

ПОЧКИ

BECHA 2018 (#1) ISSN 2592-8414

БЕСПЛАТНЫЙ ЖУРНАЛ

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ ЛАТВИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕФРОЛОГОВ

и здоровье

Читайте в номере

- 4 Что такое хроническая болезнь почек?
- 6 Нарушения работы почек у пожилых людей
- 8 Обследования пациента с хронической болезнью почек
- 10 Возможности лечения хронической болезни почек
- 12 Гемодиализ
- 14 Перитонеальный диализ
- 16 Пересадка почки
- 18 Мой опыт: рассказ пациента

**Почки
и Женское
здоровье**
8 марта 2018 года



FĀBRI SLIMĪBAS

MULTISISTĒMISKIE SIMPTOMI

75% gadījumu ir neiroloģiskas izpausmes¹

- Sāpes
- Neiropsihiatriskas problēmas
- Letarģija
- Akroparestēzijas
- Jūtīgums pret temperatūras izmaiņām
- Asinsspiediena regulācijas traucējumi
- Dzirdes zudums
- Tinnīts²

25% piedzīvo cerebrālos notikumus¹

- Transitorā išēmijas lēkme
- Insults²

58% piedzīvo okulāras izmaiņas¹

- Svītrveida radzenes apduļķošanās jeb *cornea verticillata*
- Patoloģiski izlocīti tiklenes asinsvadi²

56% gadījumu tiek skarta auditora sistēma¹

- Vertigo²

60% gadījumu tiek izmainīta sirds struktūra un funkcijas¹

- Vadīšanas traucējumi
- Aritmija
- Kreisā kambara hipertrofija
- Išēmija un sirds nepietiekamība²

66% piedzīvo dermatoloģiskas izmaiņas¹

- Angiokeratomas
- Hypo- vai anhidrozi²

57% cieš no gastrointestināliem simptomiem¹

- Vēdera sāpes
- Slikta dūša
- Vemšana
- Aizcietējumi vai caureja
- Postprandiāla vēdera pūšanās un sāpes, agrīna sāta sajūtas iestāšanās
- Grūtības pieņemt svar²⁻³

59% gadījumu ir izmainītas nieru funkcijas¹

- Hiperfiltrācija
- Cistīts
- Albuminūrija
- Proteīnūrija
- Progredējoša nieru mazspēja²

Lūdzu, ņemiet vērā, ka simptomu piemēru saraksts nav izsmeļošs.



Lai izslēgtu Fābri slimību kā cēloni minētajiem simptomiem, pacientam būtu nepieciešams veikt analīzes, kas Latvijā pieejamas bez maksas. To var izdarīt vai nu pie speciālistiem attiecīgajā nodaļā, vai VSIA Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) Medicīniskās ģenētikas un prenatalās diagnostikas klīnikā, Vienības gatve 45, Rīgā.

Pacientam ar ārsta norīkojumu uz Fābri slimības analīzēm (027/u veidlapa, kurā norādītas indikācijas testa veikšanai, ārsta e-pasts un telefona numurs) jādodas uz 10. korpusu slimnīcas teritorijā, kur 1. stāva reģistratūrā analīzes tiek veiktas katru darba dienu no 9:00-16:00.

Atsauces:

1. Mehta A, et al. *J Med Genet*. 2009;46:548-552. 2. Germain DP. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5:30. 3. Keshav S. *Gastrointestinal manifestations of Fabry disease*. In: Mehta A, Beck M, Sunder-Plassmann G, editors. *Fabry Disease: perspectives from 5 years of FOS*. Oxford: Oxford PharmaGenesis; 2006. Chapter 28.

C-APROM/LV/0003 Sagatavošanas datums: Februāris 2018

Shire

Здравствуйте, дорогие читатели журнала «Почки и здоровье»!

Фото: из личного архива



ИЕВА ЗИЕДИНЯ

Dr. med., нефролог
Клиническая
университетская
больница им. П. Страдиня
Доцент, Рижский
университет
им. П. Страдиня

Вот и вышел первый номер нашего журнала «Почки и здоровье»! Правление Латвийской ассоциации нефрологов (www.nefrologs.lv) решило издавать этот журнал, чтобы как можно больше пациентов и врачей в Латвии были информированы о заболеваниях почек. Наш девиз:

«Информировать, мотивировать свое- временно искать помощь, начать лечение и спасти жизнь». Журнал планируется издавать два раза в год – весной и осенью.

Первый номер журнала посвящен хронической болезни почек, или хронической почечной недостаточности. Эта болезнь является последствием многих других заболеваний почек и поэтому встречается часто. В Европе каждый десятый взрослый страдает хронической болезнью почек. В журнале описаны все три метода заместительной почечной терапии, то есть те методы лечения, которые пациент может получить, когда почечная недостаточность достигла конечной

стадии и почки больше не работают. Окончательное решение в выборе метода лечения принимает пациент, поэтому важно как можно больше знать о болезни.

Если у вас нет под рукой печатной версии журнала, все статьи вы можете найти в интернете: www.nieresunveselib.lv.

Каждый год отмечается Всемирный день почки – день, когда особенно много рассказывается о почках. В этом году этот день выпадает на 8 марта, так как тема этого года – почки и женское здоровье. Дорогие читатели, желаю вам узнать как можно больше нового и с нетерпением жду нашего следующего – осеннего – номера! ■

Издание журнала «Почки и здоровье» поддерживают



Bionorica®

AMGEN®

Shire

BIOCODEX
healthcare with passion and conviction



NOVARTIS



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



LATVIJAS
NEFROLOGU
ASOCIĀCIJA

hromets
poligrāfija

ПОЧКИ И ЗДОРОВЬЕ

Учредитель издания: общество
Latvijas Nefrologu asociācija
рег. номер 40008004227
Издатель: ООО Hromets poligrāfija,
рег. номер 40003925767
Государственный рег.
номер издания 000740415
Тираж: 30 000
(в т. ч. на латышском языке 17 000,
на русском языке 13 000)
Выходит: два раза в год

Перепубликация и цитирование
только с письменного разрешения
журнала «Почки и здоровье»
За достоверность информации
отвечает автор статьи
Мнение редакции не всегда
совпадает с мнением авторов статей
За информацию, изложенную в
рекламе, отвечает рекламодатель
Ответственный редактор:
Иева Зиедина

Номер телефона для информации:
67 069 202

Электронная почта:
ieva.ziedina@stradini.lv

Читайте также в интернете:
www.nieresunveselib.lv

© 2018 Latvijas Nefrologu asociācija
© 2018 ООО Hromets poligrāfija
(дизайн, компьютерный набор)

Бесплатное издание

Что такое хроническая болезнь почек?



фото: shutterstock.com

фото: из личного архива



ХАРИЙС ЧЕРНЕВСКИЙ

Dr. med., нефролог
Клиническая университетская
больница им. П. Страдина
Ассоциированный профессор, Рижский университет
им. П. Страдина

По инициативе Почечного фонда США в 2002 году был введен термин «хроническая болезнь почек», который теперь стал частью принятой во всем мире терминологии.

Хроническая болезнь почек (ХБП) имеет два главных проявления, которые существуют более трех месяцев – поражение почек и снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). В первой таблице показаны главные критерии определения ХБП.

Самые важные показатели, которые указывают на поражение почек, – это протеинурия и артериальная гипертензия. Эти показатели важны и с точки зрения терапии, поскольку снижение протеинурии и артериальной

гипертензии помогает по возможности дольше сохранить нормальную функциональную способность почек. А показатель СКФ помогает разделить пациентов в зависимости от степени тяжести функционального состояния почек.

Любой пациент с хронической болезнью почек подходит под эту шкалу функциональной оценки.

На первой стадии ХБП у пациентов обнаруживаются характерные для любого заболевания почек симптомы, однако нет нарушения функции почек. Главная цель – найти и вылечить конкретное заболевание почек, чтобы избежать дальнейшего развития функциональных нарушений.

На второй стадии ХБП у пациента появляются изменения в лабораторных анализах, однако клиническая картина еще не указывает на нарушения функции почек. На этой стадии главная цель – понять скорость развития заболевания и регулярно контролировать СКФ. Так же как и на предыдущей стадии, нужно искать и корректировать дополнительные заболевания, особое

Таблица 1. Определение хронической болезни почек	
1.	Поражение почек дольше трех месяцев: ❖ Патологические структурные изменения ❖ Анализ мочи ❖ Протеинурия ❖ Эритроцитурия ❖ Изменения биохимических параметров ❖ Изменения, констатированные при помощи методов визуализации ❖ Клиническая картина ❖ Артериальная гипертензия ❖ Отеки ❖ Функциональные изменения (СКФ)
	2. Снижение СКФ < 60 мл/мин дольше трех месяцев с поражением почек или без него

Стадии хронической болезни почек

Стадии	СКФ (мл/мин)	
1	>90	Болезнь почек с нормальной или повышенной СКФ
2	60–90	Легкое снижение СКФ
3А 3В	45–60 30–45	Умеренное снижение СКФ
4	15–30	Значительное снижение СКФ
5	<15	Терминальная стадия ХПН

внимание уделяя снижению уже упомянутых факторов риска. Как и на первой стадии, такие пациенты находятся под наблюдением семейного врача, эндокринолога или интерниста, а консультация нефролога проводится по необходимости.

