



ПРАВО НА ЖИЗНЬ

Всероссийская общественная организация нефрологических и трансплантированных больных «ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

2010

Свидетельство о регистрации ПИ № ФСС 7736878 от 20 июля 2009 г.

О НАС

Мы изменились



Дорогие друзья! Наша организация получила регистрационные документы и теперь как мы называемся, Вы можете прочесть на свидетельстве. В организации теперь 2 сопредседателя-Христова Ирина Михайловна и Гавриков Михаил Юрьевич, заместитель председателей - Горбушина Наталья Павловна. Организация теперь включает в себя всех нефрологических (додиализных, гемо, перитонеальных, пересаженных,) а также трансплантированных -сердце,печень пациентов России. Перед организацией стоят очень серьезные задачи. В ближайшее время будет создано Правление организации,на котором мы обсудим все направления и планы организации.О всех решениях Совета мы сообщим Вам.Через 2 года работы организации мы с Вами вместе достигли того, о чем говорили на первой учредительной конференции. Всем, кто активно работал и внес свою лепту- большое спасибо!

ОБРАЩЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ

ГАВРИКОВ М. Ю. Председатель Всероссийской общественной организации нефрологических и трансплантированных больных "ПРАВО НА ЖИЗНЬ"

Дорогие друзья! Сейчас я обращаюсь к пациентам-нефрологическим больным.

Почему у нас происходят проблемы с диализом и мы ничего об этом не знаем?.Нам звонят единичные пациенты и рассказывают о том, что у них некачественный диализ, плохая очистка воды, аппараты постоянно останавливаются, кровь остается в системах, у вас цетотка, высокое давление.Паратгормон не определяется. Болят кости, переломы.Врачи часто не обращают на эти проблемы никого внимания.

Вам при посещении поликлиник рассказывают, что в каждом регионе свой список ДЛО, и вам препараты не положены.(при подобных заявлениях требуйте копию списка ДЛО или распоряжения, запрещающего выписывать препараты.)Терапевты не могут помочь ничем-они просто не знают нефрологических проблем .

Список можно продолжать. Он бесконечен. Вызывает оторопь. Почему все молчат, или чего то боятся. Боятся, что будет хуже, чем есть? Куда уже.

Пишите обо всех проблемах на сайте, а лучше, чтобы на сайт или на почту сайта приходили коллективные письма о проблемах, иначе мы не сможем обращаться в Минздрав или Росздравнадзор.В марте месяце начинает работать экспертная группа при Совете Федерации, где участвуют лучшие нефрологи, трансплантологи и руководители нашей организации. Там будет еще одна площадка, где можно поднимать любые нефрологические вопросы.

Пишите и получите возможность исправить ситуацию! Обращайтесь к региональным представителям. Вы их выбрали и имеете право требовать от них работы. www.nefrohelp.ru

Дорогие ,пациенты и посетители сайта!!!!!! Просим Вас сообщать о своих проблемах.Мы находясь в Москве ,не можем гадать,что у Вас на местах.

Просим Вас сообщить нам даже "анонимно", сообщите только регион и клинику,какие проблемы.Пожалуйста, не бойтесь говорить о своих проблемах,не бойтесь врачей,чем больше Вы будете говорить о своих бедах,тем быстрее мы сможем Вам помочь. Мы живем по принципу: "дети не плачет никто не слышит!!"

У нас очередное совещание с чиновниками, если до 22 марта не услышим о Ваших проблемах,мы не сможем их освятить! Вы не в первый раз слышите,спасение утопающих-дело рук самих утопающих. Давайте подумаем о себе и своих близких! Пора серьезно задуматься!

www.nefrohelp.ru

В продолжении разговора, сегодня в Совете Федерации прошло 1 заседание экспертной группы по нефрологии. На встрече были ведущие нефрологи России.Томилина Н.А., Котенко О.Н., Андрусев А.М., Смирнов А.В, Гуревичи ,Земченков А.Ю. , Шило В.Ю., Злоказов В.Б, Ильин А.П., Зеленин К.Н, Навасардян А.С, руководители ПРАВО НА ЖИЗНЬ М.Ю.Гавриков и И.М.Христова, и др врачи.Вели заседание В.В.Омельяновский и Пономарева Л.Н.Представитель Минсоцразвития-Василевская Н.Ф.

Решались вопросы стандартов лечения, диализа, (как высокотехнологичной процедуры),развития трансплантации, лекарственного обеспечения пациентов, вопрос о назначении главного нефролога страны.

Для нас важно, чтобы все материалы по проблемам, которые мы получаем в процессе лечения были оформлены письменно.(состояние здоровья на диализе, состояние самого диализа, побочные эффекты от новых препаратов,проблемы с получением лекарств,проблемы получения лекарств в поликлиниках и.т.д.) Поэтому ждем Ваших писем, иначе нет смысла разговоров и нашего участия в этом совете.

www.nefrohelp.ru

ДЕНЬ ПОЧКИ

За круглым столом ведущие российские трансплантологи, нефрологи и представители пациентских организаций обсуждали проблемы и пути совершенствования оказания нефрологической помощи, говорили об улучшении качества жизни больных с почечной недостаточностью в том числе детей.



Круглый стол: (слева, направо) Гавриков М. Ю., Лесина Н. Б., Христова И. М., Петросян Э. К., Шило В. Ю., Томилина Н. А., Мойсюк Я. Г.

Организатор: Всероссийская общественная организация нефрологических и трансплантированных больных «ПРАВО НА ЖИЗНЬ». По экспертным оценкам, более 500 миллионов человек в мире живут с различными заболеваниями почек. Количество больных хронической почечной недостаточностью увеличивается ежегодно на 10-12%. Подтверждением особой озабоченности мирового медицинского сообщества к стремитель-

ному распространению заболеваний почек стало учреждение в 2006 году «Всемирного Дня почки» с целью объединения усилий для решения проблем оказания нефрологической помощи пациентам, обмена опытом в применении новых методов лечения, использовании лекарственных средств.

Всероссийская общественная организация нефрологических и трансплантированных больных «ПРАВО НА ЖИЗНЬ» приложила немало усилий, чтобы Россия в 2008 году, присоединившись к 66 странам, стала членом Международного сообщества нефрологов и впервые отметила Всемирный День почки.



Презентация к.м.н. Шило В. Ю. (доцент кафедры нефрологии ФПДО МГМСУ, главный врач центра диализа "Москва" при ГКБ № 20)

Этот шаг был важен для нашей страны в связи с глобальным нарастанием нефрологических заболеваний. По статистике, более 10% населения в

настоящее время страдают различными почечными заболеваниями. Около 22000 человек в РФ нуждаются в заместительной почечной терапии, 17000 пациентам постоянно необходимо проведение процедуры гемодиализа, 5000 человек живут с трансплантированной почкой. Все они нуждаются в постоянной медицинской помощи, от качества и своевременности которой зависит их жизнь.

В России велика проблема отсутствия раннего обследования и предупреждения болезней почек, а также диализной доступности. цСуществует дефицит лекарств.

Одной из основных проблем является плохая информированность населения о серьезности заболеваний почек, о том, что все нефрологические болезни выделены в особый отдел — смертельных заболеваний и что без лечения не обойтись. Опасность болезней почек выражается еще и



в том, что они способствуют развитию сосудисто-сердечных заболеваний, диабета и гипертонии.

В рамках Дня почки проводятся бесплатные показы тематических фильмов, семинары, медицинские консультации и общественные слушания. Врачи стараются привлечь внимание государства к острым проблемам почечных болезней, так как лечение нефрологических больных является одним из самых дорогих (например, диализ, пересадка почек).

Чиновники начинают понимать и обращать внимание на сложившуюся ситуацию. Выделяются бюджетные средства на гемодиализ, на операции трансплантации почек и на дорогостоящие лекарственные препараты. Выделяются квоты на бесплатное лечение. Отлаживается структура контроля поступающих средств во все регионы. Москва положительно отличается от многих регионов РФ хорошо отлаженной системой необходимой нефрологической помощи на всех ее этапах.

— Какие пути Вы видите для решения многих проблем нефрологии? — задали вопрос Наталье Аркадьевне Томиной — председателю Российского диализного общества, зав. кафедрой нефрологии ФПДО МГМСУ, зав. отделением нефрологических проблем трансплантации почки ФНПЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, профессору.



Томина Н. А.
Профессор, председатель Российского диализного общества, зав. кафедрой нефрологии ФПДО МГМСУ, зав. отделением нефрологических проблем трансплантации почки ФНПЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова

«Необходима государственная программа для выявления нефрологических больных. Нужно наладить обследование населения на предмет выявления болезней почек на ранней стадии и организовать обучение врачей первичного звена, чтобы они смогли вести профосмотры. Должна быть определена программа развития этого направления медицины и создана нефрологическая служба с отлаженной системой оказания неотложной помощи больным с почечными заболеваниями. Все это должно развиваться во всех регионах России».

Много профессиональных и практических вопросов было затронуто в выступлениях участников.

В завершение мероприятия прошла торжественная церемония награждения ведущих врачей-нефрологов за заслуги в развитии отечественной нефрологии и помощь пациентам Дипломами и «Хрустальной почкой».

За вклад в развитие отечественной нефрологии:

Томина Наталья Аркадьевна
Сергеева Тамара Васильевна
Игнатова Майя Сергеевна
Ермоленко Валентин Михайлович



За спасенную жизнь:

Котенко Олег Николаевич
Мойсюк Ян Геннадьевич
Шило Валерий Юрьевич
Зверев Дмитрий Владимирович
Валов Алексей Леонидович

За гражданскую позицию:

Петренко Валентина Александровна
Омельяновский Виталий Владимирович
Христова Ирина Михайловна
Гавриков Михаил Юрьевич



Желаем всем здоровья!



История Дня почки в России!

НОВОСТЬ ГОДА

Дорогие друзья! Открылся еще один центр по лечению гиперпаратериоза в Санкт-Петербурге. Сообщение об открытии первого центра в Москве вы можете прочитать в более ранних новостях нашего сайта.

Сообщаем Вам, что с января 2010 года на базе ФГУ "Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрав" начал функционировать специализированный центр по лечению патологии околощитовидных желез - Северо-Западный региональный центр по лечению гиперпаратериоза.

Основной задачей центра является совершенствование системы оказания медицинской помощи пациентам с патологией фосфорно-кальциевого обмена, в том числе и пациентам с хронической болезнью почек.

Работа центра координируется специалистами различных профилей - хирургами-эндокринологами, терапевтами-эндокринологами, нефрологами. Руководство хирургической службой центра осуществляет профессор Александр Николаевич Бубнов, директор Северо-Западного регионального эндокринологического центра. Нефрологическую службу центра возглавляет главный нефролог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга к.м.н. Александр Юрьевич Земченков. Оперативное лечение пациентов с вторичным гиперпаратериозом проводят хирурги-эндокринологи Гурковым Александром Сергеевичем, Слепцовым Ильей Валерьевичем, Черниковым Романом Анатольевичем.

Сотрудники центра проводят бесплатные консультации пациентов с патологией околощитовидных желез. Консультации проводятся по пятницам, с 18 до 21 часа. Запись на консультации - по телефону 676-25-25 (круглосуточно, без выходных). В рамках консультативного приема возможно бесплатное определение уровня ионизированного кальция и паратгормона крови, а также проведение УЗИ щитовидной железы и околощитовидных желез.

Госпитализация пациентов для лечения в центре возможна в рамках программы федеральных квот. Для получения федеральной квоты на лечение больной должен предъявить паспорт, полис ОМС, страховое пенсионное свидетельство, данные проведенного ранее обследования.

Пациенты размещаются в комфортабельных палатах. В центре проводятся операции различной степени сложности, в т.ч. эндоскопические операции на околощитовидных железах. Используются высокотехнологичные методики: контроль состояния возвратных нервов, фотодинамическая визуализация околощитовидных желез, интраоперационное ультразвуковое исследование, интраоперационное определение уровня паратгормона. Пациентам с хронической болезнью почек во время госпитализации проводится гемодиализ.

По вопросам функционирования центра и направления пациентов на лечение Вы можете обратиться к заместителю директора ФГУ "Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрав", хирургу-эндокринологу, к.м.н. Слепцову Илье Валерьевичу по телефону +7 921 402-30-31, с 8 до 22 часов.

Адрес центра

Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 154, ФГУ "Северо-Западный окружной медицинский центр Минздрава РФ", 2-й этаж.

Проезд Станция метро "Сенная площадь", "Садовая": маршрутное такси 7, 212 - от магазина "Адамант", выход - на конечной остановке (пл. Репина). Перейти через Калинкин мост, далее 100 м налево по набережной до входа в центр.

Станция метро "Нарвская": маршрутные такси 1, 2, 34, 154, 169, 306 до остановки "Площадь Репина".

ИНФОРМАЦИЯ К РАЗМЫШЛЕНИЮ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

МОЙСЮК Я. Г.

