

НОВЫЙ НЕФРОН

Приложение к журналу «Нефрология и диализ»

№3-4 2007 [3]

20 сентября 2007 года в Малом зале Государственной думы состоялись общественные слушания на тему: «Инвалиды: право на жизнь. Проблемы обеспечения лекарствами и средствами реабилитации»

Слушания проходили под председательством первого заместителя председателя Комитета по образованию и науке, вице-президента Всероссийского общества слепых О.Н. Смолина. В президиуме находились президент Российского союза инвалидов В. А. Кузнецов, первый заместитель председателя Всероссийского общества инвалидов А. В. Клепиков, и председатель Московской Хельсинской группы Л. М. Алексеева.

Одним из важнейших пунктов обсуждения был проект обращения к Президенту Российской Федерации. На слушаниях слово было предоставлено Ирине Михайловне Христовой - председателю инициативной группы инвалидов - нефрологических больных «Право на жизнь». Тема выступления - «Мы хотим жить»:

«Сегодня у нас появилась возможность озвучить наши проблемы в стенах Государственной Думы. Мы сегодня говорим от нефрологически больных - тех, кто уже нахо-

дится на гемодиализе или перитонеальном диализе, или перенёс операцию по трансплантации почки или диализ, и тех, кому это может понадобиться в будущем.

Пакистаном. Для примера, в соседней Турции на 63 миллиона населения, диализом лечится 45 тысяч больных, а в России, по данным регистра РДО на 2006 год, только 13 тысяч. Неужели наша страна беднее? И это при том, что если человеку не провести диализ, он просто умирает.

Затем мы ждём чуда - трансплантации. Она бывает либо родственной, либо проводится пересадка трупной почки. Но и здесь нас подстерегает множество подводных камней. Закон о заборе донорского органа у трупа не совершенен, что создаёт очень большие проблемы с обеспечением донорскими органами.

На Западе, в католических странах, на стене костёла написано: «Оставь свои органы на земле, там они тебе не нужны». А у нас люди относятся к донорству с недоверием и отвращением.

Теперь о врачах. Наши медицинские вузы выпускают врачей только двух специальностей - терапевт и хирург. Затем идёт интернатура, ординатура, во время которой врач выбирает себе специализацию. Нефрологов не выпускают. Подскажите хотя бы одну поликлинику, в которой присутствовал бы врач-нефролог. Оплата врача-нефролога ниже терапевта,

дима федеральная целевая программа по решению проблем нефрологии и диализа, финансирование диализа в всей стране из федерального бюджета. Необходима программа «Почечная недостаточность», государственная программа по трансплантологии. Направленная диспансеризация всей страны людей старше 40 лет для раннего выявления болезней почек. Необходим новый, усовершенствованный закон о трансплантации. Необходима программа реабилитации больных людей, создание бесплатных санаториев, где могли бы отдыхать люди, проводящие диализ, создание возможности для диализного туризма. Необходимо решение вопроса о медикаментозном обеспечении нефрологических больных лекарственными препаратами в больницах и поликлиниках. Спасибо за внимание».

Далее на слушаниях выступил в качестве эксперта Николай Николаевич Хасабов, заместитель председателя Российского общества нефрологов:

«Уважаемые коллеги, я рад, что формируется общество нефрологических больных, диализных больных. Это действительно очень важно. Я за короткое время должен охарактеризовать, что же нам мешает работать, и я остановлюсь на трёх категориях больных. Прежде всего, это

ПРАВО НА ЖИЗНЬ

самая бесправная часть - «додиализные» больные, больные еще не получающие заместительную почечную терапию. Они ещё не стали инвалидами, но им уже требуются все те препараты, которые нужны больному, находящемуся на диализе. Им нужны препараты, которые стоят крайне дорого и которые, конечно, больной человек, который не получает высокой заработной платы, не может полноценно заниматься плодотворной трудовой деятельностью, купить себе не может. Поэтому сегодня в проекте письма я с удовольствием увидел фразу о том, что необходимо создание федерального закона, который определяет бесплатное выделение

участкового врача. В отделениях больниц тоже не хватает врачей, многие не желают работать в таких условиях. Низкая оплата труда, нехватка лекарственного обеспечения. Наши врачи часто покупают препараты на свои деньги.