Третья стадия ХБП делится на две подстадии – 3А и 3В. Стадия 3А от второй стадии отличается лишь показателем СКФ, а для стадии 3В уже характерны ранние симптомы снижения функции почек. У пациентов возникают признаки легкой интоксикации центральной нервной системы, может появиться малокровие, нарушения обмена кальция и фосфора, повыситься кровяное давление и др. Пациентов на этой стадии продолжает лечить семейный врач, интернист или другой специалист. При необходимости таких пациентов также консультирует нефролог.

Для четвертой стадии ХБП характерны не только изменения лабораторных показателей, но и яркая клиническая картина.

Из сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов наблюдается артериальная гипертензия, увеличение левого желудочка, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность, накопление жидкости в полости перикарда и др.

В органах дыхания наблюдается разной степени раздражение или воспалительные процессы слизистой дыхательных путей, накопление жидкости в плевральной полости.

Нарушения органов пищеварения – гастрит, язвы, вторичные нарушения работы печени и поджелудочной железы, накопление жидкости в брюшной полости.

Нарушения нервной системы могут выражаться в виде нарушения мышления, синдрома «беспокойных ног»,

синдрома карпального канала, реже – нарушения чувствительности и движений из-за поражения нервов рук и ног.

В кроветворении наблюдается малокровие, а также сниженное количество лейкоцитов и тромбоцитов.

Опорно-двигательный аппарат – остеопороз костей, которому способствует усиленная выработка гормона парашитовидных желез (паратгормон). Поэтому в костях появляется характерная боль, могут быть патологические переломы. Из-за усиленной выработки паратгормона в организме, особенно в артериолах, накапливаются фосфаты кальция, что приводит к тяжелым нарушениям кровообращения с последующими некротическими изменениями тканей.

Пациенты с четвертой стадией ХБП попадают к нефрологу, который будет решать вопрос о дальнейшем лечении методами заместительной почечной терапии – хроническим гемодиализом, перитонеальным диализом или пересадкой почки.

Пятая стадия ХБП. В случае прогрессирующей почечной болезни пациент доходит до пятой – последней – стадии ХБП. На этой стадии проводятся вышеупомянутые методы заместительной почечной терапии.

Такую оценку стадии ХБП и коррекцию симптомов может проводить только врач, поэтому пациент должен находиться под постоянным наблюдением семейного врача и нефролога. ■

Таблица 2. Факторы риска хронической болезни почек

Некорректируемые факторы риска	Корректируемые факторы риска
❖ Гломерулосклероз ❖ Темнокожие пациенты ❖ Пожилые пациенты ❖ Мужчины	❖ Артериальная гипертензия ❖ Гиперлипидемия ❖ Гипергликемия ❖ Протеинурия ❖ Большое количество белков в рационе ❖ Курение

Нарушения работы почек у пожилых людей

фото: из личного архива



ИНАРА АДАМСОНЕ

Dr. med., нефролог
Клиническая
университетская
больница
им. П. Страдиня
Рижский университет
им. П. Страдиня

Благодаря достижениям в медицине во всем мире, в том числе и в Латвии, люди живут дольше, поэтому в мире все больше сениоров, т. е. людей старше 65 лет. В сфере лечения заболеваний почек 50% пациентов, посещающих нефролога, – это пожилые люди.

Как стареют почки?

«Нормальное» старение почек начинается примерно в возрасте 40–45 лет, когда в почечной ткани и стенках мелких сосудов усиленно образуется соединительная ткань, развивается склероз почечных клубочков и атрофия клеток почечных канальцев. Меняется как внешний вид почек, так и их функциональная способность:

- ❖ во время обследования методами ультразвука или компьютерной томографии наблюдается уменьшение размера почек и часто констатируются кисты в почках, количество и размер которых с годами увеличивается;
- ❖ почки хуже выполняют свои главные функции – выводят из организма конечные продукты обмена веществ и лишнюю жидкость, регулируют обмен различных солей (например, калия и натрия) и гормонов в организме.

Снижение функциональной способности почек показывает особый показатель – скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Начиная с возраста 40 лет, каждый год СКФ снижается примерно на 0,75–1,0 мл/мин (см. рис. 1).

Когда почки просто стареют, а когда – больны?

Происходят ли в почках нормальные процессы старения или же появилась какая-то серьезная болезнь и настала почечная недостаточность, можно определить несколькими способами.

1. Самый важный критерий оценки поражения почек – это почечная



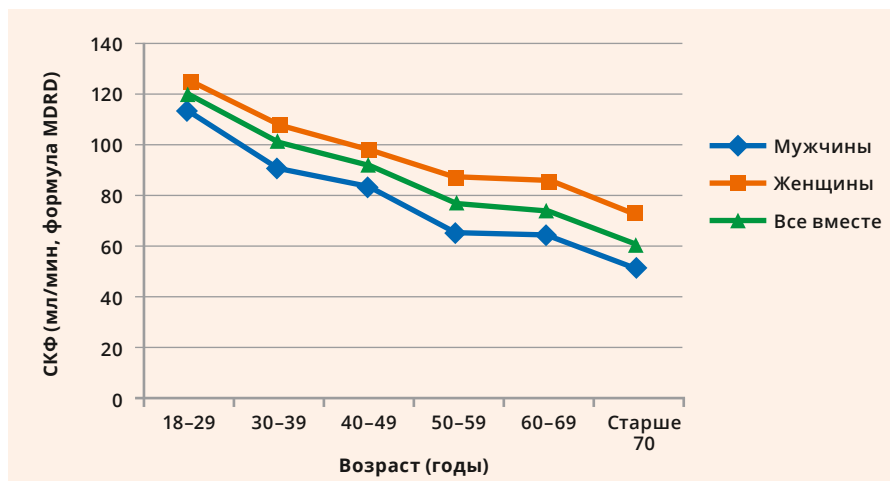
функция. О сниженной почечной функции говорят, когда СКФ меньше 60 мл/мин.

2. Вместе с СКФ нужно оценить и другие признаки, свидетельствующие о поражении почек. Главный признак – это белок в моче. Исследования показали, что даже небольшое количество белка в моче, или микроальбуминурия, указывает на серьезное поражение почек. Поэтому пожилым людям с подозрением на почечную

недостаточность нужно определить и СКФ, и количество белка в моче.

3. Нужно учитывать и другие признаки, указывающие на поражение почек, например изменения в анализе мочи (эритроциты, лейкоциты и другие клетки), повышенное кровяное давление, отеки ног или лица. Также на почечную болезнь могут указывать изменения, найденные при помощи разных методов визуальной диагностики, например кисты или камни в почках, сужения мочеточников и т. д.

Рис. 1. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у людей разного пола и возраста



Каждый пожилой человек должен определить свой показатель СКФ. Углубленное обследование с определением количества белка в моче и с использованием других методов лабораторной и визуальной диагностики нужно проводить, если СКФ ниже 60 мл/мин и/или есть клинические факторы риска развития ХБП (см. таблицу 1).

Таблица 1. Факторы риска развития хронической почечной болезни (ХБП)

❖ Сахарный диабет
❖ Высокое кровяное давление
❖ Обнаруженный ранее белок в моче
❖ Обнаруженные ранее заболевания почек
❖ Ранее известные эпизоды острой почечной недостаточности
❖ Ожирение
❖ Ранее известные сердечно-сосудистые заболевания
❖ Курение
❖ Высокое содержание белка в еде
❖ Употребление медикаментов и веществ, вредных для почек

Наблюдение пожилых пациентов с ХБП

Если у сениора найдена ХБП, ему необходимо долгосрочное наблюдение. В наблюдении пациента должен участвовать и семейный врач, и нефролог, и другие специалисты.

1. **На 1-3-й стадии ХБП** главные мероприятия – это регулярный контроль функции почек и некоторых других анализов (анализ мочи, гемоглобин, калий, натрий, мочева кислота, кальций, фосфор и др.) и лечение главного заболевания-причины ХБП (например, строгий контроль уровня глюкозы для пациента с сахарным диабетом; коррекция оптимального артериального кровяного давления, особенно для пациентов, у которых уже был найден белок в моче, лечение обострений мочеполовых инфекций и др.).
 - ❖ Если ХБП все же прогрессирует и СКФ опускается ниже 45 мл/мин, обычно из-за почечной недостаточности добавляются нарушения работы других органов, например малокровие, связанные с ХБП нарушения обмена кальция и изменения скелета, изменения сердечно-сосудистой системы, кишечника и других органов. Поэтому для пожилых людей обязательно наблюдение у

нефролога, чтобы лечить эти проблемы.

