



РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Кудратова Шаходат Рамазановна

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али Ибн Сина

ТЕЗИС

Среди факторов развития сосудистых церебральных расстройств одними из наименее изученных являются хроническая болезнь почек (ХБП) и применение программного гемодиализа (ГД). Считается, что персистенция ХБП и длительное лечение программным ГД могут оказывать отрицательное влияние на риск развития цереброваскулярной патологии и ухудшать прогноз выживаемости данной категории больных (Kelly D.M., 2021). Развитие цереброваскулярных расстройств у диализных пациентов характеризуется высокой летальностью и значительной инвалидизацией выживших пациентов, что определяет актуальность данной медико-социальной проблемы для врачей различных специальностей (неврологов, специалистов диализных центров, нефрологов, реаниматологов, хирургов, реабилитологов и др.).

Согласно прогнозам, к 2040 г. ХБП окажется на 5-м месте среди наиболее частых причин сокращения продолжительности жизни во всем мире (Li P., 2020). В исходе ХБП формируется нефросклероз и терминальная почечная недостаточность, требующая проведения заместительной почечной терапии (ЗПТ) (программного ГД, перитонеального диализа или трансплантации почки).

Сведения о частоте ХПН весьма разноречивы, что объясняется различными возможностями популяционного анализа этой проблемы. По данным European Renal Association (ERA-EDTA) Registry [European Renal Association (ERA-EDTA) Registry // Nephron. - 2021. - 54.], в программном гемодиализе (ПГ) нуждаются 300 человек с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) на 1 млн населения. Ежегодный прирост числа больных, нуждающихся в лечении ПГ, составляет 150-200 на 1 млн жителей, а с учетом уже получающих данное лечение - от 460 до 900 на 1 млн жителей [United States Renal Data System: USRDS. 2017 Annual Data Report / The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Bethesda, M.D.].

Серьезной проблемой, которая стоит на пути дальнейшего улучшения результатов лечения больных, являются различные неврологические осложнения, развивающиеся во время программного гемодиализа (Ермоленко В.М., 2018; Raskin Neil H., 2018; Culleton V.F., Larson M.G., Willson P.W.F. et al., 2021). По данным различных авторов, частота неврологических проявлений у пациентов на гемодиализе составляет от 40 до 90% (Raskin Neil H., 2018; Nathan E., Penersen S.E., 2019). Летальность от неврологических осложнений составляет 7-25%, а среди больных с развившимся инсультом - 80-90% (Kelly D.M., 2021). К наиболее частым осложнениям относятся острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, такие как



транзиторные ишемические атаки, инсульты и уремиическая полиневропатия (ПНП) (Хрулёв А.Е., Никитина А.А., Хрулёва Н.С., 2019).

Диагностика, лечение и профилактика неврологических нарушений у больных на ПГ представляет сложную задачу, с которой приходится сталкиваться врачам диализных центров (Нестеренко О.В., Бородулин В.Б., Горемыкин В.И., 2018; Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Чирков С.В. и соавт., 2016).

