

что составило 3,4% от общего количества пациентов отделения. Имели место следующие заболевания: остеобластокластома нижней челюсти в подбородочной области, плоскоклеточный рак шейки матки I стадии, базально-клеточный рак кожи, рак правой почки с прорастанием в нижнюю полую вену, рак желудка, рак правой молочной железы III стадии, саркома Капоши, кожная форма, рак щитовидной железы, рак нижней трети пищевода, рак мочевого пузыря III стадии, острый миелобластный лейкоз, злокачественный карциноид кардиального отдела желудка I стадии и базелиома кожи лба.

Возраст пациентов на момент выявления ЗН колебался от 40 до 72 лет.

Причина хронической болезни почек у 6 пациентов – хронический гломерулонефрит, у 2 – поликистоз, у 1 – хронический пиелонефрит, у 1 – уратная нефропатия единственной почки, у 1 – нефроангиосклероз. Среднее время от начала ЗПТ до выявления ЗН составило от 1 года до 10 лет. В течение первого года от начала диализного лечения новообразования были выявлены у 4 пациентов (36,4%). В среднем длительность диализного лечения у пациентов с выявленной онкопатологией составила 8 лет.

В двух случаях поводом для детального обследования, онкопоиска были меноррагии, в трех случаях – изменения лабораторных анализов (некорректируемая анемия, тромбоцитоз, ускорение СОЭ), в одном случае – лихорадка без видимых причин после исключения

очагов инфекции и отсутствия эффекта от антибактериальной терапии, в одном случае (при раке мочевого пузыря) – макрогематурия и боли при мочеиспускании, в одном случае – прогрессирующая клиника гиперпаратиреоза при раке щитовидной железы. При саркоме Капоши поводом для обследования послужили высыпания синюшно-багрового цвета на коже голени и нижней трети левого бедра, выступающие над поверхностью от 1 до 5 см, с тенденцией к прогрессированию. В четырех случаях злокачественные новообразования были выявлены случайно при плановом динамическом обследовании.

Среди 11 пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями к настоящему моменту времени 3 случая закончились летальным исходом, остальные 8 пациентов после успешного лечения ЗН продолжают получать ЗПТ.

Выводы. Таким образом, частота ЗН у больных, получающих ЗПТ, составила 3,4%. В структуре заболеваний ЗН ЖКТ (в двух случаях), кожи (в трех случаях) и женской репродуктивной системы (в двух случаях) встречались наиболее часто среди наблюдаемых пациентов, так же, как и в общей популяции населения. Процент успешного лечения ЗН на фоне продолжающейся ЗПТ высок. Проведение профилактических осмотров среди пациентов, получающих ЗПТ, имеет большое значение для раннего выявления ЗН до развития клинических симптомов, что в дальнейшем определяет тактику лечения и прогноз для пациентов.

Постоянный амбулаторный перитонеальный диализ

Прогностическое значение остаточной функции почек и связь этого параметра с некоторыми другими показателями исходного статуса больных, получающих заместительную терапию ХПН перитонеальным диализом

Андрусев А.М., Титова Н.Л., Шеина И.А.

Московский городской нефрологический центр, городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

Очевидно, что скорость клубочковой фильтрации (СКФ) является одним из наиболее важных критериев суммарной оценки состояния больного в V стадии хронической болезни почек и этот показатель должен быть тесно связан с некоторыми другими прогностически значимыми параметрами, характеризующими исходный статус пациентов перед началом терапии диализом.

Цель работы. Исследовать выживаемость больных в зависимости от показателя СКФ к началу перитонеального диализа (ПД) и проанализировать корреляцию СКФ с исходным уровнем гемоглобина (Hb), альбумина крови (Ал), С-реактивного белка (СРБ) и исходными показателями перитонеального транспорта. А также исследовать взаимную связь концентраций Ал к началу ПД с исходными уровнями Hb и СРБ, а также с тяжестью сопутствующей патологии и с транспортными характе-

ристиками брюшины (ТХБ).

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы материалы наблюдений 334 пациентов с ХПН, получавших лечение ПД. Длительность лечения составила от 1 до 121,9 мес., медиана 16,1 мес. (7,8;32,7). Возраст пациентов находился в диапазоне от 15 до 83 лет (в среднем $46,6 \pm 15,6$). В 21% случаев причиной ХПН была диабетическая нефропатия. Выживаемость больных в зависимости от исходной функции почек после определения порогового значения СКФ (4,9 мл/мин) была рассчитана методом Kaplan-Meier, СКФ – по формуле MDRD. Тяжесть исходной сопутствующей патологии с учетом возраста оценивалась по индексу коморбидности (ИК) M.E. Charlson, ТХБ в тесте перитонеального равновесия (PET по Twardowski Z.J.), по соотношению концентраций креатинина в диализате

и в плазме крови (D/Pcr).

