэхиноцитов, сфероцитов и сфероэхиноцитов) и количеству тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, размерам агрегатов.

Показатели гемостаза у больных с ХБП по сравнению с группой здоровых лиц ($M \pm \delta$)

Исследования	Больные с ХБП III-IVст. n=19	Больные на ГД (ХБП V ст.)		Контрольная группа (здоровые) n=10
		1 группа n=9	2 группа n=16	
Длительность ГД, годы	-	9,7 \pm 2,5	3,8 \pm 1,7	-
Сумма активных тромбоцитов	20,9 \pm 6,32	24,1 \pm 4,33*	21,3 \pm 5,72*	13,6 \pm 2,07
Число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты	8,8 \pm 4,62	9,5 \pm 3,54	9,3 \pm 3,63	4,7 \pm 2,04
Концентрация фибриногена, г/л	4,2 \pm 1,06*	3,8 \pm 0,66*	3,9 \pm 0,65*	2,34 \pm 0,17
АТ-III, %	82,5 \pm 12,66	84,0 \pm 7,62	85,2 \pm 9,24	113,3 \pm 12,8

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ статистическая достовер-

ность различия относительно контрольной группы здоровых лиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных на ГД, независимо от сроков процедуры, и у больных с ХБП III-IV ст. имеются морфологические признаки активации тромбоцитов. По сравнению с группой здоровых лиц достоверно повышена сумма активных форм тромбоцитов и увеличено число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, за счет образования внутрисосудистых агрегатов малого размера (2-3 тромбоцита в агрегате). Во всех группах повышена концентрация фибриногена. Не выявлено достоверного снижения уровня эндогенного антикоагулянта, однако значения АТ-III находятся на нижней границе референтных величин. Более половины больных с ХБП III-IV ст. (54%) имели повышенный уровень D-димера, а у больных на ГД, маркер повышенного внутрисосудистого свертывания выявлен у трети пациентов (33% в 1 гр. и 30% во 2 гр.). Достоверных различий в показателях гемостаза между группами не выявлено.

ВЫВОДЫ. Таким образом, у больных как с ХБП III-IV ст., так и у больных, находящихся на гемодиализе, выявлена активация тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза, что сопровождается повышением уровня фибриногена и может приводить к серьезным нарушениям реологических свойств крови.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гемостаз, хроническая болезнь почек, гемодиализ.

Легочная гипертензия у пациентов находящихся на хроническом программном гемодиализе

Джеентаев К.Ш., Калиев Р.Р.

*Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан
Национальный центр кардиологии и терапии
им. М.М. Миррахимова, г. Бишкек, Кыргызстан*

Хроническая болезнь почек неизбежно приводит к функциональным и структурным изменениям многих органов и систем. Вовлечение сердечно-сосудистой системы в литературе известно, как хронический ренокардиальный синдром, который в свою очередь может сопровождаться легочной гипертензией (ЛГ). Ключевыми моментами в развитии ЛГ служат

гиперволемию сосудистого русла, эндотелиальная дисфункция, артериовенозная фистула (АВФ) и наличие хронического воспаления в организме пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить частоту развития, клинико-лабораторные характеристики и прогноз ЛГ у пациентов, получающих хронический программный гемодиализ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование 51 пациента в возрасте от 27 лет до 67 лет (41 мужчина, 10 женщин) с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН). В дальнейшем в зависимости от наличия ЛГ были выделены две когорты по 20 человек в каждой. Длительность заместительной почечной терапии составила от 8 мес. до 23 лет (в среднем 65 ± 10 мес.). Основной причиной тХПН явились гломерулонефриты - 24, сахарный диабет - 5, пиелонефрит - 3, подагра - 4, поликистоз почек - 4. Всем пациентам проводился стандартный бикарбонатный гемодиализ три раза в неделю по 4 часа. Рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, эхокардиография и спирография назначались после процедуры гемодиализа с целью исключения влияния гипергидратации организма на результаты обследования. Полученная доза гемодиализа оценивалась по уравнению Даугирдаса.