2. Когда ХБП **достигла 4-й стадии** (СКФ ниже 30 мл/мин), пациента нужно проинформировать о начале заместительной почечной терапии (ЗПТ) в будущем и выбрать наиболее подходящий метод. Очень важно рассказать самому пожилому человеку и его близким обо всех методах ЗПТ (гемодиализ, перитонеальный диализ, пересадка почки).
 - ❖ Пересадка почки пожилым людям (обычно в возрасте 65–75 лет), чье состояние здоровья относительно хорошее, которые мотивированы и с сохранной умственной функцией, все чаще является хорошей альтернативой методам диализа.
3. Исследования показали, что заместительная почечная терапия у пожилых людей (так же, как и у более молодых пациентов) начинается на **5-й стадии ХБП**, когда СКФ падает ниже 15 мл/мин.
4. Однако иногда, взвесив все за и против, учитывая пожелания самого пожилого человека, его заболевания, функциональные и когнитивные способности, можно избежать заместительной почечной терапии, вместо этого выбрав консервативный паллиативный уход (лечение только медикаментами, чтобы облегчить симптомы почечной недостаточности). ■



Обследования пациента с хронической болезнью почек

фото: из личного архива



МАЙА МОТИВАНЕ

Нефролог
Клиническая
университетская
больница
им. П. Страдина

Симптомы хронической болезни почек (ХБП) неспецифичны и появляются поздно, поэтому о сниженной работе почек первыми свидетельствуют изменения в анализах. В случае ХБП проводятся следующие обследования:

1. Определяется функция почек и стадия хронической болезни почек по СКФ.
2. Оцениваются вторичные осложнения (малокровие, нарушения обмена кальция-фосфора) вследствие хронической болезни почек.
3. Проводятся обследования, чтобы определить причину хронической болезни почек.

Три самых важных обследования в диагностике заболеваний почек: 1) анализ мочи; 2) определение креатинина в сыворотке крови и расчет скорости клубочковой фильтрации; 3) ультрасонография почек и мочевыводящих путей. Оценив результаты всех трех обследований, нефролог может определить, насколько серьезно поражение почек и необходимы ли дополнительные обследования.

Определение почечной функции

О работе почек можно судить, определив скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – она показывает общую способность почек фильтровать кровь, в норме у молодых людей этот показатель равен 90–120 мл/мин.

СКФ можно рассчитать несколькими методами.

1. Математический расчет СКФ по формуле Кокрофта-Голта, MDRD или CKD – EPI

Формула Кокрофта-Голта используется чаще всего. Для того чтобы рассчитать СКФ, нужно определить уровень креатинина в крови. Чем выше креатинин, тем ниже СКФ и хуже функция почек. Для расчета необходим также возраст, масса тела, раса и пол. Чаще всего в



фото: shutterstock.com

Пример:

Пациент – мужчина, 68 лет, вес 94 кг, уровень креатинина 198 мкмол/л (норма – 62–115 мкмол/л).

Расчет СКФ по формуле Кокрофта-Голта:

$$СКФ = \frac{(140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела, кг}}{\text{Креатинин, мкмол/л} \times 0,81}$$

СКФ равен 41,97 мл/мин, что соответствует 3В стадии хронической болезни почек.

ответах лаборатории есть и уровень креатинина, и рассчитанная СКФ.

2. Определение клиренса креатинина

Используется редко. Для определения скорости фильтрации необходимо правильно собрать суточную мочу, определить уровень креатинина в крови и моче, а также суточное количество мочи.

3. Сцинтиграфия почек – метод радионуклидного обследования

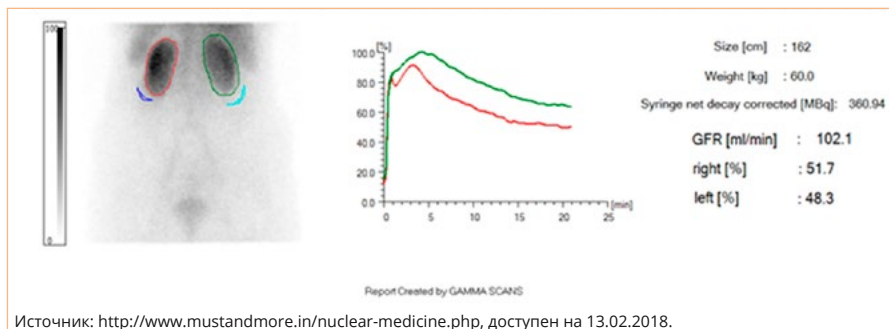
Метод обследования почек и мочевыводящих путей, когда через катетер в вену вводится небольшое количество радионуклидного вещества и при помощи особого монитора наблюдается его выведение через почки. После обработки данных получается кривая и графическое изображение почек и мочевыводящих путей. При помощи этого метода можно точно определить как общую скорость фильтрации, так и работу каждой почки по отдельности.

Оценка вторичных осложнений вследствие хронической болезни почек

На 3–5-й стадии ХБП (СКФ <60–45 мл/мин) важно выбрать необходимое лечение.

В анализе крови определяются:

- ❖ гемоглобин – его снижение указывает на малокровие;
- ❖ ферритин – содержание железа в организме;



Источник: <http://www.mustandmore.in/nuclear-medicine.php>, доступен на 13.02.2018.



- ❖ кальций, фосфор и паратгормон – пониженный кальций, повышенные фосфор и паратгормон указывают на нарушения обмена минеральных веществ в костях;
- ❖ калий – повышенный уровень может вызвать нарушения сердечного ритма, важно ограничить в еде количество продуктов, содержащих калий.

Определение причины хронической болезни почек

Анализ мочи

Для анализа мочи рекомендуется использовать среднюю утреннюю порцию мочи. Перед сбором мочи нужно обмыться без мыла. Моча собирается в одноразовую пластмассовую тару.

Важные изменения в анализе мочи

Протеинурия – белок в моче, определяется в одиночном образце мочи, точнее – в суточной моче. С мочой выделяется главным образом альбумин. Это важный показатель прогноза почечной болезни, положителен при многих заболеваниях почек:

- ❖ <30 мг/сутки – норма;
- ❖ 30–300 мг/сутки – микроальбуминурия, ранний показатель поражения

почек, особенно у пациентов с сахарным диабетом;

- ❖ 300 мг – 1 г/сутки – легкая протеинурия;
- ❖ 1–3 г/сутки – умеренная протеинурия, может быть признаком гломерулонефрита (если еще есть и эритроциты) или интерстициального нефрита (например, из-за приема противовоспалительных препаратов);
- ❖ >3–3,5 г/сутки – тяжелая протеинурия, характерна для серьезных заболеваний почек, например для гломерулонефрита.

Гематурия – красные кровеносные тельца (эритроциты) в моче, повышенное количество может указывать на гломерулонефрит или заболевание мочевыводящих путей, например камни, новообразования, инфекцию.

Лейкоцитурия – клетки воспаления (лейкоциты) в моче, повышенное количество указывает на мочеполовую инфекцию.

Бактериурия – бактерии в моче, в небольшом количестве не всегда указывают на болезнь; если есть жалобы, могут быть признаком мочеполовой инфекции. Если необходимо уточнить

тип бактерий, их количество, чувствительность к антибактериальным препаратам, дополнительно проводится посев мочи.

Радиологические обследования почек

Ультрасоноскопия – быстрый и безвредный способ, который дает полную информацию о структуре почек и мочевыводящих путей, а также о других органах брюшной полости. Нужно делать всем пациентам с почечной недостаточностью непонятного происхождения. Во время обследования можно измерить размер почек, констатировать проблемы с оттоком мочи (например, из-за увеличения простаты), камни и доброкачественные кисты в почках, а также злокачественные образования.

Основываясь на этих обследованиях, врач может назначить дополнительные анализы, чтобы установить причину заболевания почек, – анализ крови (маркеры гепатита, различные антитела и др.), радиологические обследования (проверка почечных сосудов или компьютерная томография), анализ почечной ткани (биопсия почки). ■

Возможности лечения хронической болезни почек



фото: из личного архива



ВИКТОРИЯ КУЗЕМА

Dr. med., нефролог
Клиническая университетская
больница
им. П. Страдина,
заведующая 8-м
отделением нефрологии

Рижский университет им. П. Страдина,
Кафедра внутренних болезней, доцент
Президент Латвийской ассоциации нефрологов

Задачи лечения хронической болезни почек (ХБП) включают лечение основного заболевания (например, сахарного диабета, мочекаменной болезни), лечение осложнений ХБП, а также замедление развития ХБП. Введение нового термина «хроническая болезнь почек» и новой классификации ХБП в нефрологии в XX-XXI веке стало важным шагом в решении этой актуальной проблемы. ХБП является одной из причин заболеваемости и смертности и связана с постоянно прогрессирующим образованием рубцовой ткани в почках до последней стадии болезни

почек, когда необходима заместительная почечная терапия (ЗПТ). Главные клинические симптомы ХБП появляются при снижении функциональной способности почек на 40%. В этом случае появляются сердечно-сосудистые заболевания (часто повышенное давление), малокровие, а также нарушения обмена веществ кальция и фосфора. Когда болезнь прогрессирует, увеличивается риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, что, безусловно, определяет неблагоприятный прогноз, увеличивает частоту госпитализаций, а также влияет на качество жизни пациента.

Поэтому, чтобы замедлить развитие болезни, вмешательство в ход ХБП очень важно, чтобы сделать дальнейший прогноз для пациента и скорректировать независимые факторы риска при помощи фармакотерапии или изменений в образе жизни. Факторами развития ХБП являются повышенное артериальное давление, выделение белка с мочой, малокровие, повышенный уровень холестерина, мочевой

кислоты, сахарный диабет, нарушения обмена кальция и фосфора, а также курение и инфекция.