Результаты: при анализе результатов ПД в 2 группах больных (I – с исходной СКФ выше порогового значения ≥ 5 мл/мин; 157 чел., II – с пороговым значением СКФ или ниже его уровня $\leq 4,9$ мл/мин; 177 чел.) выяснилось, что в первые 3 года лечения выживаемость больных в I группе была выше, составляя к 36-му месяцу 88%, в сравнении с 77,9% в группе II ($p = 0,035$). К 4-му году лечения, по мере регрессии остаточной функции почек в группе I до уровня СКФ во II группе, различия в выживаемости больных сглаживались, и через 60 мес. от начала терапии этот показатель был уже одинаков в обеих группах (61,2%). Выявлена положительная корреляция между исходными показателями СКФ, концентрациями гемоглобина ($r = 0,217$; $p < 0,001$) и альбумина крови ($r = 0,26$; $p < 0,001$). И отрицательная корреляция между СКФ перед началом ПД и показателями D/Pcr, полученными в PET, в течение первого месяца лечения ($r = -0,211$; $p < 0,0001$). Кроме того, обнаружена кор-

реляция исходного уровня альбумина с гемоглобином ($r = 0,19$; $p = 0,001$) и достоверная отрицательная связь между Ал и СРБ ($r = -0,296$; $p < 0,028$), D/Pcr ($r = -0,214$; $p < 0,001$), также как и между Ал и показателями ИК перед началом ПД ($r = -0,24$; $p < 0,001$).

Заключение. Начало ПД при относительно сохранной остаточной функции почек является одним из факторов, определяющим лучшие показатели выживаемости, по крайней мере, в течение первых трех лет терапии. Имеется значимая связь между исходной СКФ и известными факторами риска, такими как анемия, гипоальбуминемия и высокие ТХБ. При этом корреляция исходного низкого уровня альбумина с высокими концентрациями С-реактивного белка, повышением ТХБ и с сопутствующей патологией может отражать роль присущего ХПН хронического воспаления, как фактора, отягощающего прогноз больных в условиях перитонеального диализа.

Применение лапароскопии при дислокациях перитонеального катетера

Ватазин А.В., Смоляков А.А.

ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Известно, что дислокация перитонеального катетера (ПК), нередко встречающаяся по настоящее время, становится причиной прерывания программы перитонеального диализа (ПД). Возникающая в подобных ситуациях необходимость во внеплановых хирургических вмешательствах существенно снижает качество жизни больных, а прекращение лечения ПД ухудшает выживаемость этого метода заместительной почечной терапии.

Следует отметить, что реимплантация ПК, осуществляемая мини-лапаротомным способом, является затратным способом и не гарантирует в дальнейшем полноценную функцию катетера.

В этой связи несомненна актуальность разработки и внедрения в клиническую практику комплекса хирургических мероприятий, направленных на восстановление функциональной полноценности диализного доступа с учетом необходимости сокращения сроков реабилитационного периода после вмешательства.

Цель исследования. Разработать и внедрить в клиническую практику оптимальные малоинвазивные хирургические методы коррекции положения ПК.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 165 пациентов, получавших лечение ПД, дислокация ПК у которых была зафиксирована в среднем через $11,8 \pm 7,3$ месяца от начала лечения после первичной имплантации. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от способа хирургической коррекции положения ПК.

Основная группа была сформирована из 85 пациентов, коррекция положения ПК которым была осуществлена лапароскопическим способом: 48,2% составили мужчины, 51,8% – женщины, со средним возрастом 46,2

Таблица

Сравнительный анализ эффективности применения лапароскопической коррекции положения и мини-лапаротомной реимплантации перитонеального катетера

Исследуемые группы	Повторные дислокации, % случаев	Хирургические и инфекционные осложнения вмешательства, %	Продолжительность вмешательства, мин	Послеоперационный период, к/д	Возобновление лечения ПД, сутки
Основная	13,3	1,27	$15,8 \pm 8,3$	$7,4 \pm 4,1$	$3,1 \pm 1,2$
Контрольная	27,6	6,25	$48 \pm 17,2$	$14 \pm 3,5$	$10,7 \pm 5,6$

$\pm 17,4$ и $50,7 \pm 15,6$ года соответственно.