Для обработки полученных данных была использована компьютерная программа Statistica 7.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Среди 51 пациента ЛГ была выявлена у 23 человек, что составляет 45 %. При сравнении двух групп основной жалобой в группе с ЛГ оказалась одышка ($p=0,052$). Характерными симптомами явились увеличение правой границы сердца, акцент 2 тона над ЛА, и гепатомегалия ($p=0,0015$, $p=0,044$, $p=0,048$ соответственно). Выявлена заметная корреляция между уровнем давления в ЛА и возрастом пациентов ($r=0,36$, $p=0,03$). Исследуемые группы не отличались по уровням сист. АД, диаст. АД и АД ср. ($p=0,35$, $p=0,34$, $p=0,5$ соответственно). По числу эритроцитов, уровню гемоглобина, гематокриту, концентрации железа сыворотки крови значимых отличий также не зафиксировано ($p=0,38$, $p=0,47$, $p=0,47$, $p=0,37$ соответственно). Содержание альбумина в сыворотке крови в группе с ЛГ было ниже, чем в группе без ЛГ ($p=0,04$). По уровню обеспеченной дозы гемодиализа, электролитов, индексу атерогенности группы больных между собой не отличались. При проведении спирографии обнаружена склонность пациентов с ЛГ к более низким показателям функциональной жизненной

ёмкости лёгких, пиковой скорости выдоха, при этом падение объёма форсированного выдоха ($ОФВ_1$) в первую секунду обладало достаточным уровнем достоверности ($p < 0,05$). Обнаружена прямая зависимость между степенью ЛГ, с одной стороны и размерами ЛП ($r = 0,33$, $p = 0,001$), и ИММЛЖ ($r = 0,48$, $p = 0,006$) с другой. Зависимость с фракцией выброса была обратной ($r = -0,64$, $p < 0,001$). Связь между ЛГ и размерами правого желудочка оказалась слабой ($r = 0,28$, $p = 0,08$). На этом основании можно сделать вывод о том, что развитие ЛГ в большей степени связано с дисфункцией левых отделов сердца. При рентгенологическом исследовании, расширение ЛА, было выявлено только в одном случае. В то же время расширение верхней полой вены, указывающее на явления гипергидратации, установлено в двух случаях. Отличительным признаком ЛГ явился венозный застой в лёгких ($p = 0,045$). За период наблюдения в три года, в категории пациентов с ЛГ скончались три человека (летальность-15%), а в категории без ЛГ умер один (летальность-5%), при расчёте $OR = 3$, т.е. риск смерти в группе с ЛГ был выше в 3 раза.

ВЫВОДЫ: Распространённость ЛГ у пациентов с тХПН, получающих гемодиализ, составляет 45%. Выявлена прямая связь между возрастом больных и уровнем давления в ЛА. Объективными признаками ЛГ являются: увеличение границы сердца вправо, акцент 2 тона над ЛА, гепатомегалия. При лабораторно-инструментальном обследовании установлено, что уровень гемоглобина не влияет на степень ЛГ. Повышение давления в ЛА сопровождается снижением уровня альбумина в крови. При рентгенографии патогномичным симптомом является венозный застой в лёгких. На спирограмме в группе пациентов с ЛГ отмечено снижение $ОФВ_1$. Эхокардиографически установлено увеличение размеров ЛП, снижение фракции выброса и увеличение ИММЛЖ. Риск смерти у пациентов с ЛГ выше в три раза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая болезнь почек, легочная гипертензия, гемодиализ

Динамика состояния миокарда левого желудочка у больных на программном гемодиализе под влиянием терапии спиронолактоном

Карабаева А.Ж., Есаян А.М., Каюков И.Г.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ Республики Казахстан, г. Алматы, Казахстан;

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучить функциональное состояние миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической болезнью почек (ХБП) на программном гемодиализе (ГД) до и после применения спиронолактона.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: 38 пациентов с ХБП V ст. на ГД.

Изучаемые параметры ЭхоКГ: конечный диастолический размер (КДР), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), толщина межпредсердной перегородки (ТМЖП), расчет массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле Американской ассоциации эхокардиографии (ASE), относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС). Проводилась индексация ММЛЖ к площади поверхности тела (ИММЛЖ). Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при ИММЛЖ 125 г/м² и более у мужчин и 110 г/м² и более у женщин. Ремоделирование ЛЖ оценивали по величине ИММЛЖ и ОТС. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Различия признавались достоверными при $p < 0,05$. Значимость различий между группами оценивалась с помощью *t*-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ: у больных на ГД исходно отмечена ГЛЖ. Выявлены следующие типы ремоделирования: концентрическое ремоделирование – у 21 пациента (55,3%), концентрическая гипертрофия ЛЖ – у 15 (39,5%), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ – у 1 (2,6%). Лишь у 1 пациента (2,6%) диагностирована нормальная геометрия ЛЖ. После приема спиронолактона в дозе 25 мг/сут в течение 6 мес. выявлено достоверное уменьшение КДР ($4,13 \pm 0,13$ см до приема спиронолактона и $3,94 \pm 0,17$ после приема спиронолактона, $p < 0,05$), ТЗСЛЖ ($1,29 \pm 0,03$ см и $1,23 \pm 0,04$