Главные возможности лечения ХБП

- 1. Лечение основного заболевания.** Например, нормализация уровня сахара в крови, принимая гипогликемизирующие препараты внутренне или препараты инсулина подкожно.
- 2. Соблюдение диеты.** Диета с пониженным содержанием белка и соли (до двух граммов в день). Пациентам с сахарным диабетом нужно также снизить количество легко усваиваемых углеводов и жиров. Пациентам с ХБП, у которых функция почек снижена на 40% и более, нужно уменьшить в рационе количество продуктов, содержащих калий (например, бананы, сухофрукты), а также ограничить количество фосфора (рыба и морепродукты). Количество ежедневно

потребляемой жидкости зависит от стадии ХБП и зависит от выделяемого количества мочи в сутки. Нужно учитывать, что количество потребляемой воды увеличивается для пациентов с повышенной температурой тела. Вместе с началом ЗПТ меняются привычки в приеме пищи и жидкости.

3. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

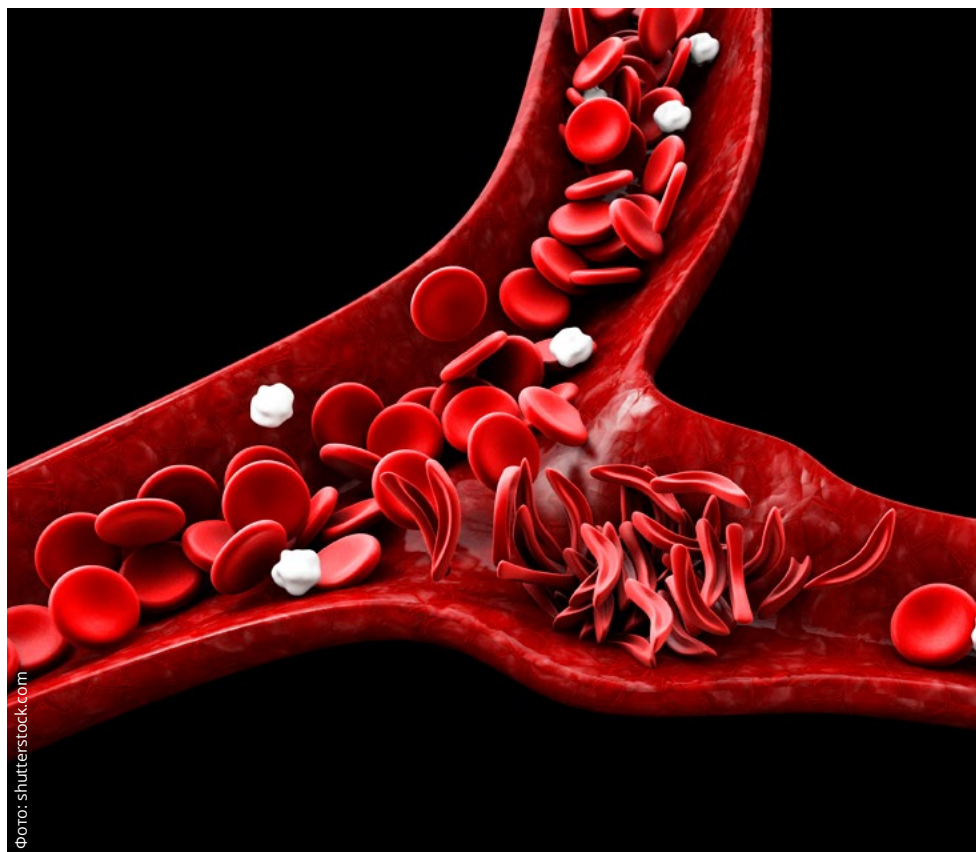
Особенно важно для пациентов с ХБП лечение артериальной гипертензии. Согласно главным пунктам международных рекомендаций по диагностике и лечению артериальной гипертензии целевые показатели артериального кровяного давления при приеме медикаментов должны быть $\leq 140/90$ мм рт. ст. или $\leq 130/90$ мм рт. ст. в зависимости от суточного количества белка в моче. Выбор медикамента или их комбинаций индивидуален для каждого пациента и зависит от основной причины и степени тяжести ХБП.

4. Лечение нарушений обмена липидов

при помощи гиполипидемизирующих препаратов (т. н. статинов) значительно влияет на развитие сердечно-сосудистых заболеваний (например, атеросклероза, инфаркта миокарда) у больных в период до диализа.

5. Лечение анемии, или малокровия.

При ХБП одним из главных проявлений является анемия. Согласно Европейским практическим рекомендациям диагноз анемии вероятен, если уровень гемоглобина в крови <13 г/дл для мужчин и <12 г/дл для женщин. Анемия развивается рано, уже на третьей стадии ХБП. Анемия серьезно ухудшает самочувствие и работоспособность пациентов с ХБП. Клинические проявления анемии связаны с кислородным голодом и изменениях тканей. Обычно больные малокровием жалуются на усталость, одышку, слабость, учащенное сердцебиение, сексуальную дисфункцию. При обследовании констатируются бледные кожные и слизистые покровы, диагностируются сердечно-сосудистые заболевания (например, хроническая сердечная недостаточность), ослабленный иммунитет, нарушения менструального цикла и другие симптомы. Чаще всего анемию вызывает пониженная выработка гормона эритропоэтина в почках из-за почечной недостаточности. Дополнительными факторами ее развития может быть дефицит



железа и витаминов, инфекция, кровотечение, недостаточное питание. В лечении анемии среди пациентов с ХБП есть две главных задачи: обновить запасы железа (препараты железа внутренне или внутривенно) и обеспечить оптимальный уровень гемоглобина (>11 г/дл) в крови, принимая вещества, способствующие выработке эритропоэза. Синтетический аналог эритропоэтина человека производится в шприцах (шприцы-ручки), обычно вводится подкожно. Доза и частота введения эритропоэтина подбирается индивидуально с учетом массы тела больного и его уровня гемоглобина, а также фармакологических свойств конкретного медикамента. Дополнительно принимаются витамины группы В и С. Важно также питание больного, особенности диеты, а для пациентов с ЗПТ – достаточность диализа.

6. Предотвращение развития поражения костей. Пациенты должны регулярно проверять уровень кальция, фосфора, белка, витамина D в крови, а также концентрацию гормона паращитовидных желез (паратгормона), который принимает активное участие в обмене минералов и в обмене веществ в костях. При необходимости можно определить плотность костей и провести радиологические обследования. Важные факторы, которые могут

снизить поражения костей в связи с прогрессированием ХБП, улучшить качество жизни пациента и снизить риск госпитализации, – это препараты кальция, активный витамин D, сбалансированное питание. Пациентам с более тяжелыми клиническими симптомами предлагается также специфическое лечение и/или хирургическое вмешательство.

7. Заместительная почечная терапия (гемодиализ, перитонеальный диализ, пересадка почки).

Отказ от курения, регулярные физические нагрузки, снижение веса, вакцинация, обучение пациентов – это самые важные факторы образа жизни для профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронических заболеваний почек. Пациентам с ХБП нужно оценивать показания к применению любых препаратов (например, обезболивающее, антибиотики), доза медикамента должна быть подобрана в соответствии с его фармакологическими свойствами и функцией почек. Залог успешного лечения ХБП – междисциплинарное сотрудничество. Своевременное вовлечение других специалистов, например кардиолога, эндокринолога, диетолога и психолога, в лечение почечной недостаточности снижает риск неблагоприятного исхода, а также развития самой болезни почек. ■

Гемодиализ

Фото: из личного архива



**ЛИНДА
МИЧУЛЕ**

Нефролог
Зиелькурземская
региональная больница,
заведующая отделением
гемодиализа

Что такое гемодиализ и как он работает?

Гемодиализ – это метод лечения хронической болезни почек с использованием специальных аппаратов и фильтров, которые очищают кровь пациента вне тела. Перед началом диализа медсестра, проводящая процедуру, вводит две иглы в артериовенозную фистулу пациента (обычно на левом предплечье). Далее иглы присоединяются к магистралям аппарата для гемодиализа. Насос аппарата для

Однако этим методом невозможно излечить конечную стадию хронической болезни почек, а только помочь пациенту выжить и чувствовать себя лучше

гемодиализа выкачивает кровь пациента со средней скоростью 200–300 миллилитров в минуту. Кровь пациента по магистралям проходит сквозь специальный фильтр – диализатор. Диализатор состоит из мелких микро-трубочек, сделанных из специальных мембран. Проходя сквозь эти микро-трубочки, кровь очищается от лишней воды, солей и токсичных продуктов обмена веществ, которые не могут быть выведены через больные почки пациента.