Мини-лапаротомный способ реимплантации ПК был осуществлен 80 пациентам, среди которых 46,3% составили женщины и 53,7% – мужчины, со средним возрастом $55,1 \pm 14,2$ и $48,3 \pm 16,37$ года соответственно. Эти больные составили группу сравнения.

Этиологическая структура хронической почечной недостаточности у пациентов обеих групп была сопоставимой.

Максимальный срок наблюдения в группах после коррекции составил $24,7 \pm 2,5$ месяца.

Результаты. Полученные результаты исследования представлены в таблице.

Представленные данные наглядно демонстрируют эффективность малоинвазивной методики хирургического вмешательства, применение которой позволяет добиться сокращения сроков реабилитационного периода и раннего возобновления лечения ПД при сокращении времени на манипуляцию более чем в 3 раза.

Заключение. Собственный клинический опыт и анализ результатов исследований, представленных в литературе, позволили сделать заключение о

приоритетности использования лапароскопии для коррекции положения ПК, при которой возможны визуальная оценка состояния брюшины и выбор оптимального способа фиксации ПК. Применение метода позволяет также достичь значимого снижения

частоты хирургических и инфекционных осложнений вмешательства, за счет чего удается добиться повышения качества жизни пациентов, снижения стоимости лечения за счет сокращения койко-дня и повышения выживаемости ПД.

К вопросу о необходимости количественного определения белка в перитонеальном эффлюенте у пациентов на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе

Картавенков С.А.^{1,2}, Борисова О.В.², Погосян К.О.³

¹ ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар;

² ООО «Краевой нефрологический центр», Краснодар;

³ ООО «КДЛ Домодедово-Тест», Москва, Россия

В прошлом распространение постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) сдерживалось частым возникновением перитонитов. По мере улучшения технического оснащения частота инфицирования существенно снизилась, но по-прежнему перитонит остается самым распространенным осложнением этого вида заместительной почечной терапии (Su hail Ahmad, 2009). Как правило, для верификации «диализного» перитонита проводят поиск более или менее типичных симптомов: абдоминальных болей, раздражения брюшины, мутного диализата, микроорганизмов при окраске по Грамму или в культуре, дифференцированного подсчета цитоза в перитонеальном эффлюенте (ПЭ). И если с клиническими симптомами не возникает трудностей, то лабораторные тесты в российских центрах оставляют желать лучшего.

Цель: ретроспективный анализ результатов количественного определения белка и цитоза перитонеально-го эффлюента (ПЭ) у пациентов на ПАПД.

Материалы и методы. За период с 2006-го по 2010 г. нами проанализировано более 6000 проб ПЭ 311 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на заместительной почечной терапии ПАПД. В каждом образце определялись концентрация общего белка количественным фотометрическим методом с пирогалловым красным на специализированном фотометре «МикроЛаб-600» и микроскопический состав осадка эффлюента. Седимент исследовали при суммарном увеличении микроскопа $\times 400$ в ячейках слайд-планшета «PLIVA-Lachema a.s.»; результат выражали в среднем количестве клеток одного стандартизованного поля зрения после просмотра целой ячейки (18 условных полей зрения). В данной работе мы не ставили цели проследить процентное соотношение лейкоцитов, а остановились лишь на подсчете общего лейкоцитоза.

Все пациенты составили две группы: I – контрольную (без инфекционных осложнений, $n = 157$) и II – исследуемую (с осложнением ПАПД в форме перитонита, $n = 58$). Критериями для включения больных во вторую группу был установленный впоследствии диагноз «диализного» перитонита со следующими клиническими проявлениями: помутнение диализата, симптомы раз-

дражения брюшины, повышение температуры тела и лейкоцитоз в гематологическом исследовании. Из исследования были исключены пациенты с рецидивирующим перитонитом вследствие систематического интраперитонеального введения антибактериальных препаратов и изменения режима диализа.