соответственно, $p < 0,05$), ИМЛЖ ($235,74 \pm 18$ г/м² и $206,18 \pm 21,45$ соответственно, $p < 0,001$) и ИММЛЖ ($130,94 \pm 10,6$ и $113,32 \pm 11,75$ соответственно, $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ. Изменение структуры миокарда при почечной недостаточности характеризуется гипертрофией и ремоделированием. Терапия спиронолактоном, подавляя активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, уменьшает процессы фиброобразования, способствует регрессу гипертрофии миокарда и, таким образом, снижению развития патологического ремоделирования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: миокард, почечная недостаточность, спиролактон, гемодиализ.

Опыт применения препарата метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета в гемодиализной практике на базе областной клинической больницы г. Караганда

**Сариева С.С., Жидких Н.Ю., Павлова Е.В., Абраева С.Б.,
Богунов Н.Ю.**

*Областная клиническая больница управления здравоохранения
Карагандинской области, г. Караганда, Казахстан*

ЦЕЛЬ. Почечная анемия- (a. renalis) А., чаще гипохромная, развивающаяся при почечной недостаточности вследствие дефицита эритропоэтинов или накопления в крови их ингибиторов.

На сегодняшний день проблема лечения ренальной анемии является актуальной ввиду прогрессирования роста пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, нуждающихся в процессе течения основного заболевания в коррекции эритропоза. Об этом свидетельствует увеличение пациентов по Карагандинской области находящихся на программном гемодиализе и получающих заместительную терапию, за 3 года на 42%.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. За период с января по март 2014 г на базе отделения гемодиализа КГП «ОКБ» УЗКО пролечено 30 пациентов, находящихся на программном гемодиализе, страдающих ренальной анемией, в возрасте от 30 до 60 лет, из них 20 мужчин и 10 женщин, принимающих с целью

коррекции анемии эпоэтины длительного действия, в частности метоксиполиэтиленгликоль- эпоэтин бета. За время терапии гемотрансфузий не наблюдалось. Исходный уровень гемоглобина у данных пациентов составлял в среднем 85 г/л. Коррекция дозировки препарата проводилась в течение трех месяцев в зависимости от динамики уровня гемоглобина. Применение препарата метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета в первый месяц терапии у 70% пациентов проводилось по схеме 150 мкг в месяц, у 30% пациентов доза препарата составляла 75 мкг в месяц. Во второй месяц соотношение пациентов, получавших препарат в дозировке 150 мкг/месяц и 75 мкг/месяц составляло 1:1. В третий месяц терапии дозировка препарата составляла 150 мкг/месяц у 17% пациентов и 75 мкг/месяц у 73% пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В конце третьего месяца применения препарата уровень гемоглобина достигал целевого и составлял в среднем 110 г/л. 10% пациентов отменен препарат, за время лечения у одного пациента в ходе терапии уровень гемоглобина снизился до 70 г/л, после чего он был переведен на эпоэтин короткого действия; двум пациентам отменен препарат, так как превышен целевой уровень гемоглобина (130 г/л).

ВЫВОДЫ. Применение препарата метоксиполиэтиленгликоль - эпоэтин бета позволяет сократить кратность введения препарата до одного раза в месяц, а также является альтернативой гемотрансфузий, что снижает риск возникновения осложнений связанных с трансфузией препаратов и компонентов крови. Препарат является фармако - экономичным ввиду сокращения кратности применения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета, почечная анемия, гемодиализ

Опыт применения сахара железа с целью коррекции анемии у пациентов на программном гемодиализе

Джайнакбаев Н.Т., Омартаев С.А., Карибаев Е.А., Мунар С.,

Селибаев А.А.

Центр амбулаторного гемодиализа ТОО «Фрезениусмедикал-кейр Казахстан», г. Астана, Казахстан

Ренальная анемия является неизбежным последствием

терминальной стадии почечной недостаточности. Потери железа через гемофильтр у пациентов на программном гемодиализе, а также частичный гемолиз в связи с постоянной длительной циркуляцией крови в экстракорпоральном контуре усугубляют данный тип анемии, снижая эффективность применения препаратов эритропоэтина.