Больных с нефрологическими заболеваниями становится с каждым годом всё больше и больше. Но человек после трансплантации достаточно интеллектен, адекватен и работоспособен. Хотя он и инвалид, но даже врачи советуют больным работать. А как? По закону нам запрещено работать. Предприятиям не выгодно приглашать на работу больных людей. А жить-то как-то необходимо, ведь пенсионного обеспечения не хватает. Очень дорогие медикаменты, которые приходится покупать в аптеках из-за того, что не выдают нам лекарства, необходимые для нас, или происходит это всё с большими переборами. Положение дел в нефрологии достаточно критическое и мы просим обратить на это ваше внимание. Нам необходима уверенность в завтрашнем дне, нам нужны гарантии того, что при необходимости нас могут обеспечить гемодиализом, перитонеальным диализом и трансплантацией почки. У каждого из нас есть общее равное право на жизнь, неужели у нас нет выхода. Но выход есть - это вы. Услышьте нас, мы взываем к вашему пониманию и помощи. Необходи-

В стране катастрофически не хватает диализных мест. В Чечне, на Чукотке, в Ямало-Ненецком округе диализные места вообще отсутствуют. А если человеку не провести диализ, он просто умрёт.

Диализ - это очень сложное производство. Необходимы расходные материалы, диализаторы, установка, очистка воды и бесперебойное электроснабжение. Обеспеченность диализом различается между регионами иногда в 10 раз. Это означает, что жители Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга могут попасть на диализ и имеют право на жизнь. А жители Рязани, Нижнего Новгорода, Камчатки, Сахалина, Калининграда или Ростовской области обречены на смерть.

Больные в очереди на диализ умирают прежде, чем освобождаются места. Федеральные центры прекратили работу с диализными больными. А если больному не находится места на диализе, то ему приходится искать платное, что достаточно сильно бьёт по карману. Да и не у всех людей есть такая возможность платить огромные деньги.

Мы, к сожалению, прошли эту процедуру и не желаем этого никому. Никто от этого не застрахован. Нас это всё настигло внезапно. По обеспеченности на сегодняшний день диализом Россия находится на одном из последних мест в мире - между Тунисом и



Президиум малого зала Государственной Думы.
Справа на лево: Суворова С.Ф., Клепиков А.В., Смолин О.Н., Алексеева Л.М.

ВЛИЯНИЕ ТРАВ И РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОЧКИ

(печатается с сокращениями)

Таблица 1. Поражения почек, вызываемые растительными препаратами.

Поражение почки	Травы и растительные продукты
Острый канальцевый некроз	Традиционная Африканская медицина: токсичные растения (<i>Securida longe pedunculata</i> , <i>Euphoria matabelensis</i> , <i>Callilepis laureola</i> , <i>Cape aloes</i>) Китайская медицина: <i>Taxus celebica</i> Марокко: <i>Takeout roumia</i> (paraphenylenediamina)
Папиллярный некроз	Китайские травы, содержащие phenylbutazone
Острый интерстициальный нефрит	Перуанская медицина (<i>Uno degatta</i>) Tang Shues pills
Хронический интерстициальный фиброз почек	Китайские травы, содержащие аристолохиевую кислоту (<i>Aristolochia ies</i> , <i>Akebia species</i> , Mu-tong, <i>Boui</i> , <i>Mokutsi</i>)
Синдром Фанкони	Китайские травы, содержащие аристолохиевую кислоту (<i>Akebia species</i> , <i>Boui</i> , <i>Mokutsi</i>) Китайские травы кадмий
Почечные камни	Ma huang (эфедрин) Клюквенный сок (оксалат)
Задержка мочи	<i>Datura species</i> , <i>Rhododendron molle</i> (атропин, скополамин)
Артериальная гипертензия	<i>Glycyrrhiza species</i> (китайский травяной чай, gancao, <i>Boui-ougi-tou</i>) <i>Ephedra species</i> (ma huang)
Карцинома мочевого тракта	Китайские травы, содержащие аристолохиевую кислоту

За прошедшее десятилетие отмечен значительный рост популярности «нетрадиционной медицины». Это объясняется целым рядом факторов: неудовлетворенность методами и эффективностью ранее проводимого лечения, наличие информации о неблагоприятных побочных действиях тех или иных лекарственных препаратов, ограниченный доступ к врачам, рост цен на лекарства, низкий уровень образования, а также недобросовестная реклама. Кроме того, замечено, что альтернативная терапия более совместима с ценностями многих пациентов, их верованиями, взглядами на жизнь, природу и значение здоровья и болезни.