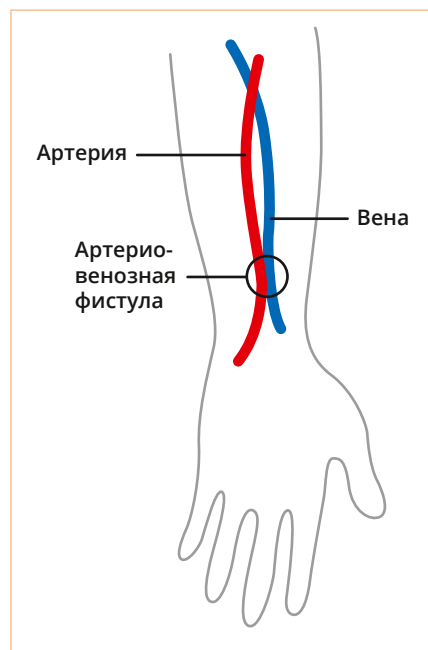
Гемодиализ может заместить функцию почек. Однако этим методом невозможно излечить конечную стадию хронической болезни почек, а только помочь пациенту выжить и чувствовать себя лучше.

Что такое сосудистый доступ?

Сосудистый доступ необходим для того, чтобы быстро провести большой объем крови через магистрали сосудов и диализатор и очистить организм пациента.

Сосудистый доступ может быть постоянным и кратковременным.

Постоянным сосудистым доступом называется хирургически созданное соединение между веной и артерией, то есть артериовенозная фистула. Обычно фистула создается на левом (у левшей – на правом) предплечье, потому что руку с артериовенозной фистулой нельзя напрягать, чтобы

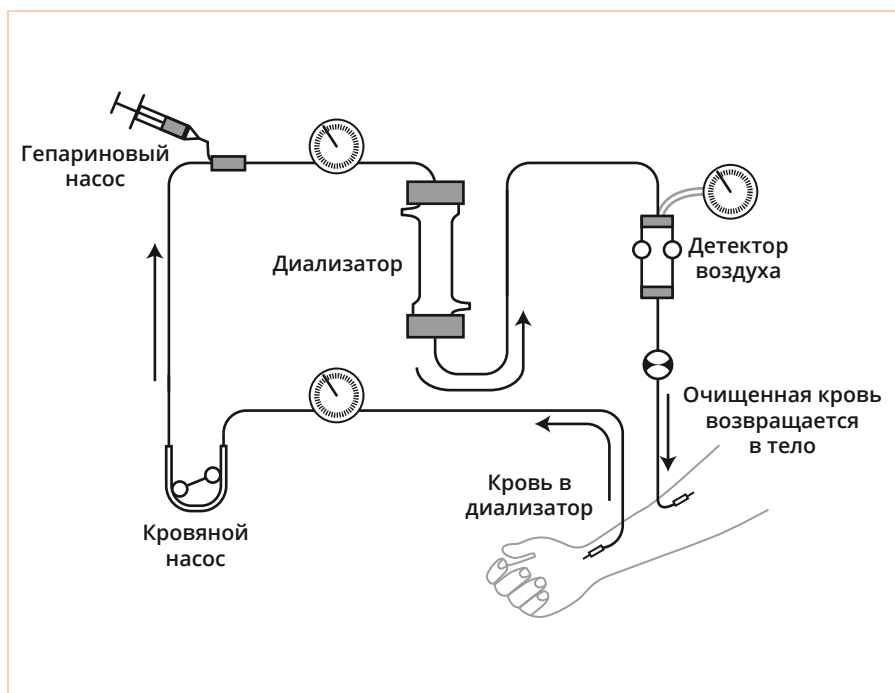


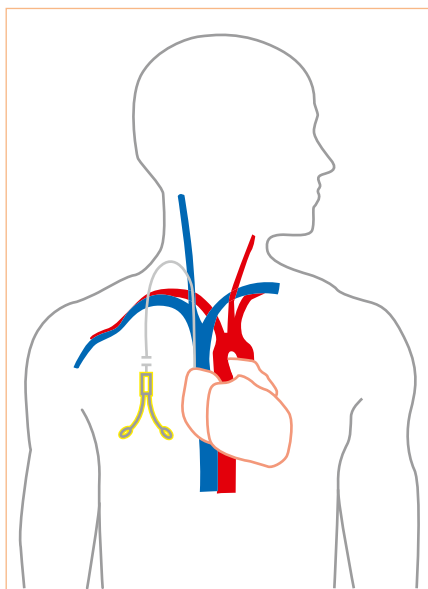
избежать образования тромбов, которые могут остановить кровоток через фистулу. В идеале артериовенозная фистула создается у пациента за несколько месяцев до запланированного гемодиализа. Это время необходимо для созревания фистулы и образования широких вен, в которые вводятся иглы большего размера, чем обычные иглы для внутривенных инъекций. Поэтому очень важно вовремя диагностировать хроническую болезнь почек и регулярно посещать нефролога. Артериовенозная фистула – это «линия жизни» пациента: без нее невозможно лечение методом гемодиализа, поэтому ее нужно беречь. На руке с артериовенозной фистулой нельзя измерять давление, на ней нельзя спать, носить в ней тяжести, носить давящую одежду, браслеты, часы и т. д. Из вен фистулы нельзя брать кровь на анализ, вводить в них медикаменты. Это все защищает фистулу от тромбоза, способствует ее работе, чтобы пациенту можно было провести диализ.

Артериовенозная фистула – это самый лучший сосудистый доступ для пациента по сравнению с другими видами, так как она обеспечивает достаточный поток, работает долго, а также создает меньше осложнений для пациента (инфекции, кровотечение, недостаточный диализ).

Артериовенозный протез

Другой вид постоянного сосудистого доступа – артериовенозный протез. Он подходит пациентам, у которых





Центральный венозный катетер

невозможно создать артериовенозную фистулу из-за проблем с сосудами (атеросклероз, тромбоз и др.). Артерию и вену пациента соединяют с искусственным петлеобразным сосудистым протезом, в который после заживления вводятся иглы для диализа.

Краткосрочные сосудистые доступы

Краткосрочные сосудистые доступы создаются, если болезнь почек резко ухудшилась и необходимо немедленно начать диализ или же у пациента не функционируют ранее созданные сосудистые доступы. Обычно пациенту в большие полые вены вводится специальный двойной венозный катетер. Для краткосрочных сосудистых

доступов характерен высокий риск осложнений. Чаще всего наблюдаются кровотечения, инфекции, недостаточный диализ из-за кровотока и рециркуляции крови.

Где проводится гемодиализ?

В Латвии гемодиализ проводится в специализированных отделениях гемодиализа в больницах, а также в амбулаторных центрах гемодиализа. Пациент может сам выбрать свой центр гемодиализа.

Гемодиализ оплачивается государством. Все пациенты, у которых начат гемодиализ, освобождены от любых пациентских взносов.

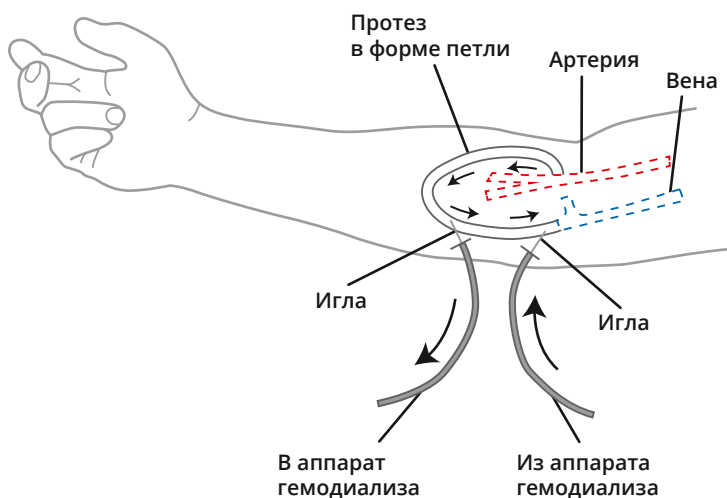
Обычно гемодиализ проводится три раза в неделю, длительность одного сеанса около четырех часов.

Могут ли возникнуть осложнения от процедуры гемодиализа?

Да, могут возникнуть осложнения сосудистого доступа (инфекция, кровотечение, тромбоз), которые обычно нужно лечить в больнице.

При резком изменении уровня жидкости и солей в организме во время гемодиализа могут быть мышечные судороги, резко упасть кровяное давление. Осложнения предотвращает врач, изменив режим гемодиализа, чтобы не допустить нарушений баланса веществ в организме.

Пациент может избежать многих осложнений из-за диализа, внимательно соблюдая диету, потребляя достаточно жидкости и точно принимая назначенные врачом медикаменты. ■



Сосудистый протез предплечья

Ведущий
представитель
услуги ДИАЛИЗА
в стране
с обширной сетью
диализных центров
в Латвии

- РИГА
- ЮРМАЛА
- БАУСКА
- ТУКУМС
- САЛДУС
- АЙЗКРАУКЛЕ
- ЛИМБАЖИ
- ПРЕЙЛИ

Консультации
врача-нефролога
по всей Латвии



Запись на диализ или
на консультацию к нефрологу
+371 67520432



www.msgdialysis.lv
Ул. Шмерля, д. 2А, Рига

Перитонеальный диализ

Фото: из личного архива



АЙВАРС ПЕТЕРСОНС

Dr. med., нефролог

Профессор,
Рижский университет
им. П. Страдина

Руководитель Центра нефрологии, Клиническая университетская больница им. П. Страдина

Термины: peritoneum (латынь) – брюшина; диализ – очищение; перитонеальный диализ – очищение тела от ненужных веществ при помощи брюшины.