ЦЕЛЬ: выявить эффективность введения сахарата железа у пациентов на программном гемодиализе с целью коррекции ренальной анемии.

МАТЕРИАЛЫ: перспективный одноцентровой анализ назначения сахарата железа в дозе 100мг 1 раз в 2 недели при нормальном диапазоне гемоглобина, насыщения трансферрина и уровня сывороточного железа.

Исследованы анализы 48 пациентов (21 мужчин, 25 женщин) в возрасте от 19-64лет (средний возраст 47,3года, \pm 14,5лет), получавших сахарат железа в течение 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ: 44 пациента завершили исследование (91,6%). Через шесть месяцев внутривенной терапии сахаратом железа (100мг 1 раз в 2 недели), средний уровень ферритина продемонстрировал незначительную тенденцию роста с $483,1 \pm 288,7$ на исходном уровне до $522,3 \pm 242,1$ мг/л в конце исследования, уровень железа вырос с $13,0 \pm 6,0$ до $16,6 \pm 7,0$ ммоль/л, трансферрина с $1,73 \pm 0,3$ до $1,79 \pm 0,2$ и насыщение трансферрином повысилось с $30,2 \pm 13,3$ до $34,0 \pm 14,2\%$. Только повышение ферритина было статистически достоверным ($p=0,04$), в то время как изменение уровня железа и трансферрина не было значимым. Уровень гемоглобина оставался стабильным ($117,1 \pm 12,5$ на исходном уровне и $119,5 \pm 10,3$ г/дл на конец исследования). Средняя доза darbapoэтина альфа была снижена с 1 до 0.7 мг/кг 1раз в 2 недели подкожно.

ВЫВОДЫ. Регулярная доза сахарата железа 100мг каждые 2 недели поддерживает уровень железа и гемоглобина у гемодиализных пациентов, и допускает значительное снижение дозы эпоэтинов. Внутривенная терапия данной дозой железа может рассматриваться как оптимальный подход для лечения продолжительной потери железа у гемодиализных пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сахарат железа, анемия, гемодиализ

Применение online – гемодиализа при острой почечной недостаточности с высоким риском кровотечения

Гайпов А.Э., Жармуханбет Л.С., Оразбаев Г.А.

Отдел экстракорпоральной гемокоррекции, АО «Национальный научный медицинский центр», г. Астана, Казахстан

ЦЕЛЬ: Коагулопатия с развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) и наличия очагов неактивной кровопотери при острой почечной недостаточности (ОПН) является прогностически неблагоприятным исходом критических состояний. Применение экстракорпоральных методов лечения без антикоагулянтной или региональной антикоагулянтной методикой является единственным возможным лечением ОПН при таких состояниях. Целью данного исследования явилось анализ эффективности применения безантикоагулянтной online – гемодиализа (ГДФ) при ОПН с высоким риском кровотечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Проведен анализ последних 30 процедур online–ГДФ. Показанием к проведению безантикоагулянтной online – ГДФ были наличие ДВС-синдрома, выраженной коагулопатии (удлиненное время АЧТВ, МНО, тромбоцитопения), наличия неактивных очагов кровотечения (из после операционных ран, через желудочно-кишечный тракт) и сочетание всех перечисленных состояний в период ОПН. Протокол без антикоагулянтной online–ГДФ включал: исключение применения гепарина или других антикоагулянтов во время процедуры, промывка магистралей и диализатора с 2500 МЕ гепарином во время тестирования диализного аппарата, режим преддиализации замещающей жидкости, контроль активированного времени свертывания (АСТ) и трансмембранного давления (ТМД) во время процедуры ГДФ. Скорость кровотока и объем преддиализации определялись с учетом состояния коагуляции. Эффективность протокола оценивалась достижением установленной времени процедуры и объема ультрафильтрации, отсутствие тромбирования магистралей.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Основные показатели крови и свертывающей системы представлены в таблице 1. В 11 (36,6%) случаев тромбоциты были ниже $50 \times 10^9/\text{л}$, и в 12 (40%) случаев тромбоциты

были между 100 и 50х10/л. В двух случаях гемостазограмма был без коагуляции, в 23 (76,6%) случаях АЧТВ был выше 45 сек. Все 30 случаев online–ГДФ завершились без тромбозов магистралей. АСТ у пациентов наблюдалась в пределах 118-199 сек. Отмечалось постепенное нарастание ТМД к концу процедуры ГДФ.