д.м.н., профессор, заслуженный доктор Якутии, лауреат премии Моссовета, заведующий отделением трансплантации почки и печени НИИ трансплантологии и искусственных органов им. ШУМАКОВА

В различных странах ежегодно от 60 до 200 человек и более на 1 млн населения требуют начала проведения заместительной почечной терапии в связи с развитием терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН). На сегодняшний день существуют 3 метода поддержания жизни подобных пациентов:

- хронический гемодиализ,
- перитонеальный диализ,
- трансплантация почки.

Первые два метода позволяют продлить жизнь больных на многие годы, но требуют регулярного проведения процедуры (2–3 раза в неделю) в стационарных или амбулаторных условиях. Как гемодиализ, так и перитонеальный диализ являются методами замены функции почек. Однако, несмотря на постоянно совершенствующуюся медицинскую технику и технологию выполнения процедуры гемодиализа, существует достаточно много отрицательных побочных эффектов и обстоятельств, снижающих качество жизни больного. В частности, хронический гемодиализ со временем приводит к уменьшению содержания в крови гемоглобина, разрушению костей и т.д. Именно поэтому хронический гемодиализ может рассматриваться лишь как промежуточное звено лечения. Наилучшей же конечной целью для таких людей, дающей шанс на полноценную и активную жизнь, можно считать только трансплантацию почки.

Благодаря появлению новых иммуносупрессивных препаратов и совершенствованию техники операции процент выживаемости трансплантата в течение первого года после пересадки достигает 80–90%, а качество жизни больных после пересадки улучшилось в несколько раз. Таким образом, трансплантация почки является наиболее рациональным способом лечения людей, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью. Качество жизни и степень реабилитации, достигаемые у пациентов с пересаженной почкой, намного выше, чем у пациентов, находящихся на диализе.

Согласно данным Российской регистра, в 2007 году на лечении гемодиализом находились около 15 тысяч пациентов, на лечении перитонеальным диализом — около 5 тысяч пациентов жили с пересаженной почкой.

Безусловно, к сегодняшнему дню число больных, получающих заместительную терапию, увеличилось. Большинство из них, как известно, стремятся на операцию трансплантации почки, которая, бесспорно, является наиболее эффективным методом лечения терминальной стадии ХПН. Однако ежегодно в России выполняется большое количество трансплантации трупной почки, из которых почти две трети — в московских центрах, госпитализация в которые крайне затруднена или невозможна для иногородних. Столь малое (по сравнению со странами Запада) число операций обусловлено пока еще недостаточным развитием донорской службы и острейшим дефицитом донорских органов, которые могут быть получены от погибших людей. Даже те пациенты, которые уже находятся в листе ожидания трансплантационных центров, могут ожидать операции многие годы.

Хорошо известно, что пересадка почки от живого родственного донора по своим результатам значительно превосходит трансплантацию трупной почки и обеспечивает почти 100%-ную выживаемость трансплантата в течение первого года. При этом в среднем отмечаются в 2 раза более длительные сроки функционирования трансплантата. Риск осложнений и инвалидизации для донора практически сводится к нулю.

Практика трансплантации почки от живых доноров находит все большее распространение за рубежом. Например, в США ежегодно выполняется более 5000 подобных операций. По данным некоторых авторов, количество трансплантаций от живых доноров возросло более чем на 100%.

Если Вы читаете этот материал, возможно, Вы или Ваш родственник являетесь кандидатом на трансплантацию трупной почки. Вы, может быть, захотите рассмотреть возможность трансплантации почки от живого родственного донора. Под донорством почки следует понимать тот случай, когда при жизни человек отдает свой орган кому-либо нуждающемуся в нем.

Стать донором почки и предоставить дар жизни близкому человеку — пожалуй, наиболее значимый поступок, который может совершить человек. Это руководство во многом разъясняет суть данного выбора, отвечает на наиболее часто возникающие вопросы.

Ежегодно в мире выполняется более 30000 трансплантаций почки. Большинство почек (около 80%) получено от трупных доноров, то есть почки изымались после смерти человека.

Многие кандидаты на трансплантацию почки не рассматривают возможность получения органа от живого человека по следующим соображениям:

- Они не знают о подобной возможности.
- Им это кажется слишком сложной проблемой.
- Они не считают себя вправе вести разговор с родственниками о возможности такой операции.

Если Вы прочтаете этот текст, возможно, Вы измените свое отношение к проблеме родственной трансплантации.

Может ли человек жить с одной почкой? Известно, что подавляющее большинство людей рождается с двумя почками. В том случае, если здоровый человек отдает свою почку другому, он может прожить долгую и здоровую жизнь с оставшейся единственной почкой, которая возьмет на себя больше функций, чтобы выполнять работу по очищению организма в таком объеме, как если бы у человека было две почки.

Стать донорами почки могут люди, имеющие генетическую связь с потенциальным кандидатом на пересадку почки (реципиентом). К ним относятся:

- родные братья и сестры,
- двоюродные братья и сестры,
- родители,
- дяди и тети,
- дети, если они достигли 18-летнего возраста.

Большинство реципиентов встают в так называемый лист ожидания в одной из клиник, где выполняются трансплантации трупной почки. Для многих это единственный способ возврата к полноценной жизни, к сожалению, неопределенный во времени.

Получение почки от родственного донора имеет ряд преимуществ. Во-первых, учитывая родственную связь, следует ожидать лучших результатов трансплантации. Такие почки, как правило, обладают длительной и более удовлетворительной функцией. Во-вторых, находясь в листе ожидания, пациент может ожидать трансплантацию годами, продолжая лечение гемодиализом. Мировая статистика показывает, что ежегодно 1 из 20 пациентов, ожидающих трансплантацию, умирает от различных осложнений почечной недостаточности. Ожидая трансплантацию трупной почки, больной не знает, когда будет выполнена операция. Безусловно, длительное ожидание не может не повлиять на психическое состояние пациента. В случае родственной трансплантации операция принимает плановый характер.

Перед проведением родственной трансплантации почки заранее выполняют ряд исследований, включающих в себя проверку состояния здоровья донора и иммунологические тесты. Также донору рассказывают о характере предстоящего оперативного вмешательства и возможных осложнениях.

Необходимо подчеркнуть, что при принятии этого решения врачи в одинаково высокой степени несут ответственность как за безопасность донора, так и за успешный результат трансплантации у реципиента.

Но в первую очередь, мы хотим предоставить Вам несколько жизненных примеров — реальные истории различных семей, которые уже приняли решение и не сожалеют об этом. Они сопровождаются кратким комментарием специалистов.

Руководство для родственного донора почки

Введение

Если у Вас есть родственник, страдающий терминальной стадией почечной недостаточности, Вы должны знать, что существуют два способа терапии: лечение диализом и для определенной категории пациентов — трансплантация. Определяют два вида пересадки почки: первый — от умерших людей, у которых органы изымаются после смерти; второй — от живого донора-родственника, который отдает свои органы при жизни.

Если Вы рассматриваете возможность стать живым донором, это руководство будет очень полезным как для Вас, так и для близкого человека, ожидающего пересадку, для всей семьи. В руководстве освещены такие вопросы, как: риск трансплантации, ее польза, медицинское обследование донора и реципиента, процедура и последствия трансплантации, возможные риски, связанные с донорством почки. Данное руководство ни в коем случае не преследует цель заменить собой Ваши личные встречи с врачами-трансплантологами, самим больным и другими членами семьи. К тому же именно с врачами-

трансплантологами Вы сможете не только обсудить это пособие, задать вопросы, но и получить более подробную информацию.

После ознакомления с этим руководством Вы не только будете больше знать о понятиях донорство и трансплантация, также оно поможет Вам понять, что пожертвование своим органом, чтобы помочь близкому человеку, может стать очень полезным жизненным опытом. Такой шаг можно смело назвать дарением жизни.

Почему нужны живые доноры?

В России большая часть пересаженных почек получена от трупных доноров. Почти всегда смерть потенциального донора констатируется в отделениях интенсивной терапии больниц, наиболее частые причины: дорожно-транспортное происшествие, несчастные случаи или внутримозговое кровоизлияние.

Несмотря на большое число потенциальных трупных доноров в России, количество реально использованных почек для пересадки все еще остается крайне недостаточным по отношению к листу ожидания пациентов.

В 2003 г. в России были проведены лишь 332 пересадки почки при количестве ожидающих пациентов не менее 5000. Большинство пересадок были сделаны от трупных доноров и только 55 операций — от живых доноров (15,5%). Эти цифры и определяют понятие «острейший дефицит донорских органов». Потребуются многолетние усилия государства для преодоления этого дефицита. Тем не менее, уже сегодня отмечена тенденция к увеличению доли родственной трансплантации во многих трансплантационных центрах страны.

В других странах все чаще прибегают к трансплантации от живых доноров, что отображено на диаграмме.

Принимая во внимание эти данные, Ваш возможный вклад как живого донора поможет не только Вашему родственнику, но и повысит количество трансплантаций в стране в целом, спасет жизни многих людей. На сегодняшний день не вызывает сомнений тот факт, что успешная операция по пересадке почки, особенно от живого донора, больному с терминальной стадией хронической почечной недостаточности является оптимальным методом лечения с медицинской, психологической и социальной точек зрения.

Если Вы отдаете свою почку родственнику, возможность отторжения организмом новой почки снижается, т.к. генетическая близость с иммунологической точки зрения наиболее вероятна, в редких случаях наблюдается полная идентичность. Именно по этой причине самыми лучшими донорами для больного считаются родственники.

Кроме того, преимущество живого донора состоит в том, что почка не испытывает последствий смерти (ишемические повреждения), и период времени ее нахождения без кровообращения (консервация) очень мал по сравнению с трупной пересадкой. Эти два фактора немаловажны для успешной пересадки.

Если Вы здоровы, то можете вести нормальный образ жизни даже с одной почкой.

Одним из часто задаваемых вопросов потенциальных доноров: не нанесет ли вред их дальнейшей жизни потеря одной почки? Ответ однозначен: здоровый человек может вести совершенно нормальный образ жизни, имея одну почку. Более того, некоторые люди рождаются с одной почкой. Если одна почка удаляется, то оставшаяся увеличивается в размере и берет на себя больше функций, чтобы выполнять работу по очищению организма в таком объеме, как если бы у человека было две почки. Количество выделяемой мочи остается неизменным, и донор не замечает никаких перемен в состоянии своего здоровья. Ритм жизни не изменяется, и можно продолжать вести свой обычный распорядок. Поэтому если Вы здоровы изначально, удаление одной из почек никоим образом не нанесет вреда. Проведенные исследования доказывают, что риск получить какие-либо медицинские проблемы из-за донорства почки очень низок. Только в редких случаях происходит небольшое повышение артериального давления или увеличение потери белка с мочой, но это никак не отразится на Вашем состоянии и качестве жизни, возможно, потребует минимальной медикаментозной коррекции.

Донорами пациента с почечной недостаточностью чаще всего становятся его родители, брат или сестра, реже — такие родственники, как тетя или дядя, бабушка или дедушка, двоюродные брат или сестра, совершеннолетние дети.

В России закон, регулирующий живое органное донорство, требует, чтобы между донором и больным существовала генетическая связь, в связи с чем некрровные родственники (муж, жена), а также, близкие друзья-«добровольцы» не могут выступить в роли доноров. Степень родства должна быть документирована соответствующими юридическими документами. Купля-продажа органов запрещены законом.

Вы можете стать донором почки

Донором может стать любой человек, которому исполнилось 18 лет. Однако в реальной жизни маловероятно, чтобы человек моложе 21 года рассматривался как потенциальный донор. Для донорства почки нет строгих возрастных ограничений, но чем человек старше, тем у него меньше шансов отвечать медицинским требованиям, необходимым для пересадки. К тому же с возрастом почки теряют способность функционировать в полной мере, поэтому почка, пересаженная от здорового, но уже немолодого человека, может быть неподходящей для молодого пациента.

Обычно большинство родственников согласны отдать свою почку и испытывают огромное психоэмоциональное удовлетворение после успешного проведения операции. Но существует ряд психологических моментов, на которые следует обратить внимание, перед тем как принять решение стать донором.

Врачи - трансплантологи, психологи и др. осознают, что значит для человека решение предложить себя как возможного донора почки. Поэтому они постоянно находятся в контакте с будущим донором: подробно объясняют все физические неудобства, связанные с операцией, рассказывают об анализах и исследованиях, которые надо пройти перед операцией, предупреждают о том, что хотя шансы успешной пересадки высоки, но всегда есть минимальный риск неудачной пересадки, предсказать который в каждом конкретном случае невозможно.

Все члены семьи, поддержавшие трансплантацию от живого донора, должны открыто говорить, что они чувствуют, о чем они думают, чтобы быть готовыми к возможным осложнениям, как со стороны донора, так и реципиента. Главным принципом действий трансплантологов является гарантия безопасности донора.