Перитонеальный диализ (ПД), гемодиализ и пересадка почки – три способа заместительной почечной терапии (ЗПТ), которые можно комбинировать и которые позволяют человеку жить после того, как вследствие заболевания почки – жизненно важный орган – не могут работать полноценно. Нужно учитывать, что все эти методы ЗПТ не могут излечить заболевание почек, а только поддерживают жизнь на протяжении многих лет.

ПД пациент проводит сам дома, используя в качестве диализной

(очищающей) мембраны свою перитонеальную мембрану. Брюшина выстилает брюшную полость и опоясывает находящиеся в ней органы, ее площадь примерно два квадратных метра. Благодаря хорошему кровообращению брюшина является эффективной, натуральной мембраной для фильтрации, у которой с одной стороны остается кровь, а с другой – со стороны брюшной полости – выводятся лишние вещества, минералы и вода. Чтобы вещества перемещались через брюшину, в брюшную полость через постоянный вшитый катетер вводится и регулярно меняется специальная жидкость для диализа (диализат). Поскольку вводимом диализате концентрация веществ меньше, чем в крови, ненужные метаболиты (креатинин, мочевина и др.) и электролиты (калий, фосфор, натрий) через фильтрующую мембрану брюшины перемещаются (диффузия) в сторону меньшей концентрации, т. е., в диализат. А чтобы очистить организм от лишней воды, диализат содержит вещества, которые создают более высокое осмотическое давление, чем в крови. Обычно это глюкоза в более высокой концентрации, но также аминокислоты или полиглюкоза. Тогда лишняя вода из крови движется в сторону более высокого осмотического

давления – в диализат в брюшной полости. Этот процесс убираания воды называется ультрафильтрацией. Через несколько часов (1–8 ч.) нахождения в брюшной полости диализат выводится через постоянный катетер, и таким образом вместе с лишней водой выводятся метаболиты (мочевина, креатинин, калий и др.). Далее в брюшную полость вводится свежий диализат, и процесс повторяется.

Два главных подвида ПД

1. НАПД – непрерывный амбулаторный ПД, при котором пациент меняет 1,5–3 литра диализата 3–5 раз в день через равные интервалы времени, по возможности. Обмен – выведение использованного диализата из брюшной полости и введение свежего – проводится по простому, но хорошо заученному протоколу. Обмен облегчает т. н. система двух соединенных емкостей (одна пустая для выведения, вторая – со свежим диализатом), и это занимает примерно 20–30 минут. Обмен можно провести буквально в любом чистом месте, в удобное для пациента время. «Непрерывный» ПД – потому что диализат практически все время (24 часа в сутки, 7 дней в неделю) находится в брюшной полости и обеспечивает постоянное, равномерное очищение.
2. АПД – автоматизированный ПД. Диализ проводится при помощи небольшого аппарата (циклер). Аппарат программируется для проведения нескольких (4–8) обменов диализата в определенный период времени (6–12 часов), обычно ночью. Преимущество в том, что у многих пациентов день может быть «сухим», т. е. без обменов, с возможностью работать, учиться или заниматься спортом.

В любом случае пациент учится проводить выбранный вид ПД, а также ему постоянно доступна консультация медсестры по ПД по телефону или очно и помощь нефролога в центре, где наблюдается пациент. Примерно 60% пациентов выбирает НАПД, а 40% – АПД, но методы можно комбинировать.

Учитывая, что 1) ПД является единственным методом диализа для домашнего проведения, 2) он хорошо сохраняет остаточную функцию почек и 3) допускает большую свободу



Фото: из личного архива

в привычках питания, путешествий и активной трудовой жизни, 4) лучшая готовность к пересадке почки, нефрологи большей части пациентов в типичной ситуации советуют использовать ПД как первый метод заместительной почечной терапии первые 2–3 года, позже, при возможности, проводить пересадку почки или продолжать ГД. Для детей, пациентов с низким давлением или сердечной недостаточностью, асцитом или для пациентов на гемодиализе, у которых больше нет доступа к сосудам, ПД является методом выбора.

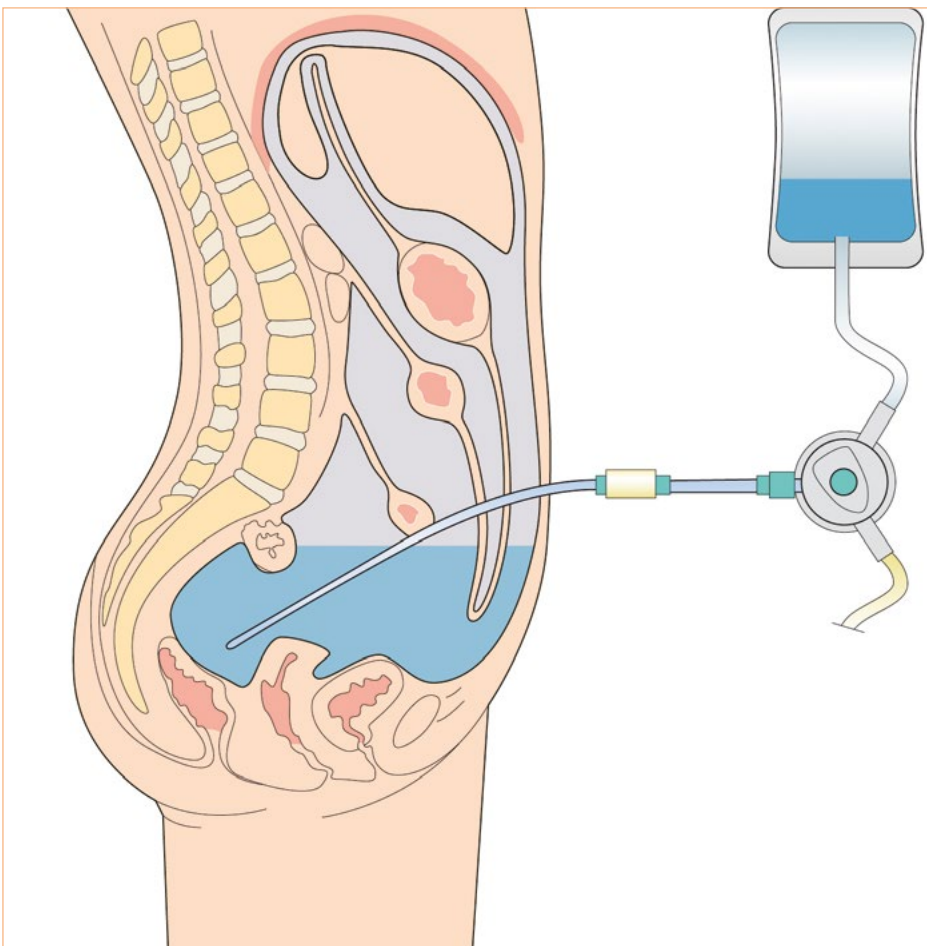
Проводя ПД, важно помнить:

- 1) тип ЗПТ нужно выбирать вместе со своим нефрологом заблаговременно, не дожидаясь последней фазы заболевания и рискованной, непрогнозируемой ситуации с реанимацией;
- 2) ПД как первый выбор ЗПТ хорош, но, для того чтобы начать обучение или сам диализ, в переднюю стенку брюшной полости нужно поместить катетер для ПД. Это место должно заживать после операции как минимум 3–4 недели;
- 3) пациент должен сам учиться, быть информированным о возможностях своего режима диализа. Конечно же, ПД является командной работой в сотрудничестве с медсестрой по ПД и нефрологом, это доставка материалов для ПД домой и регулярные проверки в своем центре нефрологии раз в месяц;
- 4) нужно регулярно проходить обучение и повторно учиться лучше использовать ПД, предотвращать и лечить осложнения.

В Латвии пациенты с ПД лечатся в Зиелькурземской региональной больнице, Лиепайской региональной больнице, Видземской больнице, Рижской Восточной клинической университетской больнице, Детской клинической университетской больнице и в Клинической университетской больнице им. П. Страдиня. Центр нефрологии больницы им. П. Страдиня является центром получения информации и обучения в Латвии с 80–90 пациентами в программе постоянного ПД и поэтому является не только самым крупным центром диализа в Латвии, но и третьим по количеству пациентов с ПД в странах Балтии и Скандинавии. Все нефрологи с удовольствием помогут пациентам и коллегам в трудную минуту! ■