Показатели крови	M±SD	Min-Max
Гемоглобин, г/л	88,3±9,63	72-116
Гематокрт, %	27,7±1,97	23-33
Тромбоциты, х10/л	63,3±32,6	8,8-118
АЧТВ, сек	58,0±16,9	30-95
МНО	1,80±0,50	1,16-3,01
Параметры диализа		
Поток диализата, мл/мин	706,9±99,7	400-800
Объем предиллюции, мл/час	631,6±290,8	300-1000
Скорость кровотока, мл/мин	192,4±24,8	150-250
Объем ультрафильтрации, мл	1341,3±306,4	800-2000
ТМД1, мм.рт.ст.	120,8±34,8	45-171
ТМД2, мм.рт.ст.	136,4±35,4	60-194
ТМД3, мм.рт.ст.	143,3±37,7	64-210
Длительность процедуры, мин	205,8±53,0	120-300
АСТ, сек	154,3±21,5	118-192

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время, МНО – международное нормализованное отношение, ТМД – трансмембранное давление (1 – в начале, 2 – в середине и 3 – в конце процедуры), АСТ – активированное время свертывания, M±SD – средние значения и стандартное отклонение, Min-Max – минимальное и максимальное значение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: online–ГДФ является методом выбора для проведении интермиттирующего (короткого) диализа без антикоагуляции у пациентов с ОПН на фоне высокого риска кровотечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДВС-синдром, почечная недостаточность, online – гемодиализация.

Опыт применения алюминий содержащего фосфор- связывающего препарата с целью коррекции гиперфосфатемии у пациентов на программном гемодиализе

Карибаев Е.А., Омартаев С.А., Смаилов Ж.Т., Селибаев А.А., Мунар С.

Центр амбулаторного гемодиализа ТОО «Фрезениусмедикал-кейр Казахстан», г. Астана, Казахстан

Гиперфосфатемия является ключевым фактором развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности. Поступление большого количества фосфора с калорийной пищей через кишечник, а также лишь частичная элиминация из крови за счет конвекции во время гемодиализа вынуждает пациентов принимать фосфор-связывающие препараты. Кальций-содержащие препараты данной группы имеют частый побочный эффект в виде запоров. К тому же они приводят к кальцификации сосудов и также отягощают сердечно-сосудистую недостаточность. Кальций-несодержащие, неалюминиевые фосфат-биндеры являются дорогостоящими, кроме того, имеется недостаточно данных по исходам профиля безопасности при их длительном применении.

ЦЕЛЬ. Выявить эффективность и безопасность назначения алюминий-содержащего фосфат-биндера у пациентов на программном гемодиализе с целью коррекции гиперфосфатемии.

МЕТОДЫ ИСЛЕДОВАНИЯ: перспективный одноцентровой анализ назначения алмагеля в дозе 15мг в сутки в сравнении с назначением карбоната кальция 1500 мг в сутки при гиперфосфатемии под контролем уровня общего и ионизированного кальция в крови. Оба препарата применяли в 3 приема во время еды.

Исследованы анализы 42 пациентов (18 мужчин, 22 женщины) в возрасте от 19-64 лет (средний возраст 44,2года, \pm 13,5лет), получавших лечение в течение месяца. Статистическая обработка проведена с использованием программ Microsoft Excel 2007 и SPSSv.16.0. Учитывая небольшое количество исследуемых пациентов, сравнительный анализ проведен по методу Mann-Whitney для малой выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Все пациенты исходно составляли группу,