Чтобы стать донором, необходимо принять во внимание следующие факторы

После того как принято решение стать донором почки для близкого человека, Вы должны тщательно обдумать те неудобства и отрицательные моменты, с которыми, возможно, придется столкнуться при подготовке к операции и после нее:

1. Чтобы оценить состояние Вашего здоровья в целом и убедиться в том, что Ваша почка подходит для пересадки, врачи проведут целую серию исследований, занимающих непродолжительный период времени (1–2 недели).

2. Нужно помнить, что операция по удалению почки, как любая другая, сопряжена с проведением наркоза, послеоперационными болями и другими ограничениями в течение 5–7 первых дней. Даже при условии принятия всех мер предосторожности при проведении нефрэктомии имеется минимальный риск для жизни (он составляет 0,02%). Развитие различных осложнений, которые легко излечиваются в период пребывания в больнице, наблюдается у 20% доноров.

3. К социальным факторам, на которые нужно обратить внимание, относятся такие, как временная нетрудоспособность в течение 3-4 недель.

4. На Вас могут оказывать определенное давление родственники, чтобы убедить в необходимости стать донором, в то время как Вы еще не полностью уверены в своем решении.

5. Во время обследования у Вас могут быть впервые обнаружены скрытые заболевания, запрещающие донорство и требующие соответствующего лечения. В ряде случаев повторное рассмотрение возможности донорства откладывается на некоторый период, необходимый для коррекции состояния Вашего здоровья.

6. Вы должны быть психологически готовы к тому, что жизнь с одной почкой ничем не отличается от жизни с двумя.

7. Несмотря на все предварительные исследования, существует 5% риска, что реципиент отторгнет и потеряет пересаженную почку в течение первого года после операции.

Таким образом, наряду с положительными эмоциями, вызванными искренним желанием помочь близкому человеку, существует целый ряд вопросов, которые требуют серьезного осмысления.

Каким медицинским требованиям должен отвечать живой донор?

Перед тем как утвердить Вашу кандидатуру в качестве донора, врачи должны убедиться в следующем:

1. Вы совместимы с реципиентом по иммунологическим параметрам.
2. После удаления почки Ваше здоровье не ухудшится.
3. Пересадка почки будет иметь хороший результат.

Для этого как донор, так и больной-реципиент должны пройти целый ряд исследований, о которых мы расскажем ниже.

Определение группы крови

Большинство людей знают, что у человека существуют 4 группы крови: O (I), A (II), B (III), AB (IV). Для успешной пересадки необходимо, чтобы группа крови потенциального донора была совместима с группой крови больного (см. таблицу).

Совместимость групп крови	Группа крови больного — Подходящая группа крови
реципиента донора	O O
O O	A O, A
A O, A	B O, B
B O, B	AB O, A, B, AB

Наличие или отсутствие резус-фактора (положительный или отрицательный) никоим образом не влияет на результат пересадки почки, поэтому этот критерий не принимают во внимание при определении совместимости по группе крови.

Члены одной семьи могут иметь разные группы крови, в связи с чем некоторые из них могут стать донорами, а другие — нет. Определение групповой совместимости — это первый важный шаг в определении принципиальной возможности операции по пересадке почки.

Иммунологическая совместимость

Следующий фактор, определяющий степень иммунологической совместимости и влияющий на отдаленные результаты операции, — HLA-фенотип донора и реципиента. HLA-антигены располагаются на поверхности клеток и определяют генетически детерминированную индивидуальность каждого человека. У каждого человека имеются 6 антигенов из множества возможных, половина из которых происходит от матери, а другая — от отца. Чем выше число одинаковых HLA-антигенов у донора и реципиента, тем больше вероятность успешной пересадки на длительный срок. Такого рода совместимость чаще всего наблюдается у близких родственников (идеальный пример — два родных брата, имеющих одинаковые HLA-антигены). Родители и дети имеют, как правило, не менее половины общих антигенов. Родные братья и сестры могут быть HLA-совместимы полностью (100%), наполовину (50%), вовсе несовместимы (25%). Несмотря на это, с каждым годом осуществляется все больше успешных пересадок у людей с низкой совместимостью HLA-антигенов благодаря применению современных препаратов, избирательно подавляющих иммунную систему (иммунодепрессанты).

Существует группа пациентов, у которых пересадка почки невозможна даже от хорошо совместимых доноров из-за наличия высокого уровня существующих антител, направленных против несовместимых HLA-антигенов донора. Такое состояние может развиться в результате многократных переливаний крови, повторных пересадок или беременности и определяется при постановке так называемой перекрестной пробы между лимфоцитами донора и сыворотки крови реципиента.

Обследование потенциального родственного донора.

Врачам необходимо знать, что Вы не являетесь носителем потенциально опасных вирусов. Наличие вирусов исследуется в первую очередь (анализ крови). Определенные вирусные инфекции указывают на невозможность донорства. Анализ крови определит, есть ли в организме потенциального донора маркеры следующих вирусов: гепатит В, гепатит С, иммунодефицит (ВИЧ), вирус цитомегалии.

Если в организме донора обнаружат один из этих вирусов (за исключением вируса цитомегалии), операция по пересадке почки будет отменена в связи с риском переноса инфекции.

Чтобы быть уверенным, что Вы сможете жить с одной почкой, отдав другую нормально работающую больному человеку, что хирургическое вмешательство не принесет никакого вреда Вашему организму, Вы должны быть здоровы и не иметь скрытой патологии. Чтобы убедиться в этом, врачи проведут специальное обследование, частично амбулаторно, частично — в условиях стационара. В процессе обследования Вы располагаете достаточным временем, чтобы еще раз обдумать свое решение о донорстве и понять, что оно окончательное, или отказаться от него. С другой стороны, от 30 до 40% людей, желающих стать донором, оказываются непригодными по медицинским соображениям. Противопоказания к донорству приведены ниже.

Критерии исключения потенциального донора почки:

1. Возраст <18 лет и >65 лет.
2. Артериальная гипертензия (>140/90 мм рт. ст. или требующая медикаментозной коррекции), другие заболевания сердечно-сосудистой системы.

3. Сахарный диабет, другие эндокринные нарушения.
4. Протеинурия (>250 мг/сутки).
5. Мочекаменная болезнь в анамнезе, пиелонефрит.
6. Сниженная клубочковая фильтрация (<80 мл/мин).
7. Микрогематурия.
8. Урологические аномалии донорской почки.
9. Хронические заболевания легких, онкологические заболевания в анамнезе.
10. Вирусные заболевания печени.
11. Ожирение (>30% по сравнению с оптимальным весом).
12. Тромбозы и тромбоземболии в анамнезе.
13. Психиатрические и социальные противопоказания.

Когда принимается решение предложить себя в качестве донора?

Существуют 3 возможные ситуации:

1. Близкому человеку поставили диагноз терминальной хронической почечной недостаточности. В этом случае пересадку лучше всего делать до начала проведения диализа. Такая пересадка называется предиализной (предупредительной). В настоящее время к такому виду пересадки прибегают все чаще, т.к. он помогает избежать проблем, связанных с проведением диализа.

2. Ваш родственник — потенциальный реципиент уже долгое время стоит в листе ожидания органов от трупного донора. Потенциальный донор видит: 1) изменения в качестве жизни больного и его семьи, вызванные диализом; 2) ухудшение его физического состояния. Эти факторы могут повлиять на его решение стать донором, чтобы ускорить пересадку.

3. Врачи пришли к заключению, что у реципиента минимальные шансы найти подходящего трупного донора (иммунная система, антитела, т.д.). В связи с этим принимается решение сделать операцию по пересадке от наиболее совместимого живого родственного донора.

От кого бы ни исходило предложение о донорстве: больного, родственников или врачей -трансплантологов, в первую очередь необходимо непрерывное общение между ними. Именно сотрудничая, можно понять, что пересадка от живого донора может быть оптимальным решением для реципиента и безопасной процедурой для донора.

Возможные неудобства для донора

Нефрэктомия (удаление почки) — сложная и достаточно болезненная операция. Она продолжается 1,5–2 часа под общим обезболиванием. После нее какое-то время донору делают обезболивающие уколы, хотя 4% пациентов продолжают чувствовать незначительные болевые ощущения и дискомфорт в области операции еще на протяжении 6–12 месяцев.

В отдаленные сроки после удаления почки у небольшого числа доноров наблюдается умеренно повышенное давление и незначительное увеличение количества белка в моче. Не стоит рассматривать эти явления как заболевания. Вам необходимо периодически проходить полное медицинское обследование (артериальное давление, анализ крови и мочи).

Врачи-трансплантологи всегда (как до, так и после операции) готовы помочь Вам, оказать поддержку или найти нужного специалиста, если возникли проблемы.

Три практических аспекта, которые следует знать донору:

1. Вы пробудете в больнице 10–12 дней после операции. К работе сможете вернуться через 4–12 недель в зависимости от ее характера.

2. Женщины, принимающие оральные контрацептивы, должны перестать принимать их за месяц до операции, в виду того что существует риск образования тромбов.

3. Курильщикам необходимо заблаговременно прекратить курение или уменьшить количество сигарет, потребляемых в день.

ПОМНИТЕ, В ЛЮБОЙ МОМЕНТ ВЫ МОЖЕТЕ ПОМЕНИТЬ СВОЕ РЕШЕНИЕ.

Положительные стороны для донора

Отдать свою почку, чтобы спасти жизнь другого человека, это прекрасный поступок. Вы не только помогаете человеку вернуться к нормальной жизни, но и дарите ему новую жизнь. На свете нет большего проявления любви. Несмотря на определенные риски и неудобства, большинство живых доноров, приняв решение о донорстве, испытывают только положительные эмоции и сохраняют их на долгие годы после операции.

Врачи приводят следующие данные: 95% пересаженных почек нормально функционируют через год после операции; более 80% продолжают работать через 10 лет. Помимо этого многие реципиенты находятся в прекрасной физической форме более чем через 20 лет после пересадки.

Следует помнить:

- Чтобы удалить почку у живого донора, требуется его письменное добровольное согласие в установленной форме. Документ будет подписан Вами

и врачом-трансплантологом и помещен в историю болезни.

Операция по изъятию почки у живого донора может проходить только в специализированных медицинских центрах, имеющих лицензию на данный вид деятельности.

Какие врачи участвуют в операции?

В операции принимает участие большое количество врачей, у каждого из них свои обязанности.

Хирург-трансплантолог — специалист, который удаляет и/или пересаживает почку. В некоторых больницах один и тот же хирург удаляет и пересаживает почку, в других — каждую операцию делает определенный хирург. Операции у донора и реципиента, как правило, проводятся параллельно.

Перед операцией хирург должен еще раз убедиться, что как у донора, так и у реципиента риск хирургического вмешательства сведен к минимуму. Хирург, удаливший почку, берет на себя огромную ответственность гарантировать безопасность донора наравне с врачами-нефрологами.

Нефролог (специалист по заболеваниям почек)

Нефролог — специалист, который вместе с хирургом, должен удостовериться, что пересаженная почка восстановит здоровье и вернет реципиента к привычному для него ритму жизни, что состояние здоровья донора не ухудшится после операции. Нефролог должен быть уверен, что все результаты анализов говорят о совместимости донора и реципиента, функциональной пригодности почки удаляемой, так и остающейся у донора почки, что ведет к успеху пересадки.

Анестезиолог

Обычно анестезиологов двое: один обеспечивает наркоз во время операции по удалению почки, второй — во время пересадки почки реципиенту. Оба анестезиолога несут ответственность за жизнь пациентов в течение всей операции.

Медсестры ухаживают за донором и реципиентом после операции, выполняют назначения врачей.

ПОПЫТАЙТЕСЬ СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ РЕЦИПИЕНТ НЕ ЧУВСТВОВАЛ СЕБЯ В ДОЛГУ ПЕРЕД ВАМИ!

Возвращение к нормальной жизни

Успех операции оценивается по тому, как работает новая почка и как быстро пациент восстанавливается после операции. Первые три месяца после трансплантации самые сложные: именно в это время могут возникнуть различные проблемы. По их истечении как донор, так и реципиент возвращаются к своей обычной жизни с убеждением, что один совершил альтруистический поступок дарения, а другой получил чудесный дар — здоровье и жизнь!

Если, получив первичную информацию по вопросам родственного донорства, у Вас возникнут дополнительные вопросы, получите ответы на них у своих врачей и тогда — действуйте!

Заключение

- Программа трансплантации почки от живого родственного донора в России должна стать приоритетным направлением в условиях сохраняющегося дефицита донорских органов. Уже сегодня ее реализация возможна во многих регионах. Результаты родственной трансплантации бесспорно лучше по сравнению с трупными трансплантациями.

- Преддиализная трансплантация почки от живого родственного донора существенно расширяет возможность оказания медицинской помощи пациентам с терминальной стадией ХПН, повышает ее качество и значительно снижает экономические затраты. У 20% реципиентов она выполнена до начала или в течение 1-го месяца проведения заместительной почечной терапии.

