

©В. О. Бардаш <https://orcid.org/0009-0005-8193-4941>

©Т. А. Максимець <https://orcid.org/0000-0003-2659-1083>

©Є. Я. Склярів <https://orcid.org/0000-0001-9037-0969>

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК 5 СТАДІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ

РЕЗЮМЕ. Хронічна хвороба нирок (ХХН) – це складна проблема сучасного суспільства, що виходить далеко за межі медичних аспектів. Вона є причиною значного скорочення тривалості та погіршення якості життя пацієнтів, а також створює тягар для економіки та соціальної сфери. Наслідки ХХН викликають появу супутніх ускладнень, таких як безсоння, шкірний свербіж та анемія. Вони, в свою чергу, призводять до депресії та тривоги

Значні витрати на лікування ХХН є ще одним важливим аспектом цієї проблеми. Висока вартість ліків, необхідність проведення регулярного гемодіалізу, а також втрата працездатності створюють значне фінансове навантаження на пацієнтів та їхні родини. Для держави ХХН теж є економічним тягарем, оскільки потребує значних інвестицій у медичну допомогу, соціальні програми та втрату продуктивності праці. Часто ХХН розглядають як ускладнення таких захворювань: цукрового діабету 2-го типу (ЦД2), артеріальної гіпертензії (АГ), полікістозу нирок та хронічного гломерулонефриту (ХГ). Незважаючи на значні досягнення в галузі нефрології, прогноз для пацієнтів з ХХН 5 стадії залишається несприятливим. Тому вивчення клінічних особливостей та розробка ефективних стратегій лікування є надзвичайно важливими для підвищення якості та подовження життя цих пацієнтів.

Мета – проаналізувати клінічні прояви ХХН, пролонгованої програмним гемодіалізом, в залежності від основного діагнозу: цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, полікістозу нирок та хронічного гломерулонефриту.

Матеріал і методи дослідження. У дослідження були включені 129 пацієнтів, які перебували на лікуванні у центрі нефрології та діалізу 1 ТМО м. Львів. Залежно від основного захворювання пацієнти були поділені на такі групи: 1 група – 29 паціє

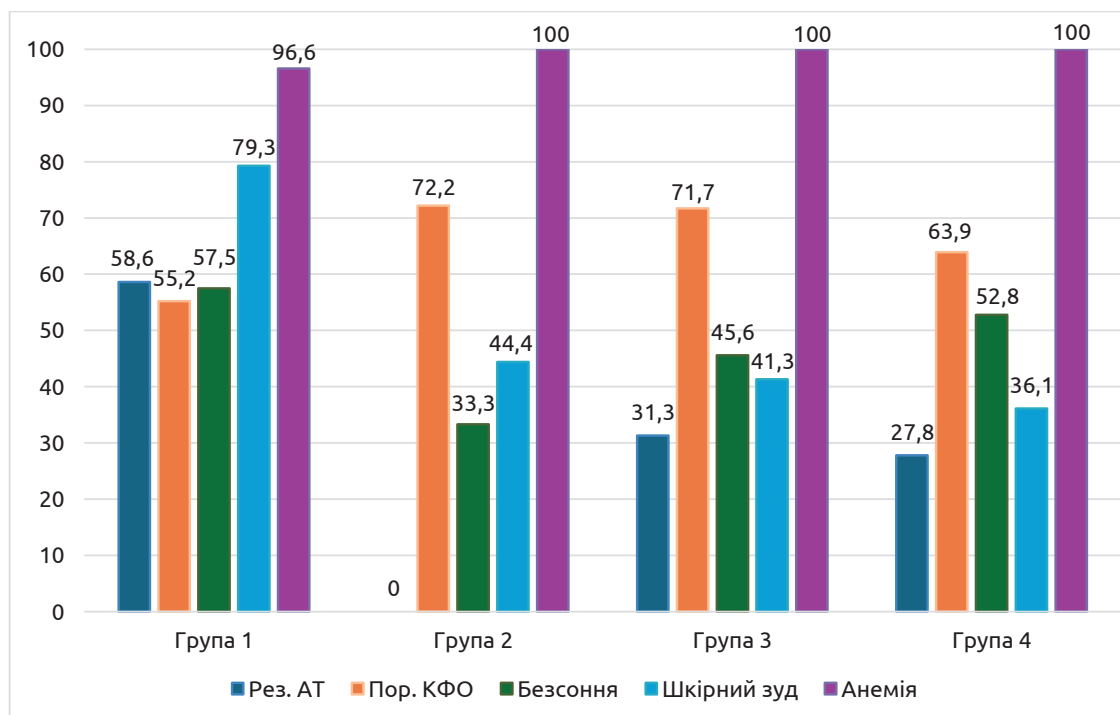


Рис. 1. Частота симптомів ХХН залежно від основного діагнозу.