Результаты. Концентрация общего белка в ПЭ пациентов без сопутствующей патологии колебалась в пределах от 0,12 до 1,11 г/л (min-max интервал, $n = 157$), с перитонитом – от 0,31 до 4,90 г/л ($n = 58$). Медиана концентрации общего белка в анализируемых группах достоверно различается (U-критерий Манна-Уитни, $p \ll 0,001$): I группа – М 0,62 (1-3-интерквартильный интервал /ИИ/ 0,44-0,76); II группа – М 1,34 (ИИ 1,11-1,60). Различия в количестве лейкоцитов в ПЭ также статистически достоверны по критерию Манна-Уитни ($p \ll 0,001$). Медианы: в исследуемой группе – 3,0 (ИИ 0,4-8,3), в контрольной – 0,3 (ИИ 0,3-0,7).

Заключение. При инфицировании брюшины в ПЭ увеличивается концентрация белков и число лейкоцитарных клеток. Чрезбрюшинная экскреция протеинов зачастую выражено усиливается при субклинических стадиях перитонита еще задолго до появления лейкоцитоза и помутнения диализата. Первично рассчитанные нами интервалы концентраций белка в ПЭ (Картавенков С.А. с соавт., 2010) можно использовать как ориентировочные при переходе на количественные методы определения протеина. У пациентов с высокой потерей белка в диализат, не укладывающейся в общие референтные интервалы, повышение концентрации на 30-50% уже может служить тревожным критерием для врача. Многие широко распространенные методы анализа низких концентраций белка в биологических жидкостях (с реактивом Ларионовой, сульфосалициловой кислотой), а также тест с бромфеноловым синим, реализованный в большинстве диагностических тест-полосок для мочи, характеризуются низкой чувствительностью, воспроизводимостью и линейностью. Поэтому рекомендованным методом для анализа ПЭ может быть лишь определение белка с пирогалловым красным. Объективное лабораторное исследование ПЭ, включающее количественный анализ белка, позволяет на ранних стадиях верифицировать «диализный» перитонит и мониторировать его течение.

Опыт применения дарбэпоэтина альфа (рекомбинантного) в лечении анемии у пациентов с хронической болезнью почек, получающих перитонеальный диализ

Степанов П.В., Ильин А.П., Нафеева Е.Н., Родионова Г.В.

Диализный центр ООО «Фрезениус-Нефрокеа», Ульяновск, Россия

Наличие отрицательного воздействия анемического синдрома у пациентов с уремией неизбежно приводит к снижению качества жизни, нарастанию осложнений, сроков госпитализации и сопутствующих заболеваний, способствующих возникновению фатальных исходов у больных на диализе.

Цель работы: оценить эффективность применения дарбэпоэтина альфа (рекомбинантного) в лечении нефрогенной анемии у пациентов, получающих перитонеальный диализ, уточнить роль факторов, вызвавших анемию у больных.

Материалы и методы: 36 пациентов с ХБП V ст., 83% – женщины, 49 лет (20–81), вес 62,4 кг (42–86,5), гемоглобин 92 г/л (70–122), у 72% гемоглобин менее 100 г/л; ферритин 190,2 мг/л (10–640), у 43% ферритин менее 100 мг/л; КНТ 22,6% (7–61), у 57% менее 20%. Доза дарбэпоэтина альфа (рекомбинантного) 0,9 ед./кг/мес. (0,4–1,8). Определение концентрации гемоглобина 1 раз в месяц.

Результаты. Уровень гемоглобина не снижался при уменьшении кратности введения дарбэпоэтина альфа (с 2,2 до 1,6 раза/мес. п/к) при сохранении неизменной суммарной дозы (56,5 мкг/мес. п/к). Вес 62,4 ± 2,0 кг, возраст 49,0 ± 2,4 года, при n = 36. Уровень гемоглобина при резистентной анемии не повышался при увеличении дозы (с 1,2 до 1,9 ед./кг/мес. п/к) и кратности (с 2,5 до 3,3 раза/мес. п/к) введения дарбэпоэтина альфа. Вес 57,8 ± 4,9 кг, возраст 39,5 ± 9,0 лет, при n = 6. При уровне гемоглобина выше 100 г/л увеличение дозы (с 0,6 до 1,1 ед./кг/мес. п/к) и кратности (с 1,3 до 1,7 ед./кг/мес. п/к) введения дарбэпоэтина альфа не привели к превышению целевых значений гемоглобина. Имелась прямая зависимость дозы и кратности введения дарбэпоэтина альфа для достижения целевого уровня гемоглобина от уровня иПТГ сыворотки крови (n = 23, иПТГ 862,4 ± 69,8 пг/л, доза 69,1 ± 7,5 мкг/мес., кратность 2,5 ± 0,2/мес. п/к, p < 0,05; 50,9%; n = 12, и-ПТГ