Среди населения широко распространено представление о том, что продукты растительного происхождения являются древними естественными средствами народной медицины, более мощными и безопасными. Это мнение базируется на их обыденном применении, а не на клинических исследованиях. Необходимо отметить, что «нетрадиционная медицина» также отличается идеологией, которая в значительной степени игнорирует биологические механизмы и фундаментальные научные законы.

По недавно полученным данным почти половина населения во многих промышленно развитых странах, и до 80% населения в развивающихся странах регулярно использует альтернативную терапию (Австралия - 48 %, Франция - 49 %, Канада - 70 %). Кроме того, более 70 % пациентов не сообщают об этом факте врачам. В США 42 % жителей прибегают к «нетрадиционной медицине», среди них 12 % используют травы и растительные продукты, широко определяемые как «пищевые добавки», стоимость которых составляет около 5 миллиардов долларов ежегодно.

В большинстве стран растительные препараты не считаются лекарствами. Однако, по данным исследования патентованных азиатских аюрведических растительных продуктов было установлено, что 32% из них содержали тяжелые металлы (свинец, ртуть, кадмий, мышьяк) и лекарственные средства (эфедрин, гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты и др.) Впоследствии более чем в 500 китайских патентованных препаратах, аннотации к которым сообщали о содержании в них только естественных компонентов, также были выявлены тяжелые металлы в токсических концентрациях. Кроме того, эти препараты трав содержали до 134 различных необъявленных фармацевтических средств. Потенциальное значение этой проблемы чрезвычайно велико, в частности остается неясной степень взаимодействия лекарственных препаратов с травами и растительными продуктами.

Риск применения препаратов «нетрадиционной медицины», широко используемых в лечении многих заболеваний, может превышать потенциальную пользу, особенно среди лиц с заболеваниями почек. По-видимому, пациенты с заболеваниями почек начинают применять дополнительную терапию в форме пищевых добавок, содержащих травы, из-за неблагоприятных побочных действий или недостаточного эффекта обычных лекарственных препаратов. Однако такие факторы, как непосредственное воздействие растительных препаратов на клетки почечных канальцев, делают почки особенно уязвимыми к действию токсинов. Некоторые растительные препараты могут представлять специфический риск для пациентов с заболеваниями почек. Например, они могут содержать большое количество калия, вызывать спазм почечных сосудов, взаимодействовать с лекарствами, используемыми для лечения болезней почек. Группу особенно высокого риска в этом отношении составляют пациенты с хронической почечной недо-

статочностью, диализные больные и пациенты с трансплантированной почкой.

В результате воздействия трав и растительных продуктов на почки может развиваться острый канальцевый некроз, папиллярный некроз, острый и хронический интерстициальный нефрит, синдром Фанкони, нефролитиаз, задержка мочи, артериальная гипертензия, карцинома (табл. 1).

Аристолохиево-кислотная нефропатия
Первое сообщение о развитии интерстициального фиброза почек и быстро прогрессирующей почечной недостаточности у 9 молодых женщин, принимавших китайские травы с целью снижения веса, поступило в 1992 г. из Брюсселя. Спустя шесть лет продажа китайских средств для снижения веса в магазинах Бельгии закончилась самым драматическим образом более чем для 100 человек. Среди этих пациентов у 30% было выявлено умеренное нарушение функции почек и в 70% случаев потребовалось лечение программным гемодиализом или трансплантация почки. Впоследствии у 30 больных развилась уротелиальная карцинома верхних отделов мочевого тракта.

Подозрение, что нефротоксический эффект обусловлен использованием китайских трав, было подтверждено обнаружением в таблетках для снижения веса нефротоксичной и канцерогенной аристолохиевой кислоты (АК), извлеченной из растений *Aristolochia fangchi*, *Aristolochia mutong* и *Stephania tetrandra*. В настоящее время нефропатия, развившаяся вследствие применения этих трав, называется «нефропатия, вызванная аристолохиевой кислотой» или, менее точно, «нефропатия китайских трав».

Начиная с первых сообщений из Бельгии, сотни подобных случаев прогрессирующего интерстициального поражения почек после применения китайских трав были зарегистрированы в странах Азии, Европы и США.

В дальнейшем было установлено, что и другая смесь китайских лекарств *Boui-ougi-tou*, предназначенная для лечения тучности, вызывала тубулопатию Фанкони. Развитие синдрома Фанкони связывают с влиянием на клетки почечных канальцев глицирризиновой кислоты. Кроме того, в состав *Boui-ougi-tou* входили и разновидности *Aristolochia* (*Aristolochia fangchi* или *Aristolochia heterophylla*), содержащие АК, которые, в дополнение к глицирризиновой кислоте, вызывали повреждение почек.