- Возможность преддиализной трансплантации почки от живого родственного донора может рассматриваться как альтернатива известным методам заместительной почечной терапии уже на этапе диспансеризации больных ХПН. При снижении уровня почечной фильтрации до 20 мл/мин. с пациентом и его родственниками должен обсуждаться вопрос о возможности применения данного метода лечения.

Достижения трансплантационной медицины всегда будут идти бок о бок с проблемами морально-этического характера: органов для пересадки на всех не хватает, и дефицит этот будет с каждым годом лишь увеличиваться. В таких условиях особое значение приобретает соблюдение врачами всех предписанных правил и инструкций - малейшее нарушение может привести к гибели пациента и серьезным проблемам с законом.



МОЁ ВТОРОЕ СЕРДЦЕ

РОМАНЦОВА Т. А.

Заместитель председателя, руководитель направления пациентов с пересаженным сердцем.

Мы живем в мире, где такие понятия, как генная инженерия, нанотехнологии, пересадка органов и тканей — это уже не темы фантастической литературы. Это реальность. Прогресс вступил в свои права и не собирается сбавлять темпы. Но, несмотря на знания, разработки ведущих мировых ученых, на сегодняшний день число смертельных болезней, не поддающихся терапевтическому лечению, к сожалению, не уменьшается. Одним из бичей человечества является хроническая сердечная недостаточность.

ХСН — одно из самых частых осложнений болезней сердечно-сосудистой системы. Любая болезнь сердца приводит к снижению способности нашего главного органа обеспечивать организм достаточным притоком крови. Т.е. к уменьшению его насосной функции.

Чаше хроническую сердечную недостаточность вызывают:

- ишемическая болезнь сердца
- инфаркт миокарда
- артериальная гипертензия
- кардиомиопатии
- пороки клапанов сердца.

Остановлюсь подробнее на одной из видов кардиомиопатий — дилатационной. Это одна из самых опасных болезней. Нарушение насосной функции сердечной мышцы, проще говоря, сердце начинает увели-

чиваться в размерах, мышца дряхлеет, и этот процесс не поддается остановке. Наиболее характерной чертой заболевания является дилатация (расширение) камер сердца, преимущественно левого желудочка.

Дилатационную кардиомиопатию еще называют застойной, из-за неспособности сердца при данном заболевании полноценно перекачивать кровь, вследствие чего эта кровь «застаивается» в органах и тканях организма.

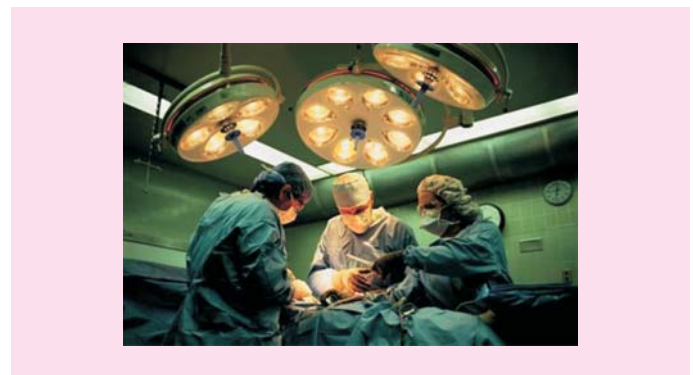
Причины возникновения этого вида кардиомиопатий до конца не изучены. Считается возможной наследственная природа болезни, так как нередко встречается несколько случаев заболевания у близких родственников. Возможно, способствуют болезни нарушения в иммунной системе, но подтверждение этому не найдено у всех больных. Многие исследователи уверены в вирусном происхождении дилатационной кардиомиопатии, однако выделить вирус, ее вызывающий, никто пока не смог.

Специфического лечения кардиомиопатий нет. Все силы направляют на борьбу с осложнениями. Прежде всего, это сердечная недостаточность, которая с течением времени развивается у всех пациентов.

Прогноз при этой болезни неутешительный. Постепенно, несмотря на лечение, функция сердца ухудшается. В первые 5 лет от начала заболевания умирает около 70% больных. Однако, есть данные, что при регулярном контроле и лечении возможна стабилизация состояния у 20-50% больных и даже улучшение, но не выздоровление.

Все это на практике выглядит не так сухо, как на страницах медицинских учебников. В реальности заболевание ДКМП означает медленную и мучительную смерть. Люди, находящиеся в состоянии терминальной стадии сердечной недостаточности испытывают огромные затруднения в дыхании, движении, выполнении простейших бытовых манипуляций.

По собственному опыту я знаю, каково это в 27 лет услышать, что ты больна ДКМП и шансов на выживание у тебя практически нет, что все твои мечты и надежды на будущее рушатся, что сама жизнь находится под смертельной угрозой и может прерваться в любую минуту.



Нередки случаи, когда сердечная недостаточность не поддается медикаментозному лечению, тогда единственный выход — это трансплантация сердца.

Пересадка для таких пациентов — единственный шанс на выживание, на продолжение жизни, на возможность радоваться этой жизни, а не просто цепляться за нее из последних сил.

Мне такой шанс подарили врачи ФНЦ Трансплантологии и Искусственных органов им. Академика В.И. Шумакова, выполнив трансплантацию сердца. А по сути, мне подарили вторую жизнь, и возможность наслаждаться каждым мгновением этой жизни.

В нашей стране трансплантология как направление современной медицины появилась сравнительно недавно, но на пути ее развития постоянно возникают различные препятствия и сложности.

Самой большой проблемой становится общественное мнение в отношении трупной трансплантации донорских органов, сформированное СМИ скандальными историями о врачах-убийцах и прочими сомнительными публикациями.

Действительно, вопрос о трансплантации органов не является простым. Он несет в себе огромный морально-этический аспект нашей жизни, иногда он требует переоценки утвердившихся стереотипов, предполагает готовность общества к восприятию новой объективной информации. Но пока врачи-трансплантологи вынуждены оправдываться за преступления, которых не совершали, сотни тяжело больных людей обречены мучительно умирать в больницах, не дожидаясь донорского органа.

Еще одной проблемой в этой области, частично вытекающей из предыдущей, является огромная нехватка донорских органов. В нашей стране ежегодно количество выполненных трансплантаций сердца в десятки раз меньше количества пациентов, нуждающихся в ней.

Так же не хватает и специализированных медицинских центров, которые занимаются и проблемой трансплантации, и проблемами наблюдения уже прооперированных больных.

Огромное значение имеет ранняя диагностика заболеваний, приводящих к застойной сердечной недостаточности, а, в последствие, и трансплантации сердца. Но в нашей стране не хватает грамотных специалистов на местах, в регионах, которые были бы в состоянии своевременно диагностировать заболевание и направить на специализированное лечение. В связи с этим, статистика по смертности от застойной сердечной недостаточности в нашей стране весьма условна.

Немаловажным является и вопрос наблюдения уже трансплантированных пациентов на местах, оказание им адекватной медицинской помощи. Поэтому необходимо проводить просветительскую работу с региональными врачами.



На мой взгляд, необходимо выносить на всеобщее обозрение проблемы оказания качественной медицинской помощи населению, в том числе и проблему трансплантации органов. Ведь только говоря о трансплантации спокойно, без истерии и предрешений, можно объективно оценить все аспекты данного вопроса. Доводя до людей правдивую информацию о трансплантации органов, мы можем рассчитывать на постепенное формирование цивилизованного отношения к ней. Может быть, тогда наши врачи смогут спасти не десятки, а сотни и тысячи ранее обреченных на смерть больных, большинство из которых смогут вернуться в общество полноценными людьми.

На сегодняшний день сознанием населения манипулируют различные недобросовестные СМИ, для которых трансплантология — в первую очередь средство наживы и повышения рейтингов за счет скандальности публикаций, а не способ избавления множества людей от страданий. Люди с большой готовностью верят историям о «черных трансплантологах», не задумываясь о том, кто и как будет спасать их жизни, если им самим объявят смертельный диагноз, ведь осудить всегда проще, чем задуматься и обсудить. А СМИ необходимо помнить об огромной ответственности перед обществом за ту информацию и те призывы, которые они доводят до людей.

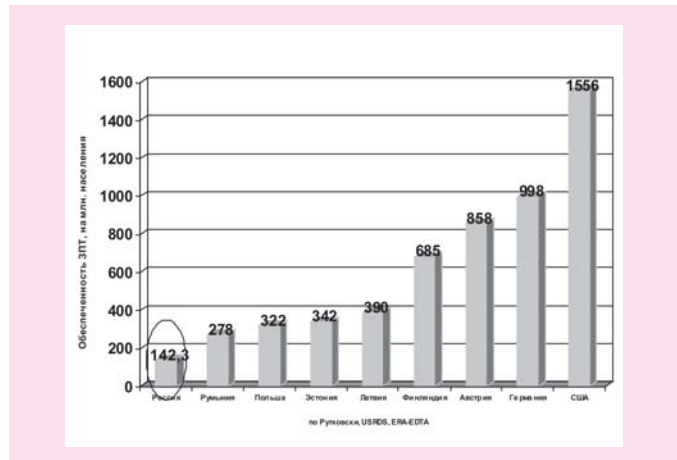
Мое второе сердце стучит в моей груди, давая мне возможность рассказать вам о том, что пережила я, о том, что переживают сотни пациентов и о том, что надо постараться сделать все возможное, чтобы общество было готово к осознанию и цивилизованному обсуждению такой непростой проблемы, как трансплантация органов.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ДОНОРСТВО ОРГАНОВ

Отдел координации органного донорства ФГУ ФНЦ Т и ИО им. В.И. Шумакова.
Мойсюк Я.Г., Погребниченко И.В., Бельских Л.В.

По состоянию заместительной почечной терапии (ЗПТ) Россия находится на последнем месте среди стран Европы и США («Нефрология и диализ», 2009 г.), обеспеченность диализом составляет 144 чел./млн населения, количество пациентов на диализе 15896, число больных с функционирующими трансплантами 4316 чел. (Б.Т. Бикбов, Н.А.Томилина, по состоянию на 2007 год).

В настоящее время можно говорить о некотором улучшении ситуации с обеспечением диализным оборудованием: продолжается строительство новых диализных центров, закупаются новые диализные аппараты, создаются минидиализные центры для детей. Но также растет и количество нуждающихся в этом виде ЗПТ. Кроме того, имеется явная нехватка специалистов по нефрологии и диализу, а обеспечение расходными материалами зачастую перекалывается на плечи больных и их родственников. Но тем не менее, это хоть какая-то возможность продолжать жизнь.



Для людей с терминальными заболеваниями печени, сердца, легких, поджелудочной железы, к сожалению, такая возможность отсутствует. Для них не существует заместительной терапии, и единственным спасением является трансплантация. А если возникает такая необходимость, то без трансплантации от трупного донора пациент обречен на смерть.

Только на примере нуждающихся в трансплантации печени можно видеть, что смертность в наших листах ожидания 57% (в странах Евросоюза 6–9%), и это люди, не дождавшиеся своей трансплантации, а еще многие просто не попадают в лист ожидания, не зная о такой возможности.

По данным регистра (Я.Г. Мойсюк), в России в 2008 году выполнено 782 трансплантации почки, 125 печени, 26 трансплантации сердца и 9 трансплантаций поджелудочной железы.

	Европа*	Россия
Трупные доноры	8293 (16,85/млн)	364 (2,6/млн)
Трансплантация почки	17306 (35,2/млн)	782 (5,5/млн)
Трансплантация печени	6576 (13,4/млн)	125 (0,85/млн)
Трансплантация сердца	2050 (4,2/млн)	26 (0,2/млн)
Трансплантация поджелудочной железы	788 (1,6/млн)	9 (0,07/млн)

Для сравнения в таблице приведены данные Европейского регистра, цифры больше в 20–30 раз. Хотя нуждаемость в таких операциях в России соответствует европейским данным, это значит, что многие получают диализный аппарат вместо трансплантации или умрут.

В настоящее время в России имеется 34 центра, выполняющих операции по трансплантации, и только в 8 из них выполняются трансплантации сердца, печени и т.д. (для сравнения, в США таких центров 220, в Европе 95). Малое количество операций, выполняемых в этих центрах, в подавляющем большинстве связано с отсутствием эффективной системы органного донорства.

Донорские службы отдельных регионов не объединены в одну общую структуру. Каждый регион, где существуют трансплантационные центры, «варится в собственном соку». Отсутствие единого листа ожидания, где указан иммунологический профиль каждого нуждающегося в трансплантации пациента, не способствует эффективному использованию даже того малого количества органов, которые с невероятными трудностями получают на донорских базах лечебно-профилактических учреждений. Кроме того, отсутствие единого листа ожидания не позволяет проконтролировать работу региональных трансплантационных центров и проследить принцип социальной справедливости по распределению полученных органов среди нуждающихся в трансплантации, что порождает нелепые слухи и недоверие к трансплантологии в целом.