которой назначался кальция карбонат. Средний уровень фосфора в начале лечения составлял $2,3 \pm 0,5$ ммоль/л, общий кальций $2,18 \pm 0,3$ ммоль/л, ионизированный кальций $1,13 \pm 0,1$ ммоль/л. Сразу после начала лечения (в первые 3 дня) карбонатом кальция у 12 пациентов (28%) развился запор, после чего им был назначен гидроксид алюминия. Контроль анализов осуществлен через месяц. В группе пациентов на карбонате кальция (группа №1): средний фосфор составил $1,56 \pm 0,4$ ммоль/л, общий кальций $2,27$ ммоль/л, ионизированный кальций $1,26 \pm 0,14$ ммоль/л. В группе пациентов на гидроксиде алюминия (группа №2): фосфор $1,33 \pm 0,32$ ммоль/л, общий кальций $2,23 \pm 0,15$ ммоль/л, ионизированный кальций $1,18 \pm 0,07$ ммоль/л. Таким образом, в обеих группах отмечалось статистически значимое снижение фосфора от исходного уровня ($p=0,001$). При этом степень снижения также была различной между группами, преобладая в группе №2 ($p=0,04$). Как и предполагалось, в группе №1 было достоверно большее повышение уровня ионизированного кальция в крови ($p=0,02$), что чревато кальцификацией сосудов с последующим развитием атеросклероза. Побочный эффект от алюминия гидроксида наблюдался в 1 случае, проявившись тошнотой и вздутием живота, которое купировалось через неделю.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Регулярное назначение алюминия гидроксида безопасно снижает уровень фосфора, что делает его привлекательным препаратом не только с клинической, но и с экономической точки зрения. Учитывая небольшой период назначения и нерандомизированный подход, требуются дальнейшие исследования профиля безопасности назначения алюминия гидроксида.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гиперфосфатемия, алюминия гидроксид, гемодиализ.

Влияние левамизола на результаты вакцинации детей, получающих программный гемодиализ

Чингаева Г.Н., Нугманова А.М., Кулкаева М.Н., Алимжанова Э.Б., Досым С.М., Исмаилова Д.Б., Бисекен А.А.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

С позиций нефролога инфицирование пациентов вирусом гепатита В (ВГВ) в процессе проведения гемодиализа (ГД) сегодня

ня рассматривается как одно из серьезных и достаточно часто регистрируемых и занимающих лидирующее место среди других осложнений этой процедуры по влиянию на исходы лечения, жизненный прогноз больных, а также на результаты трансплантации почки. На современном этапе доказана неэффективность стандартных схем и усиленных протоколов вакцинации против ВГВ. Поэтому в последние годы с целью оптимизации результатов вакцинации и улучшения иммунного ответа у больных на гемодиализе применяют иммуномодуляторы.

ЦЕЛЬ. Изучение эффективности иммуномодулирующего препарата Левамизола при вакцинации против ВГВ у детей на гемодиализе.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В ходе 12-месячного периода, 25 пациентов на гемодиализе с отрицательными анти-НВs, или имеющих а-НВs < 10 мМЕ/мл, и анти-НВс были включены в исследование. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа (группа левамизола) получила вакцину Энджерикс^В в дозе 20 мкг внутримышечно по схеме 0, 1 и 6 месяцев, плюс 50-100 мг левамизола после каждого сеанса ГД. Вторая группа (группа плацебо) - получили тот же протокол вакцинации, без левамизола. У пациентов контролировали уровень анти-НВs, при достижении уровня выше 10 мМЕ/мл через 1 месяц после третьей дозы вакцины, считались ответившими на вакцинацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 группе (10) дети были в возрасте от 8,3 до 16,9 лет, средний возраст составил $13,4 \pm 2,76$ лет (мальчиков 5, девочек 5). Во 2 группу исследования вошли дети (15) в возрасте от 4,4 до 15,7 лет, средний возраст которых составил $11,9 \pm 3,91$ (мальчиков 7, девочек 8). Продолжительность ГД была дольше в 1 группе, чем во 2-й: $14,8 \pm 8,65$ мес. и $11,2 \pm 11,3$ мес. соответственно, но статистически незначимой, также при сравнении несколько выше был уровень креатинина ($891,4 \pm 251$ и $834,6 \pm 310$ мкмоль/л соответственно). В обеих группах, среди причин приведших к ТПН преобладали врожденные аномалии развития мочевыводящей системы (ВАР МВС) - 80 и 60% соответственно.

Анализ динамики титра а-НВs показал, что в группе больных вакцинированных с применением Левамизолом была выявлена достаточная серопротекция с сохранением титра антител в течение 12 мес. на достаточно высоком уровне. Титр протективных антител во 1 группе: через 1 мес. был $986,7 \pm 35,2$ мМЕ/мл, через 3 мес. составил $984,7 \pm 41,6$, через 6 мес. - $962,7 \pm 51,2$ и через 12 мес. - $944,3 \pm 57,0$ мМЕ/мл. В 1 группе не получивших левамизол-серопротекция была выявлена у 13 (86,6%) больных, однако титр

анти-HBs имел быструю тенденцию к уменьшению: анти-HBs через 1 мес. составил $483,6 \pm 287$, через 3 мес. - $417,9 \pm 257$, через 6 мес. $348,6 \pm 230$ и через 12 мес. - $248,0 \pm 245$ мМЕ/мл.