Необходимо подчеркнуть, что предшествующее заболевание почек является грозным фактором риска повреждения почек при приеме нефротоксических трав, поскольку у пациентов с хроничес-

кими заболеваниями почек имеется повышенная восприимчивость к воздействию АК.

Известно три варианта проявлений аристолохиево-кислотной нефропатии: острый канальцевый некроз с ОПН (7%), синдром Фанкони (12%) и хроническая тубулоинтерстициальная нефропатия (81%).

Самое характерное проявление АК-нефропатии - быстро прогрессирующая почечная недостаточность. На ранних стадиях болезни отмечается тяжелая анемия, в моче обнаруживается глюкоза, небольшие количества белка, лейкоциты. Первоначально у половины пациентов сохраняется нормальное АД. У некоторых пациентов было выявлено поражение аортального клапана с развитием его недостаточности, в настоящее время установлено, что вовлечение в процесс аортального клапана обусловлено содержанием в таблетках для снижения веса также и препарата *fenfluramine*.

В 1994 г. при исследовании удаленных при трансплантации собственных почек больных с АК-нефропатией было обнаружено, что эпителий верхних отделов мочевого тракта содержит атипичные клетки. В последующем был подтвержден высокий риск возникновения уротелиальной карциномы верхних отделов мочевого тракта. Отмечено, что приблизительно у половины пациентов с конечной стадией почечной недостаточности в течение от 2 до 6 лет после прекращения приема токсина развивается уротелиальная карцинома.

В лечении АК-нефропатии успешно использовались кортикостероидные гормоны. Установлено, что у некоторых пациентов стероиды фактически замедляли развитие конечной стадии болезни почек на 1-3 года.

Острый канальцевый некроз, острая почечная недостаточность.

В тропических странах Африки и Азии традиционно используют пищевые добавки, содержащие нефротоксичные растения. Одно из таких растений, используемое как в кулинарии так и в народной медицине, *djenkol bean*, острый пахучий съедобный плод дерева *Pithecellobium labatum*. При экспериментальном исследовании применение в качестве добавки к корму у обезьян, крыс и мышей экстракта этого растения вызывало развитие тяжелого канальцевого некроза.

В Южной Африке при лечении большого числа различных заболеваний широко используется традиционное средство «Impila» из корней растения *Callilepis laureola*, содержащее известный яд (*atractyloside*). При его применении возможно токсическое повреждение не только почек, но и печени. Почечное повреждение характеризуется острым некрозом канальцев, ведущим к развитию почечной недостаточности.

Имеются сообщения о развитии ОПН у лиц, употребляющих дикие грибы, содержащие нефротоксин



орелланин (*orellanine*), препараты алоэ (*Cape Aloes*), общеизвестное слабительное, полученное из листьев *Aloe ferox Miller* и содержащее aloesin (или aloeresin B) и aloeresin A.

Популярная перуанская трава ункария волосистая (*Uncaria tomentosa*), называемая также «кошачий коготь - cat's claw», приготовленная из древесной виноградной лозы, растущей в бассейне Амазонки, используется при различных заболеваниях (цирроз печени, гастрит, гоноррея, раковые образования женского полового тракта, ревматизм и др.). Описан случай развития ОПН у пациента с системной красной волчанкой, получавшего лечение этой травой.

При использовании народных растительных средств в Африке чрезвычайно часто развивается ОПН (до 35 % наблюдений среди всех случаев ОПН) [1,26,49]. Установлено, что поражение почек вызывают: *Securidaca longepedunculata* (фиолетовое дерево - содержит метилсалицилат и сапонин); *Euphorbia matabelensis* (молочай - содержит латекс) и *Crotalaria laburnifolia* (в составе гепатотоксичные алкалоиды). Но большинство веществ, вызывающих ОПН, их токсикологические характеристики и механизмы повреждения почек до настоящего времени остаются не изученными.

В Китае для лечения сахарного диабета широко используется экстракт *Taxus celebica* (содержит sciadopi-tysin, тип флавоноида), после приема 120-150 г которого описаны случаи развития острого канальцевого некроза.

При лечении бронхиальной астмы, симптомах простуды и гриппа, лихорадки и озноба, головных и других болях, отеках и дыхательной недостаточности используют траву Ma huang, которая применяется в форме чая (эквивалентно 15-30 мг эфедрина) с максимально рекомендуемой ежедневной дозой 150 мг. Ma huang может вызывать артериальную гипертензию, тахикардию, инсульт. Алкалоиды эфедры представляют большой риск для здоровья пациентов с заболеваниями почек, склонных к артериальной гипертензии. Сообщалось о случаях формирования почечных камней из метаболитов эфедрина.