В ФНЦ ТиИО им. академика В.И. Шумакова (в простонародье – Институт им. Шумакова) к настоящему времени накоплен не только опыт трансплантаций почки, печени, сердца, поджелудочной железы, но и организации системы органного донорства. Работа, проводимая на выделенных территориях в Московской области (МО), привела к 3-кратному увеличению количества эффективных доноров, полученных ФНЦ из стационаров МО, по сравнению с 2008 годом. К 1 полугодью 2010 года количество эффективных доноров составило 13,1/млн населения, что приближено к европейским 16,8/млн. Мультиорганные эксплантации выполнены в 70% случаев, количество органов, полученных от одного донора, – 3,1. И если экстраполировать эти цифры на всю страну, то мы могли бы иметь 1870 эффективных доноров и выполнить более 5000 трансплантаций.

Для этого необходима более активная позиция самих пациентов, нужно знать, что трансплантация есть и она доступна. Нужно понять, что количество операций ограничено только количеством донорских органов, хотя число случаев, при которых возможно получение органов, огромно. Увеличить количество операций можно, создав эффективную систему получения органов, для чего необходимо объединить усилия общественных организаций, пациентов и врачей, привлечь внимание общественности и государства к решению этой проблемы. На наш взгляд, только совместная работа по созданию государственной программы по органному донорству позволит эффективно решить проблемы пациентов как в плане получения трансплантологической помощи, так и в обеспечении заместительной терапией.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ДОДИАЛИЗНЫЙ ПЕРИОД

КОТЕНКО О. Н. к.м.н. ГКБ №52, г. Москва

20 января 2010 г. в конференц-зале городской больницы №52 г. Москвы открылась "Школа нефрологического больного". Несмотря на 20-градусный мороз, пришло 85 слушателей. С актуальной лекцией «Диетотерапия при хронической болезни почек» выступил зам. главного врача ГКБ№52 по нефрологии, кандидат медицинских наук Котенко О.Н. Это одна из горячих тем, интересующая нефрологических больных. Поэтому пациенты прослушали материал с огромным вниманием и интересом, долго задавали вопросы. В доступной форме Олег Николаевич объяснил, зачем так необходимо строго выполнять диетические рекомендации, дал практические советы по повышению калорийности рациона, соблюдению малобелковой диеты в период до диализа, ограничению соли, фосфора, калия, ведению пищевого дневника. Приводим кратко ее основные тезисы, с презентацией можно ознакомиться на сайте <http://www.nefrohelp.ru>



ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ДОДИАЛИЗНЫЙ ПЕРИОД "Школа нефрологического больного", 20.01.2010 г. (к.м.н. Котенко Олег Николаевич, ГКБ №52, г. Москва)

Уважаемые пациенты!

Одной из основных задач лечения хронической болезни почек (ХБП) является замедление прогрессирования почечной недостаточности. В целом лечение ХБП обязательно должно быть обязательно комплексным, и стратегия по замедлению прогрессирования почечной недостаточности включает такие основные лечебные мероприятия как:

- Контроль артериального давления - целевое значение 130/80 мм. рт. ст.
- Прием, при отсутствии противопоказаний, препаратов ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и/или блокаторов рецепторов ангиотензина II
- Малобелковая диета
- Контроль кислотно-щелочного состояния
- Контроль фосфорно-кальциевого баланса
- Прекращение курения
- Другие препараты: антиоксиданты, статины

И если кратко сформулировать основные принципы лечения ХБП, то пациент должен

- перестроить свой образ жизни соответственно степени заболевания,
- соблюдать рекомендованную диету,
- принимать назначенные ему медикаменты.

На каждой стадии ХБП в зависимости от степени снижения скорости клубочковой фильтрации (одного из важных показателей функции почек) предусмотрен план лечебных мероприятий, в которых диете тоже отводится важное место (табл. 1).

Табл. 1. Лечебно-диетические мероприятия в зависимости от стадии хронической болезни почек (адаптировано из классификации NKF DOQI).

Стадия	Характеристика	СКФ (мл/мин/1,73 м)	Мероприятия
	При повышении риска ХБП	>90 (при наличии факторов риска ХБП)	Скрининг и снижение возможных факторов риска ХБП.
I	Поражение почек с N или повышенной СКФ	> 90	Диагностика и лечение основного заболевания для замедления темпов прогрессирования и снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Терапия сопутствующей патологии. Диета.
II	Поражение почек с умеренным снижением СКФ	60-89	Те же мероприятия. Оценка скорости прогрессирования ХБП. Диета.
III	Средняя степень снижения СКФ	30-59	Те же мероприятия. Выявление и лечение осложнений. Малобелковая диета.
IV	Выраженная степень снижения СКФ	15-29	Те же мероприятия. Подготовка к заместительной почечной терапии (ЗПТ). Мало-белковая диета.
V	Почечная недостаточность	< 15	Заместительная почечная терапия. Высокобелковая диета (до диализа – строгая малобелковая диета).

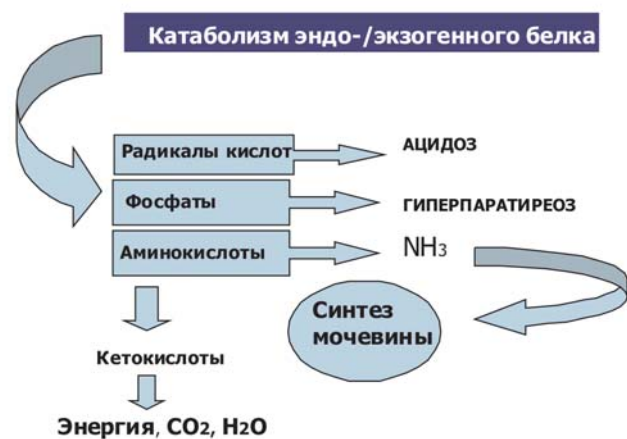
При хронической почечной недостаточности (ХПН), когда почки не обеспечивают в достаточном объеме очищение организма от продуктов его жизнедеятельности, избыточно накапливаются токсичные продукты. Это прежде всего конечные продукты белкового обмена, которые в норме должны выводиться с мочой. Доказано, что накопление не выведенных продуктов катаболизма белка способствуют прогрессированию почечной недостаточности. Одновременно с этим развиваются и другие метаболические нарушения, на которые могут и должны быть направлены диетические усилия. Известно, что с помощью специальной диеты можно повлиять на так называемые «потенциально модифицируемые» факторы риска прогрессирования ХБП, к которым относятся различные нарушения метаболизма, характерные для ХПН.

Поэтому до начала заместительной почечной терапии (ЗПТ), в додиализный период больным ХБП рекомендуют диету с ограничением белка в рационе, то есть малобелковую диету. **Малобелковая диета (МБД)** — это не просто механическое ограничение количества потребления белка, а грамотно спланированный рацион питания согласно лечебным рекомендациям. Благоприятное действие малобелковой диеты у больных с хронической почечной недостаточностью связывают с уменьшением перегрузки оставшихся работающих нефронов — структурных единиц почки, что предотвращает их дальнейшую гибель. МБД способствует торможению прогрессирования ХБП, предупреждает накопление токсических продуктов, уменьшает интоксикацию, снижает протеинурию, улучшает фосфорно-кальциевый, липидный и углеводный обмен.

Однако надо помнить, что такая диета является лечебным инструментом, и как для любого лекарственного средства, для того, чтобы получить все преимущества такой диеты, и в то же время не навредить своему организму, следует правильно ею пользоваться, четко выполняя необходимые инструкции. Не менее важно не только сокращение потребления белка, но и обеспечение достаточного потребления калорий. В противном случае соблюдение МБД теряет смысл из-за накопления продуктов катаболизма собственного белка. Только в этом случае МБД эффективна и безопасна.

Наш обычный пищевой рацион содержит различные макронутриенты (белки, жиры, углеводы) и микронутриенты (витамины, микроэлементы, электролиты). Все они жизненно необходимы. Недостаток любого из них может привести к вредным последствиям, даже у здорового человека. А при ХПН кроме того происходит спонтанное снижение потребления пищи, особенно белковых продуктов, из-за общего снижения аппетита, усугубляющегося со снижением клубочковой фильтрации. Если ничего не предпринимать в диетическом плане, то это грозит больному ХПН истощением — снижением массы тела, уменьшением толщины подкожно-жировой клетчатки, мышечной слабостью, повреждением внутренних органов, в конечном счете, дальнейшим прогрессированием заболевания. Известно, что снижение индекса массы тела у больных ХПН связано с увеличением частоты госпитализаций и снижением выживаемости. При построении диеты при ХПН нужно найти баланс между лечебными ограничениями, возрастными особенностями (у пожилых темпы обмена веществ медленнее), привычками и вкусами пациента, и при этом обеспечить всеми необходимыми веществами.

Известно, что все белки пищи и организма состоят из разной последовательности 20 аминокислот в различных комбинациях. Незаменимые аминокислоты обязательно должны поступать с пищей в достаточном количестве, так как не синтезируются в организме. При катаболизме обычного пищевого белка его молекула сначала расщепляется до кирпичиков аминокислот, освобождаются радикалы кислот, фосфаты. В результате ряда сложных биохимических реакций избыток азотных групп идет на синтез мочевины, и выводится с мочой. При почечной недостаточности почки не справляются с азотной нагрузкой, и концентрация так называемых «азотистых шлаков» в организме нарастает, происходит сдвиг в сторону ацидоза, увеличения фосфатов (рис.1)



В химической структуре **кетаналогов аминокислот (иначе кетокислот)** азотная группа заменена атомом кислорода, а в организме из них образуются обычные аминокислоты, которые в дальнейшем встраиваются в различные белки организма, участвуют в биологических процессах. При этом азотная нагрузка минимальна, а фосфатов совсем нет, в отличие от белковых продуктов, что является благоприятным для пациентов ХПН.

Поэтому при почечной недостаточности потребление белка ограничивают до необходимого и безопасного уровня, но при этом должно быть достаточное количество белка высокой биологической ценности, т.е. белок должен хорошо усваиваться, содержать достаточное количество незаменимых аминокислот для построения белков собственного организма. Рекомендуется назначение лекарственных препаратов **кетаналогов** незаменимых **аминокислот**. Кроме этого очень важно обеспечить высокую калорийность рациона.

На основе вышеуказанных фактов были приняты следующие

Общие принципы построения диеты для больных с хронической почечной недостаточностью на додиализной стадии

- Адекватное степени почечной недостаточности ограничение потребления белка с пищей
- Достаточная калорийность, соответствующая энергозатратам организма
- Ограничение/исключение поваренной соли
- Сбалансированность по содержанию микроэлементов (калий, фосфор, кальций) и витаминов (С, группы В)
- Составление индивидуальных меню с использованием таблиц продуктов

Основные принципы ограничения белка при ХПН

1. Контролируемое уменьшение потребление белка, адекватное степени почечной недостаточности - до 0,3-0,7 г/кг веса в сутки (в среднем до 40 грамм в сутки, но не менее 20 граммов в сутки)
2. Адекватное и контролируемое потребление энергии - не менее 35-40 ккал/кг веса в сутки
3. Уменьшение потребления фосфора с пищей: не более 800 мг в сутки
4. Применение кетаналогов незаменимых аминокислот (**Кетостерил®**) — 1 таблетка на 5 кг веса в сутки

Кроме того, в зависимости от особенностей основного заболевания, приведшего к почечной недостаточности (сахарный диабет, подагра и др.), сопутствующих осложнений, возможно необходима коррекция количества некоторых пищевых веществ в рационе.

1. Контролируемое уменьшение потребление белка, адекватное степени почечной недостаточности - до 0,3-0,7 г/кг веса в сутки (в среднем до 40 грамм в сутки, но не менее 20 граммов в сутки)
2. Адекватное и контролируемое потребление энергии - не менее 35-40 ккал/кг веса в сутки
3. Уменьшение потребления фосфора с пищей: не более 800 мг в сутки
4. Применение кетаналогов незаменимых аминокислот (**Кетостерил®**) — 1 таблетка на 5 кг веса в сутки

Как достичь успеха в соблюдении диеты при ХБП?

1. Желание
2. Кухонные весы
3. Таблицы содержания белка, жиров, углеводов, микроэлементов, калорий в различных продуктах
4. Ведение пищевого дневника

Для достижения успеха диетотерапии требуется, прежде всего, осознание необходимости соблюдать диетические рекомендации врача и, конечно, их систематическое выполнение, изо дня в день, а не от случая к случаю. Очень важна также поддержка и помощь всех членов семьи. Для взвешивания продуктов питания обзаведитесь удобными кухонными весами и мерной посудой. В диетических справочниках, на этикетках пищевых продуктов приводится содержание основных пищевых веществ и их калорийность на условную единицу веса (например, в 100 г на 1 г) или объема (1 мл, 1 л). Пользуясь такими таблицами, надо рассчитывать содержание пищевых веществ в употребляемых готовых блюдах, прежде всего содержание белка, и суммировать их общее содержание в суточном меню, записывая ежедневно в персональном пищевом дневнике. Форма такого дневника может быть произвольной, но пациент и врач обязательно должны наглядно видеть реальное количество потребления белка и других пищевых веществ, съедаемое за день, а также энергетическую ценность рациона и при необходимости вместе корректировать количество тех или иных продуктов в меню, в суточной «корзине».