225,3 ± 14,9 пг/л, доза 45,8 ± 5,1 мкг/мес., кратность 1,8 ± 0,3/мес. п/к, p < 0,05; 38,9%). Имелась обратная зависимость дозы и кратности введения дарбэпоэтина альфа от уровня сывороточных показателей: альбумина (n = 21, альбумин 31,6 ± 0,4 г/л, доза 64,3 ± 5,5 мкг/мес., кратность 2,2 ± 0,2/мес. п/к; n = 30, альбумин 40,4 ± 0,2 г/л, доза 49,3 ± 3,9 мкг/мес., кратность 1,6 ± 0,1/мес. п/к, по дозе: p < 0,05; 30,4%, по кратности: p < 0,05; 37,5%); гемоглобина (n = 48, гемоглобин 88,1 ± 1,2 г/л, доза 68,4 ± 4,5 мкг/мес., кратность 2,3 ± 0,1/мес. п/к; n = 37, гемоглобин 111,1 ± 1,3 г/л, доза 45,7 ± 3,6 мкг/мес., кратность 1,4 ± 0,1/мес. п/к, по дозе: p < 0,05; 49,7%, по кратности: p < 0,05; 60,9%); ферритина (n = 30, ферритин 46,8 ± 5,2 мкг/л, доза 66,6 ± 6,3 мкг/мес. п/к; n = 32, ферритин 328,0 ± 14,4 мкг/л, доза 52,3 ± 4,5 мкг/мес. п/к, p < 0,05; 27,3%). У стационарных пациентов в сравнении с амбулаторными требовалась большая доза и кратность введения дарбэпоэтина альфа для достижения целевого уровня гемоглобина (стационарно: n = 6, гемоглобин менее 100 г/л, доза 106,7 ± 13,3 мкг/мес., кратность 3,7 ± 0,3/мес. п/к; амбулаторно: n = 16, гемоглобин менее 100 г/л, доза 90,0 ± 5,8 мкг/мес., кратность 2,9 ± 0,3/мес. п/к, по дозе: p < 0,05; 18%, по кратности: p < 0,05; 27,6%).

Выводы. Наш опыт применения дарбэпоэтина альфа (рекомбинантного) в коррекции анемического синдрома 1 раз/нед. или 1 раз/2 нед. показывает его высокую эффективность при проведении медицинской реабилитации пациентов на перитонеальном диализе. Снижение частоты введения снижает нагрузку на сестринский персонал Диализного центра. Подкожный путь введения является эффективным. Режим дозирования зависит от синдрома белково-энергетической недостаточности, сопутствующих, в том числе и воспалительных, заболеваний, госпитализаций.

Цинакальцет в комплексном лечении ВГПТ у больных, получающих перитонеальный диализ

Шутов Е.В., Лашутин С.В., Горелова Е.А.

Городская клиническая больница имени С.П. Боткина, Москва, Россия

Введение и цели. Целью исследования была оценка эффективности и безопасности цинакальцета (ЦК) в сочетании с альфакальцидолом (АК) в лечении вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) у больных с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находящихся на лечении постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД).

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты лечения ЦК в сочетании с АК у 14 стабильных

больных (7 женщин и 7 мужчин), средний возраст которых составил 52,3 ± 12,7 (от 29 до 71) года, средняя продолжительность лечения ПАПД – 43,1 ± 32,5 (от 14 до 108) месяца. Оценивались суточные дозы обоих препаратов, уровни интактного паратгормона (иПТГ), щелочной фосфатазы, сывороточного кальция (Ca), фосфора (P), P×Ca-произведение. Также учитывались переносимость терапии и побочные эффекты.

Таблица

Динамика уровней иПТГ, щелочной фосфатазы, P, Ca и P×Ca на фоне лечения вторичного гиперпаратиреоза цинакальцетом и альфакальцидолом у больных на ПАПД