При использовании таких трав как *Datura metel* или *Rhododendron molle* в больших дозировках появляются симптомы острой антихолинергической интоксикации: кома, лихорадка, тахикардия, гиперемия и сухость кожи, расширение зрачков, сухость во рту и острая задержка мочи.

Травы, влияющие на уровень электролитов в сыворотке крови

Некоторые лекарственные растения могут влиять на уровень электролитов в сыворотке крови. Так, влияние лакричника (*Glycyrrhiza glabra*), используемого в микстурах от кашля и в 74 % китайских травяных чаев, было впервые описано 50 лет назад. Корень лакричника, особенно при его использовании в высоких дозах в течение длительного периода времени, имеет хорошо известный псевдоальдостероновый эффект, что может проявляться головной болью, сонливостью, задержкой натрия и воды, снижением уровня калия в крови, метаболическим алкалозом, артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью и остановкой сердца. Механизм этого эффекта связан с содержащейся в корне лакричника глицирризиновой кислотой, которая в подавляет фермент, способствующий превращению кортизола в кортизон. Кортизол накапливается в почке и стимулирует рецепторы альдостерона в клетках собирательных трубок, таким образом, увеличивая всасывание натрия. Задержка натрия ведет к повышению АД с соответствующим уменьшением уровня калия. В свою очередь, гипокалиемия может увеличить токсичность лекарств, содержащих дигиталис.

Некоторые растительные препараты, используемых как слабительные (травы сенны (*Sennae alexandria*), ревеня (*Rheum officinale*), кора кустарника каскара саграда (*Rhamnus purshiana*)), могут также привести к дисбалансу электролитов, особенно к гипокалиемии [59].

С другой стороны, одуванчик (*Taraxacum officinale*), крапива (*Urtica dioica*), хвощ (*Equisetum arvense*) и люцерна (*Medicago sativa*) содержат значительные количества калия и могут вызвать гиперкалиемию, особенно у пациентов с нарушением функции почек. Особенно высоким содержанием калия отличается сок плода *Morinda citrifolia* - 56,3 mEq/L.

Лекарственные растения с мочегонной активностью.

Травы с мочегонной активностью нередко вызывают интерес у пациентов с ХПН, полагающих, что растительные препараты способны стимулировать снижающуюся

функцию почек и, таким образом, задерживать потребность в диализе. Традиционно в качестве мочегонных средств используются: ягоды можжевельника (*Juniperus communis*), петрушка (*Petroselinum crispum*), одуванчик (*Taraxacum officinale*), корень спаржи (*Asparagus officinalis*), любисток (*Levisticum officinale*), золотой корень (*Solidago virgaurea*), медвежьих ушки (*Arctostaphylos uva ursi*), крапива (*Urtica dioica*) и люцерна (*Medicago sativa*). Большинство из этих трав более точно можно называть акваретиками (то есть препаратами, выводящими воду). Некоторые действуют как прямые раздражители канальцевых клеток, а другие могут изменить содержание электролитов в сыворотке с соответствующими сердечно-сосудистыми последствиями. Травы с различными степенями мочегонной активности требуют осторожности в применении даже у здоровых индивидуумов, и должны вызывать особенное беспокойство при их использовании у больных с заболеваниями почек.

Лекарственные растения, усиливающие риск развития нефролитиаза.

Растения с высоким содержанием щавелевой кислоты, такие как ревеня (*Rheum officinale*) могут способствовать формированию почечных камней. В течение нескольких десятилетий для профилактики и лечения инфекций мочевого тракта широко использовалась клюква (*Vaccinium macrocarpon*), родственная североамериканскому растению *Vaccinium* genus. Полагают, что бактериостатическое действие сока клюквы обусловлено выделением гиппуровой кислоты и подкислением мочи. Более того, считается, что сок клюквы в случае инфекции *E. Coli* может воздействовать на сами бактериальные клетки, однако эффект сока клюквы клинически не доказан. Кроме того, прием концентрата клюквы сопровождается увеличением экскреции оксалатов с мочой и, таким образом, может способствовать кальций-оксалатному нефролитиазу у пациентов с риском камнеобразования.

Растительные продукты, содержащие тяжелые металлы, лекарственные препараты или гормоны.