Применение иммуномодулятора Левамизола в различных исследованиях дает противоположные результаты. В нашем исследовании 100% достигнута серопротекция при использовании Левамизола, что возможно обусловлено возрастом детей (4,4-16,9 лет) и наличием ВАР МВС, в отличие от взрослых (чаще 45-60 лет) и наиболее частой причиной ТПН у которых были хронические гломерулонефриты.

ВЫВОДЫ. Проведение вакцинации с применением Левамизола способствовало улучшению иммунного ответа с наличием серопротекции у всех вакцинированных (100%) с высоким титром протективных антител по сравнению с группой пациентов вакцинированных без Левамизола (86,6). В группе вакцинированных без Левамизола 2 (13,4%) детей не ответили на данный протокол, а ответившие имели тенденцию к снижению титра антител в динамике. Применение иммуномодулятора стимулирует иммунный ответ у детей на гемодиализе, улучшая результат вакцинации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Вирусный гепатит В, левамизол, гемодиализ.

Вирусный гепатит В в детских отделениях гемодиализа Республики Казахстан

Чингаева Г.Н., Нугманова А.М., Алимжанова Э.Б., Кулкаева М.Н., Бисекен А.А., Досым С.М., Исмаилова Д.Б.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Гепатит В остается серьезной проблемой, особенно актуальной для пациентов с терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН), получающих заместительную терапию программным гемодиализом (ГД) и оказывает негативное влияние на выживаемость реципиентов почечного трансплантата.

ЦЕЛЬ. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей

HBV-инфекции у больных с тХПН, получающих лечение ГД.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Обследованы 50 детей, получавших лечение ГД на базе двух детских отделений гемодиализа (мальчиков 27 и девочек 23 в возрасте от 1,8 до 17,6 лет). Среди причин терминальной стадии хронической почечной недостаточности преобладали врожденные аномалии мочевой системы 27(54%), хронический гломерулонефрит был у 22(44%) и диабетическая нефропатия у 1(2%) детей. Длительность гемодиализа составила от 3-х мес. до 74 мес. в среднем $14,4 \pm 2,0$ мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Среди обследованных детей вирусом гепатита В (HBV) были инфицированы 15(30%) не имевших поствакцинальный иммунитет, 4 имели микст инфекцию с вирусом гепатита С. Период инфицирования составил от 2-х месяцев до 12 месяцев от начала ГД.

Дети с а-HBV позитивными антителами по сравнению с а-HBV негативными антителами имели достоверно большую продолжительность лечения ГД ($23 \pm 4,83$ и $10,7 \pm 1,82$ мес., $p < 0,001$, соответственно), количество проведенных сеансов ГД ($204,7 \pm 49,2$ и $98,9 \pm 17,5$ $p < 0,001$, соответственно) и гемотрансфузий ($13,4 \pm 4,0$ и $5,91 \pm 0,89$, $p < 0,001$, соответственно). Концентрация креатинина в сравниваемых группах соответственно составила – $793,7 \pm 49,6$ и $805 \pm 41,1$ мкмоль/л. У 9(60%) детей с а-HBV позитивными антителами выявлено повышение АЛТ – $1,20 \pm 0,27$ и $0,48 \pm 0,06$ соответственно.

Выявлена корреляция у а-HBV-позитивных с длительностью ГД в месяцах ($r = -0,39$, $p < 0,01$), с количеством проведенных сеансов ($-0,344$, $p < 0,05$) и количеством гемотрансфузий ($0,347$, $p < 0,05$).

Трансплантация почки проведена 25 детям с тХПН, из них 8(53,3%) с HBV. Из них 6(40%) продолжают иммуносупрессивную терапию, в 2(13,3%) случаях - летальный исход вследствие развития острого криза отторжения.

ВЫВОД: Таким образом, риск инфицирования вирусами гепатитов в детских отделениях возрастает по мере увеличения продолжительности диализной терапии и проведения гемотрансфузий. Необходима вакцинация детей против вируса гепатита В в додиализной стадии для уменьшения риска инфицирования и улучшения выживаемости.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: HBV-инфекция, терминальная хроническая почечная недостаточность, гемодиализ.