гибель подоцитів викликають розвиток ренопаренхіматозної гіпертензії, яка асоціюється з резистентністю до антигіпертензивних препаратів [5]. Важливо зазначити, що окрім втрати нефронів та ренопаренхіматозної гіпертензії у виникненні РАГ можуть відігравати роль такі фактори, як

У нашому дослідженні частота уремичного свербіжу була значно вищою у групі пацієнтів з гломерулонефритом – 79,3 %, тоді як в інших групах цей показник становив близько 40,0 %. Ці дані контрастують з результатами останнього мета-аналізу уремичного свербіжу, де загальна частота свербіжу становила 43,0 %. Ця розбіжність може бути обумовлена тим, що автори не проводили поділ вибірки пацієнтів на групи за нозологіями [12].

Патогенез свербіжу при ХХН є мультифакторним та включає такі чинники: дерматологічні (порушення шкірного бар'єру та ксероз), системні (дисфункція імунної системи та підвищений рівень прозапальних цитокінів), неврологічні (нейропатія, зміни в експресії опіоїдних рецепторів), психогенні/психосоматичні зміни та метаболічні порушення (підвищений рівень уремичних токсинів, накопичення метаболічних продуктів, зміни концентрації іонів кальцію та фосфату) [13]. У виникненні свербіжу при ХХН на тлі ХГ значну роль відіграють прозапальні цитокіни, що може пояснити вищу частоту в цій групі.

Наше дослідження виявило, що порушення сну спостерігалися у 35,0–50,0 % пацієнтів, незалежно від групи, що свідчить про відсутність зв'язку з етіологією захворювання нирок. Отримані нами дані узгоджуються з результата

ЛІТЕРАТУРА

1. Колесник М., Козлюк Н., Разважаєва О. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок та пацієнтів з гострим пошкодженням нирок 20 років: надбання та перспективи. *Український журнал нефрології та діалізу*. 2022. № 4 (76). С. 3–9.
2. Okpechi I. G., Bello A. K., Levin A., Johnson D. W. Update on variability in organization and structures of kidney care across world regions. *Kidney International Supplements*. 2024. Vol. 13, No. 1, P. 6–11.
3. Smyth C. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI). *Journal of gerontological nursing*. 1999. Vol. 25, No. 12. P. 10–10.
4. Croatian Society of Nephrology, Dialysis and Transplantation, Croatian Medical Association. Smjernice za liječenje anemije u bolesnika s kroničnim zatajenjem bubrega [Clinical practice guideline for anemia management in chronic kidney disease]. *Acta medica Croatica : casopis Hrvatske akademije medicinskih znanosti*. 2009. Vol. 63, Suppl 1. P. 78–88.
5. Romagnani P., Kitching A. R., Leung N., Anders H. J. The five types of glomerulonephritis classified by pathogenesis, activity and chronicity (GN-AC). *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association – European Renal Association*. 2023. Vol. 38, Supplement 2. P. ii3–ii10. DOI: 10.1093/ndt/gfad067
6. Резистентна артеріальна гіпертензія: постановка діагнозу, оцінка та лікування. Наукове твердження Професійної осві

7. Flythe JE, Watnick S. Dialysis for Chronic Kidney Failure: A Review. JAMA. 2024;332(18):1559-73. DOI:10.1001/jama.2024.16338
8. Hu L, Napoletano A, Provenzano M, et al. Mineral Bone Disorders in Kidney Disease Patients: The Ever-Current Topic. Int J Mol Sci. 2022;23(20):12223. DOI:10.3390/ijms232012223
9. Rastogi A, et al. Management of Hyperphosphatemia in End-Stage Renal Disease: A New Paradigm. J Ren Nutr. 2021;31(1):21-34. DOI: 10.1053/j.jrn.2020.02.003
10. Combe C, Mann J, Goldsmith D, et al. Potential life-years gained over a 5-year period by correcting DOPPS-identified modifiable practices in haemodialysis: results from the European MONITOR-CKD5 study. BMC Nephrol. 2019;20(1):81. DOI:10.1186/s12882-019-1251-z
11. Gesualdo L, Combe C, Covic A, et al. Risk-based individualisation of target haemoglobin in haemodialysis patients with renal anaemia in the post-TREAT era: theoretical attitudes versus actual practice patterns (MONITOR-CKD5 study). Int Urol Nephrol. 2015;47(5):837-45. DOI:10.1007/s11255-015-0970-8
12. Simonsen E, et al. Treatment of Uremic Pruritus: A Systematic Review. Am J Kidney Dis. 2017;70(5):638-55. DOI:10.1053/j.ajkd.2017.05.018
13. Schricker S, Kimmel M. Unravelling the pathophysiology of chronic kidney disease-associated pruritus. Clin Kidney J. 2021;14(Suppl 3):i23-i31. DOI:10.1093/ckj/sfab200
14. Rehman IU, Chohan TA, Bukhsh A, Khan TM. Impact of Pruritus on Sleep Quality of Hemodialysis Patients: A Systematic Review