фото: из личного архива



Пересадка почки

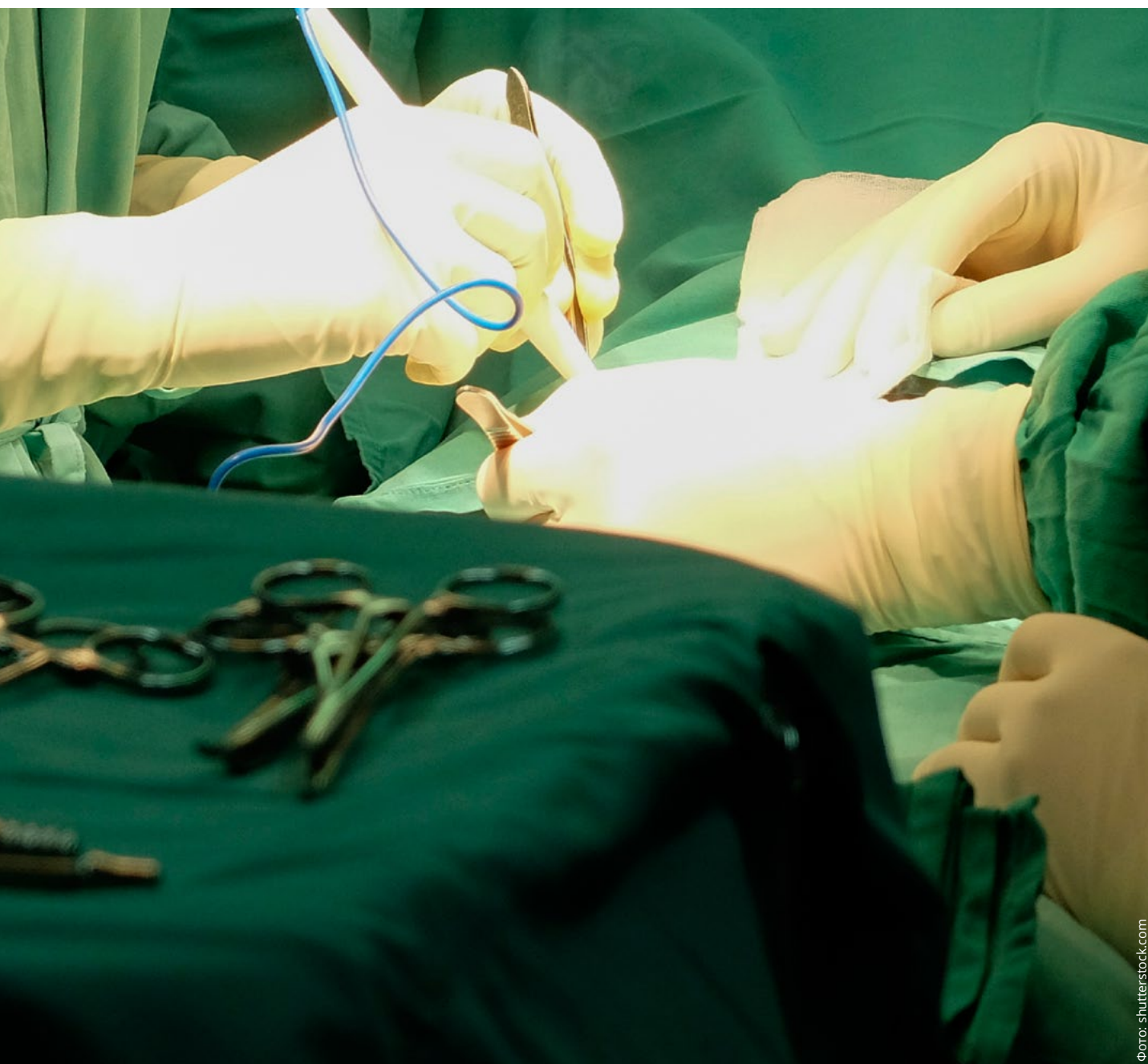


фото: shutterstock.com

фото: из личного архива



ИЕВА ЗИЕДИНЯ

Dr. med., нефролог
Клиническая
университетская
больница им. П. Страдина
Доцент, Рижский
университет
им. П. Страдина

Пересадка почки является одним из трех методов заместительной почечной терапии. Когда почки пациента больше не работают, можно пересадить новую почку от другого человека, и пациент сможет жить нормально.

Пересадку почки можно провести от живого или мертвого донора. Донором называется человек, который жертвует орган, а реципиент – это человек, который получает этот орган. Донором почки может стать родственник пациента или его близкий друг. В наше время совпадение группы крови донора и реципиента необязательно. Для того чтобы стать живым донором почки, человек должен сделать анализы крови и мочи, а также множественные обследования, чтобы избежать заболеваний системы органов. Функция почки будущего донора должна быть нормальной, соответствующей возрасту. Когда сделаны все необходимые

обследования, консилиум врачей решает, подходит ли почка для пересадки, и назначается дата операции. Пересадка почки от живого донора – это запланированная операция, поэтому врачи стараются подобрать дату так, чтобы она подходила как пациенту, так и его донору. Пожертвовав одну почку, человек может продолжать жить нормальной жизнью, ему не нужно принимать никаких медикаментов. Однако нужно вести здоровый образ жизни – употреблять меньше поваренной соли, поддерживать нормальный вес, нельзя курить.

Если у пациента нет родственников, которые могли бы пожертвовать

почку, он может встать в список ожидания на пересадку почки от мертвого донора. Потенциальный реципиент должен перед этим сдать анализы крови и мочи, провести обследование сердца, легких и органов брюшной полости. После этого нефролог направляет пациента для записи в лист ожидания. Решение о внесении пациента в список ожидания принимает консилиум врачей из Латвийского центра трансплантологии. Неважно, находится ли пациент первым или последним в списке, потому что решение о том, какому пациенту сделать пересадку почки, принимается на основе тестов на совместимость. Пересадка почки от мертвого донора проводится в течение 24 часов с момента извлечения органов из тела мертвого донора. Поэтому пациенты в списке ожидания должны быть на связи в любое время суток с готовой сумкой, которую брать с собой в больницу.

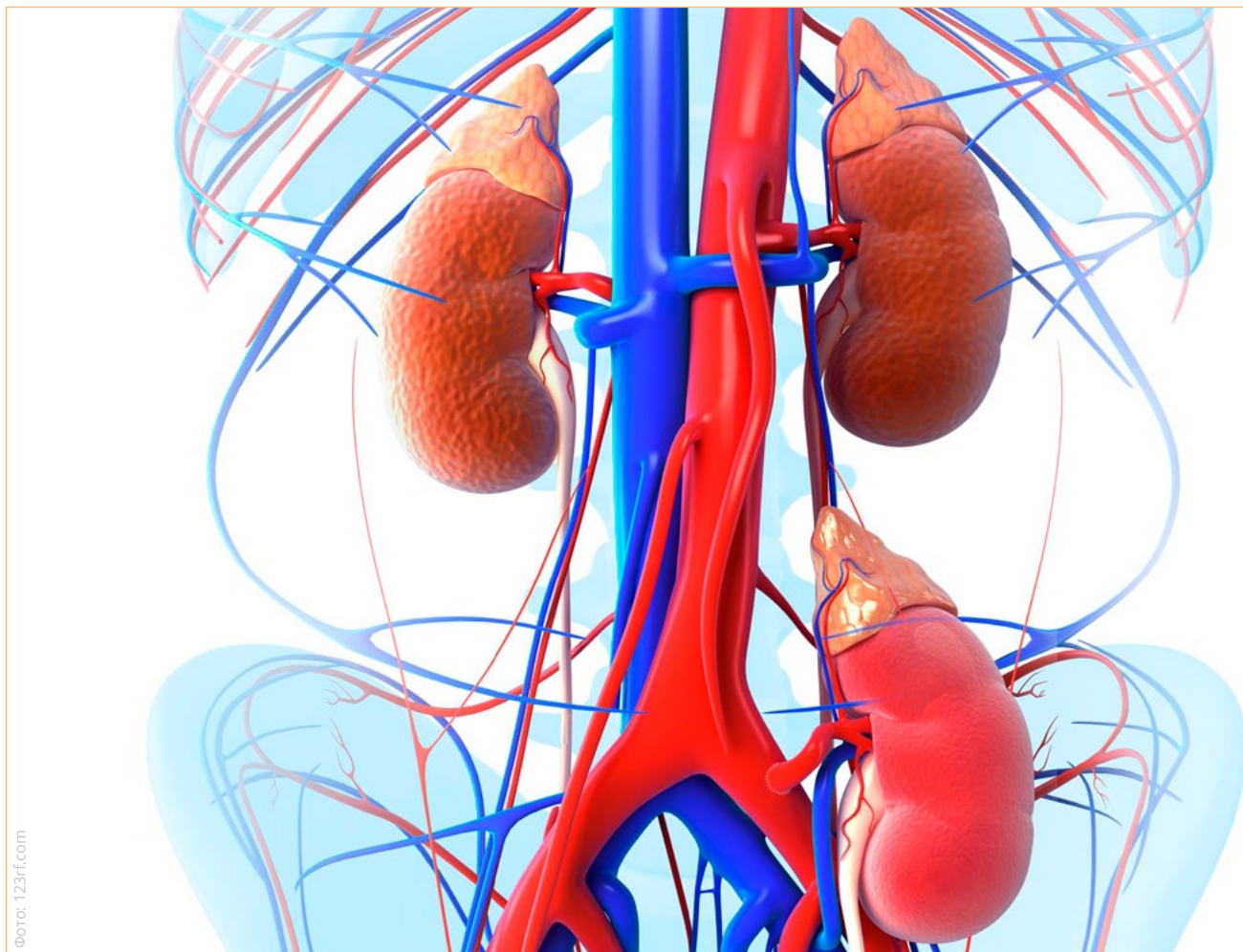
Пересадка почки – это хирургическая операция, и, как в случае любой операции, после пересадки почки также могут быть осложнения. После операции возможно как кровотечение, так и проблемы с мочевыводящими путями, поскольку от донора почка берется вместе с артерией, веней и

мочеточником. Обычно пересаженная почка начинает функционировать сразу после операции, и уровень креатинина в крови постепенно падает до нормальных показателей. Чтобы не произошло отторжение пересаженной почки, реципиент должен принимать множество лекарств для снижения иммунитета, так как ни один донор и реципиент не могут быть совместимы на 100% (исключение составляют однояйцевые близнецы). Обычно уже на следующий день после операции реципиент начинает принимать три разных медикамента в таблетках несколько раз в день. Если принимать медикаменты для снижения иммунитета регулярно, каждый день, в одно и то же время, согласно назначенной врачом дозировке, пересаженная почка может прослужить 15–25 лет. Если медикаменты не принимать, то организм отторгнет почку в течение нескольких недель, и пациент вернется к диализу. Если принимать лекарства нерегулярно и безответственно, то изменения в пересаженной почке будут происходить постепенно, на протяжении нескольких месяцев или даже лет. Это называется хроническим отторжением, и из-за этих изменений пересаженная

почка также погибает, и пациенту нужно возвращаться к диализу. Пациенты после пересадки почки не могут есть грейпфруты и помело, так как эти фрукты воздействуют на медикаменты для снижения иммунитета. Следует также быть внимательными с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, например диклофенака и ибуметина, которые врачи обычно выписывают в качестве обезболивающих.