По заполнению пищевого дневника можно судить, насколько серьезно и ответственно относится

пациент к соблюдению диеты. Аккуратно заполненные пищевые дневники могут быть составлены на персональном компьютере и распечатаны на принтере или вручную заполнены в обычных разноцветных тетрадах, но как правило, такие дневники приносят больные, у которых на фоне предписанной диеты улучшается самочувствие, анализы, медленнее прогрессирует заболевание. А небрежные записи на обрывках бумаги приносят обычно те пациенты, кто не придерживается диетических рекомендаций и, соответственно, лишены такого эффекта. Ведь получение преимуществ и выгод от диетотерапии в большей степени зависит от самого пациента, если не целиком, от его приверженности и аккуратности.

Рис 2. Образцы аккуратного заполнения пищевого дневника

дата	время	продукт	кол-во	белка в 100	белок	калор в 100	калории
08.авг	10:00	1 каша манн	50	9	4,5	300	150
		2 сливки	10	8,5	0,85	414	41,4
		3 масло	4	2,5	0,1	567	22,68
		4 сыр	5	20	1	450	22,5
12:30		1 суп овощ	200	1,1	2,2	38	7,6
		2 сметана	15	2	0,3	204	30,6
		3 грудина	15	7,6	1,14	638	95,7
		4 масло	4	2,5	0,1	567	22,68
		5 сыр	5	20	1	450	22,5
		6 хлеб	7	8	0,56	240	16,8
16:00		1 кефир	25	0,8	0,2	316	7,9
17:00		1 дыня	90	0,9	0,81	42	37,8
		2 слива	100	0,8	0,8	42	42
		3 картофель	150	2	3	80	120
		4 грибы	60	1,6	0,96	20	12
		5 масло	4	2,5	0,1	567	22,68
		6 сыр	5	20	1	450	22,5
		7 хлеб	7	8	0,56	240	16,8
		8 редис	150	1,1	1,65	27	40,5
21:00		1 виноград	200	0,7	1,4	72	144
		2 слива	4	8	0,32	46	5,6
		3 грудина	7	7,6	0,532	638	44,66
		4 мармелад	20	0,4	0,08	305	61
		5 сушки	10	8,5	0,85	414	41,4
22:00		1 хлеб	7	8	0,56	240	16,8
		2 грудина	20	7,6	1,52	638	127,6
итого за день			1174		26,092		1194,8
09.авг	10:00	1 каша манн	50	9	4,5	300	150
		2 хлеб	7	8	0,56	240	16,8
		3 масло	4	2,5	0,1	567	22,68
		4 сыр	5	20	1	450	22,5
12:30		1 суп овощ	200	1,1	2,2	38	7,6
		2 сметана	15	2	0,3	204	30,6
		3 грудина	15	7,6	1,14	638	95,7
		4 сыр	5	20	1	450	22,5
		5 хлеб	7	8	0,56	240	16,8
		6 салат	80	1,1	0,88	27	21,6
итого за день			388		12,24		475,18

Дата	Продукты питания	Калор.	расчет сод. белка	Самочувствие (вес-1р. - в нд.)
28.11 10 ч.	овсяная каша-2 ст. л. с яблочным вареньем	72,3	2,24 0,1	125/76 л. 69 -веч.
14 ч.	Овощной суп - 220г.(капуста, картофель, морковь, свежая зелень) -ч. хлеб 20г.	80 40	2,42 1,12	
16 ч.	- гранат - 2 сухарика + чай	135	2,9	
19 ч.	- картофель 110г. - мясо, котл. руб 43г. - яблоко кефир -200 г (1%)хлеб белый	73,2 152,7	2,2 6,3	
29.11 10 ч.	овсяная каша- 2 ст.л. -20г. изюм чай + 2 сухарка 40г.	72,3	2,62	117/71 п.67-9 133/95 83-в
14 ч.	Карт. пюре 200г. язык 20г. зелень петрушки черн. хлеб 20г.	175,4 32,66 40		
19 ч.	Каша из тыквы -235г. (рис 30г + тыква + масло сл. -5г. апельсин кефир -200г 1%	3,4 38 1200 640,76	2,5 0,9 6 22,74	

Более подробно с составлением типовых и индивидуальных меню, таблицами продуктов можно ознакомиться в специальных диетических справочниках, книгах для больных с заболеваниями почек, например, «Руководство по лечебному питанию для больных с хронической болезнью почек» (Смирнов А.В., Кучер А.Г. и др. — Санкт-Петербург, 2009).

Некоторые практические рекомендации по питанию при ХБП

Достаточная калорийность пищи обеспечивается за счет жиров и углеводов, причем необходимо учитывать их качество. Рекомендуется сметана, мед, пастила. Предпочтительно и целесообразно высокоэнергетические продукты употреблять в первой половине дня — в период максимальной физической активности.

Не рекомендуется нагружать рацион тугоплавкими животными жирами и чрезмерным количеством простых углеводов.

Частым осложнением хронической болезни почек является артериальная гипертензия, поэтому большин-

ству пациентов требуется ограничение натрия, вплоть до полного исключения продуктов, содержащих поваренную соль.

Ограничение жидкости необходимо только при выраженной сердечной недостаточности. Обычный расчет — количество суточной мочи накануне + 500 мл.

Рекомендуется дробный режим питания — 5-6 раз в день.

Многие диетологи рекомендуют употребление различных блюд из искусственной крупы саго. В 100 г саго содержится всего 0,68 грамм белка и 369 ккал.

Если нет дополнительных ограничений, связанных, например, с высоким содержанием мочевой кислоты, можно употреблять практически все овощи.

Молоко и молочные продукты надо ограничивать.

Сыры следует исключить полностью.

Особого внимания требует ограничение/исключение продуктов с повышенным содержанием калия.

Важно следить за содержанием фосфора, ограничивать потребление продуктов, богатых фосфором, и употреблять в пищу продукты с фосфорно-белковым коэффициентом менее 20. Гиперфосфатемия (повышение уровня фосфатов крови) особенно часто встречается у больных на диализе.

После перевода больного с консервативной терапии на программный диализ рекомендуемое содержание белка должно быть не менее 1,2 г/кг веса в сутки, т.к. во время процедуры диализа происходит потеря белка и незаменимых аминокислот.

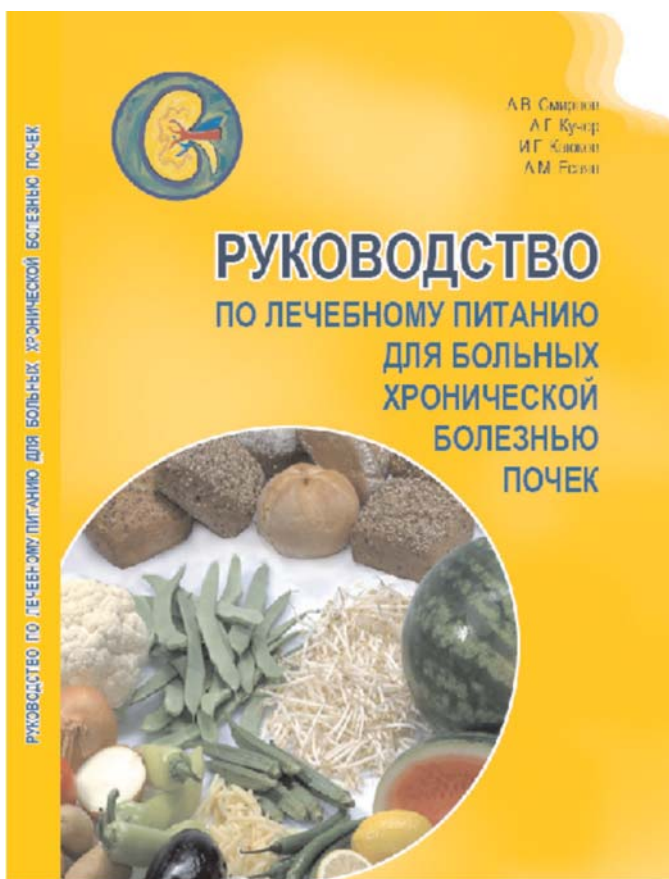
В заключение надо сказать, что успех диетотерапии всегда является результатом сотрудничества лечащего врача и его пациента. Если пациент строго соблюдает предписанные ему диетические рекомендации, то общие результаты лечебного процесса значительно лучше. Относительно метаболических нарушений, возникающих при потреблении избыточного для пациента ХПН количества белка, то можно перефразировать известную русскую поговорку «Чисто не там, где убирают, а там, где не соряют».

Желаю успеха в соблюдении диеты!

С уважением, Котенко О.Н.

Презентацию вы можете посмотреть на сайте
www.nefrohelp.ru

Больным хронической болезнью почек будет очень полезна недавно вышедшая книга «Руководство по лечебному питанию для больных с хронической болезнью почек» (Санкт-Петербург, 2009).



По вопросам приобретения книги можно обратиться :

197101 г. Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д.17, литер А Санк-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова Просветительская автономная некоммерческая организация «Нефрология», Профессору Кучеру А.Г.

Применение кетоаналогов незаменимых аминокислот позволяет безопасно ограничивать белок в рационе для уменьшения симптомов уремии, степени метаболических нарушений, замедления прогрессирования ХПН.



Примерное меню с ограничением белка до 24,0 г в сутки

День 1

1-й Завтрак:

Макаронные отварные с сыром, мясо отварное, хлеб, масло, мед натуральный, кофейный напиток со сливками и сахаром
30г хлеба малобелкового бессолевой
60г отварного мяса
10 г масла сливочного для бутерброда
10г мед натуральный
3г кофейного напитка
20г сахар для кофе
20г сливки 20%
70г макарон малобелковых
20г сыр домашний
10г масло сливочное для отварных макарон

2-й Завтрак:

Салат из свежих помидоров и листового салата, хлеб малобелковый бессолевой, сок апельсиновый

100 г сок апельсиновый
20г помидоры свежие
100г листового салата
10г масла растительного
30г хлеба малобелкового

Обед:

Щи русские с квашеной капустой и картофелем вегетарианские со сметаной, картофель отварной, омлет паровой, кисель из ягод, хлеб

20г картофель
40г капуста квашенная
10г лук репчатый
10г морковь
1,5г петрушка
10г масло растительное
20г сметана 20%
2г томат
200г картофеля
10г масло сливочное
20г яйцо куриное
20г воды
5г масло сливочное
15г черника сушеная
20г-сахар
9г-мука картофельная
50г хлеб малобелковый, бессолевой

Полдник:

Гренки, земляника с сахаром, чай с сахаром
50г хлеб малобелковый
100г земляника свежая
5г масло сливочное
15г сахар
0,5г чая
15г сахара

Ужин:

Морковь припущенная с чесноком, свежий, хлеб, яблоко, чай с сахаром
140г моркови свежей
0,7г чеснока
10г масло растительное
50г малобелковый бессолевой хлеб
150г яблоко
0,5г чай
20г сахар

Химический состав

Энергия	белки	жиры	углеводы	натрий	калий	кальций	фосфор
ккал	г	г	г	мг	мг	мг	мг
2602	25,23	117	361	1501	2801	487	999

Макаронные малобелковые отварные с маслом и сыром тертым

Макаронные отварить в кипящей воде до готовности, откинуть, добавить масло сливочное и посыпать тертым сыром.

Салат из свежих овощей

Хорошо промыть свежие листья салата и помидоры. Обсушить листья салата. Измельчить подготовленные листья салата и помидоры, заправить растительным маслом. Все перемешать и дать хорошо пропитаться.

Щи из квашеной капусты вегетарианские со сметаной

Квашеную капусту промыть, отжать, порубить соломкой, залить небольшим количеством воды и варить до готовности. Очищенные лук, морковь промыть, и вместе с промытой петрушкой нарезать мелко и пассировать в небольшом количестве воды с добавлением небольшого количества масла и томатом. Соединить пассированные овощи с готовой капустой и варить до готовности. Перед подачей добавить сметану.

Картофель отварной

Картофель очистить, промыть и залить горячей водой. Отварить до готовности. Воду слить, заправить сливочным маслом.

Омлет паровой

Яйца взбить, добавить воду, хорошо вымешать, вылить в смазанную маслом форму, поставить в пароварку и варить до готовности.

Гренки с земляникой

Нарезать тонкими ломтиками хлеб, обжарить его на сковороде, смазанной маслом, свежую землянику взбить в миксере до однородной массы, добавить сахар, хорошо перемешать и подать с кусочками хлеба.