Вывод: Трудности в лечении этих нарушений связаны с несколькими основными причинами. Во-первых, с тяжестью основного заболевания; во-вторых, со стертой и атипичностью клинических проявлений осложнений, затрудняющих их своевременную диагностику; в-третьих, с невозможностью всегда выполнить полный комплекс лечебно-диагностических мероприятий в связи с тяжестью состояния больного на гемодиализе; и в-четвертых, с тем, что лечением этого контингента больных занимаются нефрологи и урологи, плохо владеющие вопросами неотложной неврологии. С другой стороны, для невролога диагностика и лечение больных на ПГ также представляет определенные сложности ввиду того, что он, как правило, плохо знает специфику ведения пациентов на ПГ.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бильченко, А. В. Хронические болезни почек и сердечнососудистые заболевания. Системный подход к терапии / А. В. Бильченко // Мистецтво лікування. – 2009 №4. – С. 32 – 38.
2. Ватутин, Н. Т. Некоторые аспекты к линического применения рекомбинантного эритропоэтина / Н. Т. Ватутин, Н. В. Калинкина, А.Н. Шевелец // Внутренняя медицина. – 2008. – № 4(10).
3. Гусева, С. А. Анемии при хронической почечной недостаточности / С. А. Гусева, Я. П. Гончаров // – Киев: Логос. – 2004. – С. 222 – 223.
6. Рекомендации по ведению больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями / И. Е. Чазова [и др.] // Кардиологический вестник. – 2014. – Вып. 1. – С. 3–57.
7. Руководство по кардиологии / М. И. Лутай [и др.]; под ред. В. Н Коваленко. – К.: Морион, 2008. – 1424 с. 8. Суслов, В. В. Особенности анестезии и интенсивной терапии при аллотрансплантации почки / В. В. Суслов, С. Н. Гриценко //Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаяєва. – 2012. – Т. 13, № 2. – С. 34 – 39.
9. Ando M., Iwata A., Ozeki Y. et al. Circulated platelet-derived microparticles with procoagulant activity may be a potential cause of thrombosis in uremic patients // Kidney Int. –2002. – 62(5). – 1757 – 1763.
10. Andrew S. Bomback. Disordered aldosterone-volumerelationship in end-stage kidney disease / Andrew S. Bomback, Abbijit V. Ksbirsagar, Maria I. Ferris et al. // Journal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System. – 2009. – Vol. 10. – №4. – P. 229 – 237.



11. Boccoardo P., Remuzzi G., Galbusera M. Platelet dysfunction in renal failure // *Semin. Thromb. Hemost.* – 2004. – Vol. 30. – P. 579 – 589. 1 2. Bonomini M., Dottori S., Amoroso L. et al. Increased platelet phosphatidylserine exposure and caspase activation in chronic uremia // *J. Thromb. Haemost.* – 2004. – Vol. 2. P 1275 – 1281.
12. Brunini T.M., Mendes-Ribeiro A.C., Ellory J.C. et al. Platelet nitricoxide synthesis in uremia and malnutrition: a role for Larginine supplementation in vascular protection? // *Cardiovasc. Res.* – 2007. – Vol. 73. – P. 359 – 367.
13. Caglar K., Peng Y., Pupim L.B. et al. Inflammatory signals associated with hemodialysis // *Kidney Int.* –2002 – 62(4). – 1408 – 1416.
14. Cai Q., Mukku V.K., Ahmad M. Coronary artery disease in patients with chronic kidney disease: a clinical update.// *Curr. Cardiol. Rev.* – 2013. – 9(4). – 331 – 9.
15. Camaioni C., Gustapane M., Cialdella P. et al. Microparticles and microRNAs: new players in the complex field of coagulation // *Intern. Emerg. Med.* – 2011. –8(4). – 291 – 296.
16. Cetin O., Bekpinar S., Unlucerci Y. et al. Hyperhomocysteinemia in chronic renal failure patients: relation to tissue factor and platelet aggregation // *Clin. Nephrol.* – 2006. – Vol. 65. – P. 97 – 102.
18. D'Elia J. A., Weinrauch L. A., Gleason R. E. et al. Risk factors for thromboembolic events in renal failure // *Int. J. Cardiol.* – 2005. – 101(1). – 19 – 25.
19. Dager W. E., Kiser T. H. Systemic anticoagulation considerations in chronic kidney disease // *Adv. Chronic. Kidney Dis.* – 2010. Vol. 17. – P. 420 – 427.
20. Daniel L., Dou L., Berland Y. et al. Circulating microparticles in renal diseases // *Nephrol. Dial. Transplant.* – 2008. – Vol. 23. – P. 2129 – 2132.
21. Davina J. Tai. Cardiovascular effects of Angiotensin Converting Enzyme Inhibition or Angiotensin Receptor Blockade in Hemodialysis: A Meta-Analysis / Davina J., Thomas W. Lim, Matthew T. James et al. // *C. J. Am. Nephrol.* – 2010. – Vol. 5. – №4. – P. 623 – 630.
22. Doulton, Timothy W. R. Blood pressure in haemodialysis patients: The importance of the relationship between the reninangiotensin-aldosterone system, salt intake and extracellular volume / Timothy W. R. Doulton, Graham A. MacGregor // *Jornal of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System.* – 2004. – Vol. 5. – № 1. – P. 14 – 22.