Мес.	Доза ЦК, мг/сут	Доза ДЗ, мкг/сут	ПТГ, пг/мл	ЩФ, ед/л	P, ммоль/л	Ca, ммоль/л	P×Ca
0	62,1 ± 18,5 (30-90)	0,48 ± 0,33 (0,125-1,0)	976,6 ± 394,5	247,3 ± 143,0	1,79 ± 0,61	2,21 ± 0,18	3,95 ± 1,41
3	52,1 ± 30,8 (15-90)	0,38 ± 0,26 (0-1,0)	463,4 ± 263,0**	300,5 ± 252,0	1,73 ± 0,52	2,08 ± 0,22*	3,76 ± 1,31
6	39,4 ± 17,8 (12,85-60)	0,36 ± 0,25 (0,125-1,0)	385,8 ± 200,3**	256,8 ± 194,6	1,69 ± 0,48	2,04 ± 0,18*	3,55 ± 1,06
12	43,2 ± 17,7 (30-90)	0,29 ± 0,10 (0,25-0,5)	322,6 ± 230,2**	248,0 ± 138,5	1,78 ± 0,80	2,20 ± 0,15	3,80 ± 1,67

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; по сравнению с исходными значениями (0 мес.).

Результаты. Дозы ЦК составили от 30 до 90 мг в сутки, АК – от 0,25 до 1,0 мкг в неделю. В качестве фосфат-связывающих препаратов больные получали карбонат Ca и севеламер. Из представленных в таблице результатов видно, что значимое ($p < 0,01$) снижение уровня иПТГ с $976,6 \pm 394,5$ до $463,4 \pm 263,0$ пг/мл было достигнуто уже через 3 мес. терапии. К 12 мес. лечения средний уровень иПТГ составил $322,6 \pm 230,2$ пг/мл. Целевой уровень иПТГ (согласно рекомендациям NKF-KDOQI™ – 150–300 пг/мл) был достигнут в первые 3 мес. лечения у 28,5% больных, к 12 мес. лечения – у 42,8%. Выявлено достоверное, но клинически незначимое снижение концентрации сывороточного Ca через 3 мес. лечения с $2,21 \pm 0,18$ до $2,08 \pm 0,22$ ммоль/л, с последующим возвратом к исходному к концу исследования за счет

модификации дозы карбоната Ca. Исходно у 5 (36%) пациентов, P×Ca-произведение превышало $4,4$ ммоль²/л², на фоне лечения таких больных осталось 4 (28,5%). На протяжении всей терапии концентрация щелочной фосфатазы и уровни сывороточного P **значимо не изменились** ($247,3 \pm 143,0$ и $248,0 \pm 138,5$ Ед/л; $1,79 \pm 0,61$ и $1,78 \pm 0,80$ ммоль/л соответственно). Серьезных побочных явлений зарегистрировано не было.

Заключение. ЦК в сочетании с АК эффективно снижает уровень иПТГ, при этом данная терапия характеризуется хорошей переносимостью. Снижение уровня сывороточного Ca в первые месяцы лечения клинически не значимо и может быть скорректировано модификацией дозы кальций-содержащих фосфат-связывающих препаратов.

Программный гемодиализ

Течение метаболического синдрома в процессе программного гемодиализа

Агаев М.М., Ахадов Р.Ф.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель. Оценка метаболических изменений, степени артериальной гипертензии, показателей обмена сахара, индекса массы тела у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) на программном гемодиализе (ПГ) и их влияния на результаты лечения.

Материалы и методы. Наблюдалось 180 больных, находящихся на ПГ (средний возраст $52,4 \pm 11,5$ года; 35% женщин и 65% мужчин). Причиной хронической болезни почек (ХБП) в 33,3% случаев являлся сахарный диабет, в 23,9% наблюдений – хронический гломерулонефрит, в 17,2% – хронический пиелонефрит, в 10,0% – артериальная гипертензия, в 11,1% – урологические причины и в 4,4% – поликистоз почек. Больные подразделялись на две группы: в первую группу были включены больные с ТХПН и метаболическим синдромом (МС) – 64 человека, во вторую – больные без метаболического синдрома – 114 человек. Результаты

клинико-лабораторных исследований в начале лечения и в процессе ПГ сравнивались между группами.

Результаты. У больных с метаболическим синдромом по сравнению с больными без него показатели общего белка, альбумина, гемоглобина, гематокрита, липопротеидов высокой плотности были низкими, тогда как результаты исследования холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности были высокими по сравнению с данными больных второй группы (без МС). Средние величины артериальной гипертензии у больных с МС были выше, чем у больных второй группы. Показатель индекса Кетле у больных без МС составлял $24,6 \pm 1,3$, тогда как у больных с МС указанный показатель был значительно выше и равнялся $30,3 \pm 1,4$. В процессе ПГ выявленные метаболические нарушения, особенно у больных первой группы, требовали более целенаправленной коррекции. Анализ результатов лечения больных на ПГ показал,