Морковь, припущенная с чесноком

Морковь промыть, очистить, нарезать дольками, припустить на растительном масле с небольшим количеством воды до полуготовности, добавить измельченный чеснок и довести до готовности

АССОРТИМЕНТ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ МАЛЕНЬКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ассортимент изделий для ПД в педиатрии, производимых компанией Fresenius Medical Care, отвечает всем современным требованиям безопасности и качества лечения маленьких пациентов. Минимальный объем рециркуляции и точный водный баланс - вот характерные черты этой продукции.

Система PD -Paed - специальная опция для лечения ОПН и ХПН у детей до 3-х лет, в том числе новорожденных весом до 10 кг и объемом заполнения брюшной полости до 220 мл. Эта уникальная система может применяться в любой детской клинике, располагающей отделениями хирургии и реанимации. Благодаря градуированным бюреткам с делениями от 5 мл позволяет точно дозировать необходимый объем вводимого ПД раствора и точно определять объем диализата. Минимальный объем рециркуляции позволяет применять систему PD-Paed для лечения даже недоношенных новорожденных детей. PIN коннектор снижает риск контаминации при подсоединении и отсоединении маленького пациента.



Возможность присоединения сразу двух мешков с растворами позволяет менять концентрации растворов в течение процедуры, а также использовать весь спектр необходимых растворов для ПД.

PD-NIGHT

Аппарат PD-NIGHT представляет собой устройство для проведения автоматического перитонеального диализа, основанное на гравитационном принципе работы. Мы

предлагаем специальный набор детских магистралей (PD-NIGHT Vario PLUS Paed System). Другие преимущества этого циклера:

- Малый объем рециркулирующей жидкости (6,4 мл)
- Простая и продуманная система магистралей.
- Простое управление

Педиатрические опции включены в программное обеспечение PatientOnLine и представляют собой базу данных, обеспечивающую высокое качество лечения методом перитонеального диализа. База данных может быть легко настроена с учетом педиатрических требований. С ее помощью можно задавать индивидуальные режимы лечения с учетом возрастных ограничений, например, для меньших объемов растворов. Кроме того, база предоставляет возможность расчета схемы лечения по площади поверхности тела или объему циркулирующей жидкости в организме. В базе данных PatientOnLine можно хранить и обрабатывать все медицинские и демографические данные пациентов.



Детские катетеры

В ассортименте материалов для перитонеального диализа компании Fresenius Medical Care входят специальные детские катетеры. Их отличает малый диаметр и наличие регуляторы манжет.



ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АНДРУСЕВ А. М.

Городская клиническая больница № 52, Департамента здравоохранения г. Москвы, Московский городской нефрологический центр, Кафедра нефрологии ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава

Введение

С начала 80-х гг. перитонеальный диализ (ПД), наряду с гемодиализом (ГД), интенсивно внедряется в клиническую практику заместительной почечной терапии (ЗПТ), и к 2005 г. число пациентов в мире, получающих этот метод лечения при хронической почечной недостаточности (ХПН), уже превысило 149 тысяч человек.

Доля больных на ПД в общей диализной популяции в разных странах различна. Это связано как с исторически сложившейся практикой, так и с системой финансирования здравоохранения. Так, в Мексике и Гонконге при ХПН почти в 80% случаев используется ПД, в Канаде и Великобритании — около 35-37% всех диализных больных получают этот вид ЗПТ, в то время как в США, в Германии, Франции и Италии таких пациентов не более 10%.

По данным регистра Российского диализного общества, в 2005 г. в Москве, где перитонеальный диализ успешно используется уже более 10 лет, почти 17% больных с ХПН, получающих диализ, лечатся именно этим методом. В целом же по России доля пациентов ПД не превышает пока 9% от всех диализных больных, что явно недостаточно и может объясняться как экономическими причинами, так и недостаточной информированностью медицинского персонала об этом методе ЗПТ. В то время как именно территориально к нашей стране с ее протяженными территориями с низкой плотностью населения, а также с учетом того факта, что даже при высокой плотности большинство населения проживает в небольших городах или поселках городского типа, где рентабельность организации отделений гемодиализа весьма сомнительна, перитонеальный диализ является единственным эффективным подходом к решению проблемы лечения терминальной стадии ХПН.

Эффективность перитонеального диализа при хронической почечной недостаточности.

Результаты большого количества исследований убедительно показывают, что выживаемость пациентов при использовании перитонеального диализа сопоставима с выживаемостью на гемодиализе или даже несколько ее превышает, по крайней мере, в первые 3-4 года лечения.

Материалы наших наблюдений в целом также демонстрируют отсутствие различий в выживаемости ПД и ГД больных (рис. 1), показатели которой не отличаются существенно от приводимых в литературе данных. Однако очевидно, что на отда-

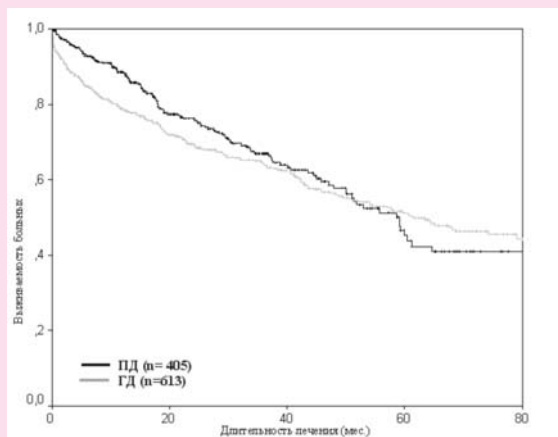


Рисунок 1. Выживаемость больных при ПД и ГД

ленные результаты лечения весьма существенно могут влиять как различные осложнения диализной терапии, возникающие с течением времени, так и целый ряд параметров, характеризующих исходный статус больного. Среди таких параметров широко обсуждается влияние возраста и основного заболевания, приведшего к почечной недостаточности.

При оценке эффективности ПД и ГД в сопоставимых возрастных группах пациентов, получавших диализ в нашем центре, оказалось, что выживаемость больных молодого возраста (не старше 49 лет) была выше при использовании ПД. Это касается и наиболее сложной категории больных — пациентов с сахарным диабетом (рис. 2), что позволяет многим исследователям считать именно перитонеальный

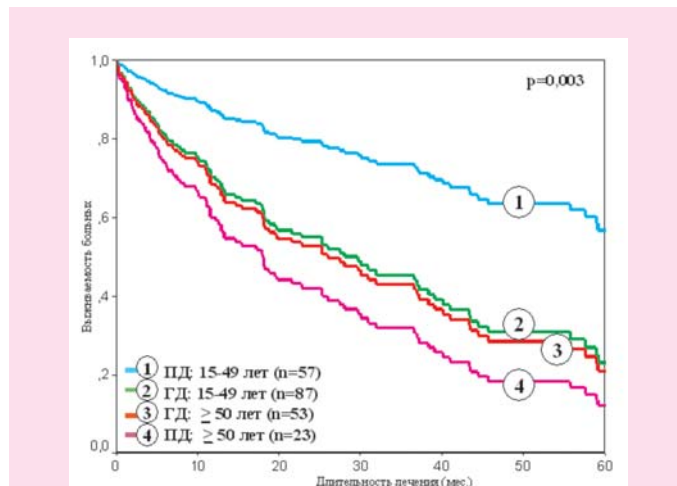


Рисунок 2. Выживаемость больных ГД и ПД с сахарным диабетом в разных возрастных группах.

диализ методом выбора для молодых больных, перспективных для пересадки почки.

Помимо этих преимуществ перитонеального диализа в современной литературе широко обсуждаются и другие существенные достоинства этого метода. Например, более продолжительный срок сохранности остаточной функции почек, что означает известную сохранность их эндокринных функций, но, главное, облегчает контроль водного баланса у пациента с ХПН.

Отсутствие необходимости сосудистого доступа при ПД позволяет не только решить проблему дальнейшей многолетней терапии у пациентов, длительно получавших гемодиализ, в тех случаях, когда уже невозможно поддерживать адекватное функционирование артериовенозной фистулы, но и избежать риска кардиальных осложнений, связанных с сосудистым доступом у пациентов с тяжелыми поражениями сердечно-сосудистой системы.

Среди других преимуществ перитонеального диализа отмечается также и существенное снижение вероятности инфицирования вирусами гепатита, риск которого, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику целого ряда профилактических мер, все же в условиях ГД остается довольно высоким. Кроме того, сообщается о более благоприятном течении ближайшего периода после трансплантации почки у больных, получавших перитонеальный диализ. Так, по данным ряда исследований, процент больных с отсроченной функцией трансплантата был достоверно ниже среди тех, у кого до операции использовался ПД.

Обсуждается и несколько более высокое качество жизни пациентов при использовании ПД. Объясняют это не только относительной независимостью этих больных от диализного центра и медицинского персонала (так как лечение проводится в амбулаторных условиях), но и тем, что пациенты ПД чаще возвращаются к профессиональной деятельности, особенно при лечении автоматизированным перитонеальным диализом, а соответственно, ощущают себя более социально реабилитированными.

Таким образом, перитонеальный диализ — хороший выбор для людей, которые не хотят быть «привязанными» к диализному центру или живут далеко от него. Часто перитонеальный диализ предпочитают женщины с маленькими детьми или активно работающие люди, у которых есть возможность трудиться, не нарушая программу лечения.

В то же время, ПД нельзя лечить абсолютно любого человека. Существуют определенные медицинские противопоказания, но кроме них есть и психологический аспект лечения. Этот вид диализа проводится самим пациентом дома, и если больной недостаточно мотивирован к терапии, недисциплинирован или неаккуратен, то риск каких-либо осложнений или неблагоприятного исхода у него достаточно велик. Впрочем, и при лечении гемодиализом, такие пациенты имеют множество проблем.

Указанные достоинства перитонеального диализа не вызывают сомнения, однако известно, что многолетнее использование этого метода у значительной части больных оказывается невозможным. Поэтому вопросы так называемой «выживаемости методики ПД», то есть вероятности сохранения его состоятельности к определенному сроку лечения, начали обсуждаться уже в середине 80-х годов 20 века, когда появи-

лись данные, позволявшие сравнить накопленный опыт ПД с эффективностью использования ГД. За последние 20 лет достигнуты значительные успехи в повышении адекватности ПД, профилактике и лечении его осложнений и, главное, удлинении сроков его состоятельности. Тем не менее, проблема длительного использования ПД все же остается актуальной и до настоящего времени.

Так, по данным многих авторов, только 60-70% больных удается эффективно лечить ПД более 6-8 лет, тогда как остальные пациенты по истечении этого срока по разным причинам нуждаются в переводе на ГД. При этом неблагоприятный исход ПД в значительной мере обусловлен факторами, непосредственно связанными с самой его методикой, то есть его осложнениями.

Одной из главных причин несостоятельности перитонеального диализа, требующей перевода больных на ГД, является диализный перитонит. Такой перитонит отличается от других воспалительных заболеваний брюшной полости, вызванных различными болезнями, он лечится консервативно, т.е. в подавляющем большинстве случаев не требует оперативных вмешательств. Совершенствование соединительных систем позволило в течение последних двух десятилетий значительно снизить частоту диализных перитонитов. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что далеко не каждый пациент переносит диализные перитониты при лечении ПД.

Известно, что в 70-75% случаев всех перитонитов проникновение микрофлоры в брюшную полость происходит во время проведения процедуры ПД (так называемый интраламинарный путь инфицирования). При этом самым распространенным этиологическим агентом является грамположительная аутофлора, и чаще всего это осложнение возникает из-за нарушения правил проведения процедуры ПД, вследствие чего в брюшную полость попадают микроорганизмы, вызывающие воспаление. Таким образом, те пациенты, которые тщательно соблюдают эти правила, меньше подвержены риску развития перитонита.

При использовании адекватных антибактериальных режимов и соблюдении разработанных протоколов лечения в подавляющем большинстве случаев диализный перитонит быстро регрессирует, что позволяет успешно продолжать ПД. Тем не менее, многократные повторные рецидивы этого осложнения, возникающие вследствие несанируемого очага инфекции (как правило, назальной) или постоянного реинфицирования, могут стать поводом для прекращения перитонеального диализа и перевода больного на ГД.

Не менее серьезным ограничением перитонеального диализа остается и развитие, с течением времени, его неадекватности, которая проявляется, главным образом, нарастающей задержкой воды в организме и снижением интенсивности удаления токсических веществ. Это объясняется действием двух основных факторов — неуклонного и неизбежного регресса остаточной функции почек и формированием так называемой функциональной недостаточности брюшины.

Проблема постепенного развития функциональной недостаточности перитонеальной мембраны при многолетнем использовании ПД является предметом интенсивного изучения. Основным направлением исследований в этой области является создание новых, более биосовместимых диализующих растворов (ДР). И в клиническую практику некоторые из них уже внедрены. Например, растворы, содержащие в качестве осмотического агента аминокислоты, ДР с бикарбонатным буфером и, наконец, полимерные растворы, позволяющие адекватно удалять воду в тех случаях, когда с этим не справляется стандартный ДР.