В Латвии пересадки почек проводятся с 15 апреля 1973 года, когда отец впервые пожертвовал почку для своей дочери. Пересадки проводятся в Латвийском центре трансплантологии Клинической Университетской больницы им. П. Страдина. Каждый год проводится от 50 до 80 пересадок почки от мертвых и живых доноров.

Пересадка почки – это метод заместительной почечной терапии, который увеличивает продолжительность и качество жизни пациентам, у которых отказали почки. Пациенты после пересадки почки живут в среднем на 10 лет дольше, чем пациенты на диализе. ■



Мой опыт: рассказ пациента



ЙОЛАНТА БАРАНОВСКА-КАША

Опытный пациент с хронической болезнью почек
Руководитель Ассоциации почечных больных

23 года назад я узнала, что мои почки не работают. Единственной возможностью вернуться к полноценной жизни была пересадка почки. Шок, переживания, слезы – это все, конечно же, я пережила. Однако слезы не могли вылечить меня, поэтому я собралась, стала следовать указаниям врача и большую часть этого времени прожила без необходимости через день ходить в больницу.

Я была веселой, здоровой девушкой, занималась спортом в нескольких секциях, танцевала в ансамбле народного танца, после средней школы поступила в институт. Жизнь шла в гору, никаких неприятностей, все было хорошо... Первые симптомы болезни появились во время учебы в институте – это была эпизодическая рвота. Сначала это случилось раз в четыре-пять месяцев, потом все чаще... На третьем курсе института – когда мне был 21 год – я решила пройти проверку здоровья в больнице им. П. Страдина. Профессор Лазовский провел биопсию почки, и был поставлен диагноз: хронический гломерулонефрит – воспаление почечных клубочков. Болезнь протекала в легкой форме, врачи утешали меня,

что я без особых хлопот смогу прожить до старости.

Должна признать, что такие слова усыпили мою бдительность, долгое время я недооценивала опасность заболевания. Прожить с ним до старости было возможно только при соблюдении строгой диеты, контролируя кровяное давление и при необходимости принимая лекарства для его снижения, избегая простуд. Я это все игнорировала, и последствия не заставили себя ждать.

Следующим симптомом заболевания был стремительный набор веса, связанный с задержкой жидкости в организме. Началась одышка. В такие

моменты я находилась в больнице, где примерно через неделю лечения мочегонными препаратами я теряла пять-шесть килограммов веса. Потом самочувствие вновь улучшалось. Когда я в очередной раз находилась в больнице с отеками и одышкой, мне сообщили, что нужно начинать гемодиализ. Тогда я даже не понимала, что это такое, у меня не было информации; никто меня не предупредил и не объяснил, что для этого я должна буду посещать больницу три раза в неделю и каждый раз проводить там до четырех часов, будучи подключенной к аппарату для очищения крови, т. е. искусственной почке. Снова переживания, снова стресс. Я только окончила институт, есть работа, которая нравится. Как я смогу это все совмещать?! Но это был единственный выход, поэтому нужно было смириться.

Следующим шагом в лечении почечной недостаточности обычно является пересадка почки. Меня также поставили в очередь на ожидание почки от умершего донора, и примерно через год мне предложили первую операцию по пересадке. К сожалению, она была неудачной. Так бывает.

*И вот уже пять лет
я живу полноценной
жизнью благодаря
бескорыстию и,
я бы даже сказала,
подвигу близкого мне
человека*

Примерно месяц врачи пытались «запустить» пересаженную почку, но безрезультатно. Нужно было провести еще одну операцию – вынуть почку. Это был сложный период, временами моя жизнь была на волоске. Но это было и своеобразным переломным моментом, когда я перестала себя жалеть и поняла: для того чтобы вернуться, мне нужно бороться.

Вновь начался диализ. Было нелегко, поскольку гемодиализ как метод спасения почечных больных еще достаточно новый – ему лишь 50–60 лет. То есть 20 лет тому назад аппаратура, при помощи которой проводилась эта процедура, была еще в стадии начального развития. Четыре часа для выведения лишней жидкости и шлаков, пока я была привязана к аппарату, казались долгим процессом, однако это была форсированная скорость по сравнению с естественной фильтрацией почек. Судороги в ногах и тревожность как побочные действия резкого обезвоживания, низкое кровяное давление, вызывающее слабость и апатию, – ничего приятного. В то время я жила на девятом этаже многоэтажного дома, в котором часто не работал лифт. После диализа, стоя у сломанного лифта, я плакала, потому что подняться на девятый этаж мне было очень трудно. Но это позволило мне прожить целый год и два месяца, до следующей донорской почки.

16 февраля 1997 года мне была проведена вторая операция по пересадке почки, которая была успешной. Начался новый, более легкий и

приятный период моей жизни. Когда в конце 2000 года я узнала, что беременна, у меня не было даже сомнений в том, что я хочу родить ребенка. До меня в Латвии рожала только одна женщина с донорской почкой, поэтому я понимала, что риск есть, потому что беременность, безусловно, создает дополнительную нагрузку на организм. Однако я чувствовала себя хорошо и была уверена в своем выборе. Так, 19 июля 2001 года посредством кесарева сечения на свет появился наш сын Хербертс. Донорская почка дала мне возможность обрести семью и стать матерью.

Прошло еще 13 лет, и, к сожалению, мне пришлось снова начать гемодиализ. Почка от умершего донора служит в среднем 10–15 лет. Когда я снова начала диализ, то поняла, что за 13 лет медицинская аппаратура для этой процедуры намного ушла вперед, и перенести ее было гораздо легче.

В 90-х годах о третьей донорской почке говорили лишь в исключительных случаях, и риск отторжения органа был велик, однако в наши дни это обычная практика. Перед операцией проводятся тесты на антитела, и в моем организме с годами их количество возросло. В этом случае подобрать донорскую почку от умершего донора очень сложно: риск, что мой организм отторгнет пересаженный орган, слишком велик. Врачи посоветовали искать живого донора, потому что тогда можно найти почку, к которой нет антител. Помочь мне решила моя мама и две ее сестры. После



ФОТО: ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

проверок оказалось, что есть совпадение только со средней сестрой, моей любимой крестной Зинаидой Цатлакшей. И вот уже пять лет я живу полноценной жизнью благодаря бескорыстию и, я бы даже сказала, подвигу близкого мне человека. Бригада врачей, проводившая операцию по пересадке, показала высокий профессионализм. На данный момент я принимаю препараты для обеспечения оптимальной работы пересаженной почки. Это достаточно дорогие медикаменты, которые я сама не в состоянии купить, поэтому я благодарна латвийской системе здравоохранения, которая компенсирует мне затраты на их покупку.

Я прошла через все эти препятствия и теперь могу лучше оценить, насколько прекрасна жизнь, возможность жить в семье, воспитывать детей, работать, участвовать в социальной жизни. Для того чтобы сохранить эту возможность как можно дольше, я регулярно прохожу проверки, контролирую кровяное давление, соблюдаю правильный режим питания, занимаюсь гимнастикой. Будучи руководителем Ассоциации почечных больных, стараюсь помочь и предоставить необходимую информацию как тем, кто впервые столкнулся с заболеваниями почек, так и тем, кому нужно учиться жить с этим состоянием до конца своей жизни. Я оптимистка, наслаждаюсь каждым мгновением своей жизни и желаю всем отличного здоровья! ■



ФОТО: ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА

Не терпи, действуй!



Терпишь?
Частая деликатная проблема?



- ✗ **Натуральный комплекс растительных экстрактов и эфирных масел**
- ✗ **Содержит сок ягод болотной клюквы**
- ✗ **Уникальный состав – 2 растительных экстракта и 2 эфирных масла**

ПРИМЕНЕНИЕ

Взрослым – по 8 капель, 3 раза в день перед едой!

Длительность применения: 2 недели. Курс можно повторить через две недели.

Пищевая добавка.



ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ НЕ ЗАМЕНЯТ ПОЛНОЦЕННОЕ И СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