Не менее важным для поддержания адекватности ПД является и торможение регресса остаточной функции почек. Поиск подходов к решению этой проблемы является одной из наиболее актуальных задач современной нефрологии. В последние годы предложены некоторые препараты, нефропротективное действие которых доказано. Большое внимание также уделяется лечению основного заболевания почек и предотвращению использования лекарственных препаратов, обладающих нефротоксическим эффектом.

Интегрированный подход к заместительной почечной терапии.

Именно потому, что перитонеальный диализ, как, впрочем, и гемодиализ, не может использоваться бесконечно долго, в последние годы появилась концепция интегрированного подхода к заместительной почечной терапии. Впервые она была сформулирована в Бельгии в первой половине 90-х гг., а к настоящему времени такой подход уже довольно широко используется во многих развитых странах. Суть его заключается в оптимальной комбинации разных видов ЗПТ с использованием достоинств каждого метода таким образом, чтобы максимально продлить жизнь пациента с хронической почечной недостаточностью.

Согласно этой концепции регулярное наблюдение пациента с хронической почечной недостаточностью должно начинаться на как можно ранних ее стадиях. При этом основные усилия должны быть направлены на торможение прогрессирования ХПН

с использованием всех возможных методов нефропротекции, коррекцию артериальной гипертензии, нефрогенной анемии, нарушений фосфорно-кальциевого обмена, белково-энергетической недостаточности и лечение сопутствующей патологии, особенно заболеваний сердечно-сосудистой системы. В дальнейшем же, еще при относительно сохранной остаточной функции почек, когда скорость клубочковой фильтрации составляет примерно 10-12 мл/мин., и при отсутствии медицинских противопоказаний, лечение пациента следует начинать именно с перитонеального диализа, который является оптимальным первым видом ЗПП. Затем больному может быть выполнена трансплантация почки или, при снижении эффективности ПД, лечение может быть продолжено гемодиализом. С другой стороны, перитонеальный диализ может быть начат и больным после неудачной трансплантации почки или после многолетнего гемодиализа в случаях, когда не удается сформировать безопасный сосудистый доступ или развиваются тяжелые кардиальные осложнения, не позволяющие лечить пациента гемодиализом.

Целесообразность использования перитонеального диализа как «терапии первой линии» становится очевидной, если принять во внимание его уже обсуждавшиеся выше преимущества, и подтверждается практическими наблюдениями. Наш собственный опыт также демонстрирует, что своевременная смена диализных методов лечения позволяет снизить показатели летальности. И соответственно, при последовательном использовании разных видов ЗПП (включая ПД, ГД, трансплантацию почки, в т.ч. и повторную) показатели выживаемости больных значительно увеличиваются.

Заклучение

Перитонеальный диализ является важной составляющей заместительной почечной терапии. Выживаемость больных при его использовании не отличается от выживаемости пациентов гемодиализа, а для отдельных категорий больных ее превышает.

Долговременное использование ПД существенно лимитируется его осложнениями, однако современная заместительная почечная терапия предполагает интеграцию разных методов лечения хронической почечной недостаточности, при которой преимущества перитонеального диализа позволяют рассматривать его как оптимальный первый метод ЗПП, после которого больным может быть выполнена трансплантация почки или они продолжают лечение гемодиализом. В то же время пациенты гемодиализа при отсутствии возможности поддержания адекватного сосудистого доступа или при серьезной, гемодинамически значимой кардиальной патологии могут продолжить дальнейшее лечение перитонеальным диализом. Такой подход в качестве общего алгоритма заместительной почечной терапии позволяет существенно продлить жизнь пациента с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

СПРАШИВАЕМ ДОКТОРА

Отвечает **ГОЛОВ К. А.** Диализный врач нефрологического центра при ГКБ №52, г. Москва

1. Какие витамины можно принимать при гемодиализе?

Ответ. Любые, если только в этом есть необходимость и только по назначению лечащего врача. Как правило, витаминов содержащихся в пище, хватает.

2. Я уже 3 месяца на гемодиализе у меня повышенный фосфор, но я не могу отказаться от молока.

Ответ. Повышенный фосфор чрезвычайно опасен и может привести к патологическим переломам - лучше отказаться от вредной привычки, чем быть прикованным к постели.

3. Какой препарат снижает калий?

Ответ. Глюконат кальция, бикарбонат натрия, глюкоза с инсулином. В любом случае - необходим срочный звонок в Центр и экстренный гемодиализ.

4. Чем гемодиализ отличается от перитонеального. Плюсы и минусы.

Ответ. Отличие в том, что при гемодиализе (ГД) используется искусственная мембрана диализатора и очистка происходит вне организма, а при перитонеальном диализе (ПД) используется собственная мембрана брюшины и очистка происходит внутри организма. И тот, и другой метод заместительной почечной терапии имеет и плюсы, и минусы, а выбор индивидуален. ПД дает больше свободы передвижения, однако спустя несколько лет, в плановом порядке, необходим переход на ГД, так как возможности брюшины не бесконечны. ПД более благоприятен для пациентов с заболеваниями сердца, однако появляется риск развития перитонита. ПД неблагоприятен пациентам с болезнями кишечника. При ГД необходимо 3 раза в неделю ездить в Центр по фиксированному расписанию, однако он может быть использован по экстренным показаниям и проводится персоналом центра. На ГД суще-

КАК ВЫЖИТЬ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ?

ТУФАНОВА А. С. Региональный координатор ВООНУТБ "ПРАВО НА ЖИЗНЬ"

Для меня хроническая почечная недостаточность, так же как и попадание на диализ, не было неожиданностью. Возможно, благодаря профессии — я молекулярный биолог, — а может, благодаря простому любопытству.

Сахарный диабет рано или поздно приводит к осложнениям на глаза, почки и другие органы. Так случилось и со мной. После 17 лет болезни диабетом у меня начали отказывать почки. На тот момент моя подруга уже 6 лет ходила на диализ, и я не понаслышке знала, к чему приводит диабетическая нефропатия, как люди попадают на гемодиализ и с какими проблемами сталкиваются. В то время, когда анализы еще незаметно ухудшались, болезнь не казалась такой серьезной. Однако сознание неизбежного попадания на диализ и зависимости от аппарата искусственной почки мне было не выносимо. Многие пациенты, наверное, проходят через этот период, когда говорят себе, что лучше смерть, чем диализ. И я не исключение.

Анализы со временем ухудшались, и ухудшались быстро. Потом начали нарастать отеки, мне запрещали много пить, и это для меня было самым тяжелым. Когда креатинин перевалил за отметку в 200, меня начало постоянно тошнить. И весь дальнейший период, вплоть до диализа, я продержалась только за счет работы и друзей, которые были рядом.

От начала заболевания до попадания на диализ прошло 2 года. Нельзя сказать, что было тяжело, я жила и не зависела ни от кого. Когда я попала в больницу «умирать», как выразилась тогда мой эндокринолог, друзья почему-то куда-то делись, коллеги по работе были заняты своими делами, и рядом со мной остались только родители и сестра. В отделении диализа мне сразу сказали, что на гемодиализ меня не возьмут, попросту нет мест. У меня был шанс попасть на перитонеальный диализ, но отделение перитонеального диализа должно было открыться лишь через 4 месяца, и врачи предупреждали, что дожить до этого времени шансов у меня мало.

Все это время я жила только одной мыслью: в мае месяце у меня должна родиться племянница, и я просто обязана хотя бы разок на нее взглянуть. Время для меня не имело значения. Все, что я помню, это тянущиеся дни и желание умереть. Каков будет исход, казалось уже не важным, но всегда оставалась надежда, а может, и уверенность в том, что мое время еще не закончилось.

ствует риск инфицирования, он тяжелее переносится пациентами с заболеваниями сердца. Наличие особого доступа к кровообращению диктует некоторые ограничения в поведении.

5. Я на гемодиализе и у меня пропала моча. Это нормально?

Ответ. Как правило, остаточная функция почек при гемодиализе достаточно быстро угасает и уменьшается выделение воды. Именно воды, так как выделение мочи подразумевает нормальную функцию почек.

6. Какие средства могут привести в стадию ремиссии почечную недостаточность?

Ответ. Нефропротективное лечение:
- ограничение соли < 5 г\сутки, белка до 0.6-0.8 г\кг\сутки
- отказ от курения
- максимально раннее назначение ингибиторов АПФ и/или блокаторов ангиотензиновых рецепторов
- строгий контроль АД (< 130\80 мм.рт.ст)
- назначение статинов при высоком холестерине
- коррекция анемии
- коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена
- важность раннего начала и регулярность лечения! Регулярно обследоваться:
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови с определением уровня креатинина и расчётной скорости клубочковой фильтрации
- УЗИ почек
- у больных с отсутствием белка в общем анализе мочи - тест на микроальбуминурию

7. У меня низкий гемоглобин. как быстрее его поднять?

Ответ. В данном случае быстро не получится. Обсудите с лечащим врачом стратегию и тактику лечения внутривенным железом и эритропоэтинами. Санируйте очаги инфекции. Регулярно ходите к стоматологу.

Отделение перитонеального диализа открыли на 2 месяца раньше, и я первый пациент в Архангельске. Что я чувствовала, когда мне сказали: завтра операция и начнется заместительная почечная терапия? Облегчение, что все мои мучения позади. Мне подшили катетер и начали делать перитонеальный диализ. Отеки сходили на глазах, перестало тошнить, и жизнь снова становилась цветной, вместо тех черно-белых картин, которые мне снились по ночам.

Жизнь на диализе оставила в моей памяти множество приятных воспоминаний. Самое важное для меня было то, что я могу нормально кушать и, самое главное, первое время меня не ограничивали в объеме жидкости. Через несколько дней после выписки из больницы у меня родилась племянница, и я всей душой ушла в заботы у ней.

Пролежав 4 месяца в больнице, а ведь я практически не вставала (слишком большие были отеки), я решила, что надо восстанавливать силы и возвращаться к полноценной жизни. Моя мама до сих пор понять не может, как я, находясь в больнице на грани жизни и смерти, умудрилась купить велосипед! Это была моя давняя мечта. И уже через 2 месяца после выписки я каталась практически каждый день, наслаждаясь свободой. Далеко уехать, конечно, не удавалось, каждые 4 часа приходилось возвращаться домой для обмена. Еще через 2 месяца я начала встречаться с друзьями, ходить в клубы и кататься на роликах. Удалось поучаствовать в игре «Ночной дозор». Ездил с родителями на дачу, часто оставался в гостях.

К сожалению, перитонеальный диализ — это не только радости жизни. Многие переносят его не так хорошо, как я. Многие часто болеют перитонитами (перитонит — воспаление брюшной полости). У кого раньше, у кого позже начинается склероз брюшины, это когда диализ становится неэффективным, по причине изменения физических свойств брюшины. Не обошло это все и меня. Примерно через год диализ уже не удалял всю лишнюю жидкость из организма, креатинин снова пополз вверх. Опять начались отеки и тошнота. Врачи пытались менять концентрации растворов, но они давали непродолжительный эффект. Ко всему этому перитонит меня тоже не обошел, и врачи перевели меня на гемодиализ. Чувствовала на нем я себя хорошо, и в течение месяца мне сделали пересадку.

8. Есть ли препараты повышающие железо?

Ответ. Да и они хорошо известны: "Венофер", "Космофер".

9. Гемодиализ или пересадка. Плюсы и минусы.

Ответ. Трансплантация почки - наиболее полноценный метод заместительной почечной терапии. Особенно с точки зрения профессиональной реабилитации, эмоционального состояния, коррекции или уменьшения выраженности осложнений, не поддающихся лечению диализом. То есть с точки зрения качества жизни - больше плюсов на стороне трансплантации. Но, есть и минусы - это потенциально опасная иммуносупрессия и трансплантационная нефропатия. Плюсы и минусы гемодиализа уже обсуждались.

10. После диализа в животе ураган. Как мне помочь?

Ответ. Выяснить причину "урагана", то есть пересмотреть диету и обсудить её с лечащим врачом и диетологом.

11. Хочу съездить на месяц отдохнуть сохраниться ли мое место в клинике?

Ответ. Конечно, Вы же через месяц вернётесь домой. Не забудьте привести выписку с места Вашего отдыха.

Главный редактор: Гавриков М.Ю.
Выпускающий редактор: Христова И.М.
Дизайн: Пучкова А.В.
Корректор: Анчифорова И.А.
Главный консультант: Шило В.Ю.
Тираж 5000 экз.
Юр.адрес: Москва 123182, ул. Авиационная, г. 23
Телефон: 8 (926) 604-67-49; 8 (926) 604-67-46
www.nefrohelp.ru
Типография: www.4look.ru
Газета распространяется бесплатно