Аюрведической медициной, зародившейся в Индии больше чем 2000 лет назад и использующей травы, полные ископаемые и металлы, пользуются приблизительно 80% людей из миллиардного населения Индии. В последние годы отмечается рост популярности древнеиндийской медицины и в западных странах. Однако во многих средствах аюрведической медицины, как и в китайских патентованных препаратах, якобы содержащих только естественные компоненты, были обнаружены токсические концентрации тяжелых металлов, вызывающих тубулоинтерстициальный нефрит.

В литературе описан случай, когда у 34-летней домохозяйки, принимавшей микстуру из китайских трав для укрепления здоровья, развился синдром Фанкони и нефрогенный диабет. В моче этой пациентки был обнаружен кадмий в концентрации, превышающей нормальную в 50 раз.

Известен случай быстрого развития диализ-зависимой ОПН после лечения таблетками Tung Shueh в течение 4 недель по поводу болей в суставах. Был проанализирован состав пилюль Tung Shueh, и выявлены в качестве добавочных компонентов диазепам и мефенамовая кислота.

Сообщалось о 73-летней женщине из Малазии с остеоартрозом, у которой развилась почечная недостаточность в результате ежедневного приема 2 таблеток растительного препарата на протяжении 10 лет. От приема других анальгетиков пациентка отказывалась, а препараты из трав были легко доступны в китайских магазинах. Анализ применявшегося этой больной препарата установил наличие 120 мг фенилбутазона в каждой таблетке.

Отравление смесью краски хны и парафенилиндиамина вызывает острое повреждение поперечно-полосатой мускулатуры и отек верхних отделов дыхательных путей тяжелой дыхательной недостаточностью. Отравление парафенилиндиамином известно на протяжении многих лет и описывалось в основном в странах Среднего Востока или Японии в контексте случайного, или намеренного, с суицидальной целью приема внутрь, а также вследствие применения компрессов (особенно после паровой бани). В Марокко женщины традиционно используют "Takaout El Badia" - пудру из семян местного дерева *Tamaris orientalis* - как краску для волос. Так как традиционная смесь менее доступна, ее заменяют "Takaout Roumia" - очень токсичным составом, содержащим парафенилиндиамин. В этой стране ОПН, вызванная Takaout, составляет 10% случаев острого тубулярного некроза, 50% от всех случаев рабдомиолиза и 2/3 смертей, связанных с отравлениями.

Взаимодействие трав с обычными лекарствами.

Высокий риск осложнений связан с применением растительных препаратов и биологически активных пищевых добавок у пациентов с трансплантированной почкой. Так, применение зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum*) приводит к серьезным неблагоприятным эффектам - воздействию на ферменты печени ускоряет

разрушение широкого спектра назначаемых лекарств, включая противовирусные препараты, дигоксин, варфарин, теофиллин, оральные контрацептивы, что может привести к клинически серьезным последствиям. Например, сообщалось о снижении накопления дигоксина на 25% у здоровых добровольцев и о снижении всасывания индинавира на 50%. Самым используемым в Германии антидепрессантом является «сусло Св.Джона» (*St. John's*), также полученное из растения *Hypericum perforatum*. Этот препарат с древних времен использовался для лечения депрессии и беспокойства. Его эффективность сравнивается с некоторыми установленными стандартами лечения. Совместный прием пациента с трансплантированной почкой зверобоя и циклоспорина или такролимуса может привести к развитию реакции отторжения трансплантата за счет снижения уровня препаратов в сыворотке крови ниже терапевтических значений.

Одним из самых популярных в Европе средств для лечения деменции является экстракт *Ginkgo biloba*, состоящий из нескольких флавоноидов, терпеноидов, органических кислот и обладающий антиоксидантным действием. Его эффективность в лечении нарушений памяти, деменции, шума в ушах, перемежающейся хромоты доказана клиническими исследованиями. Однако было отмечено, что *Ginkgo biloba* нельзя назначать пациентам с сопутствующим нарушением свертывания крови. Соответственно, одновременное назначение *Ginkgo biloba* и таких препаратов, как аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты, варфарин и гепарин противопоказано. Использование *Ginkgo biloba* у пациентов с заболеваниями почек требует особой осторожности из-за высокого риска геморрагических осложнений.

Заключение.

Понимание опасностей, связанных с использованием методов нетрадиционной медицины в последние годы увеличилось. Трагические исходы нефропатии, вызванной применением трав и растительных продуктов и признанной только около 10 лет тому назад, привели к проведению существенных исследований и прогрессу в области нефрологии и онкологии.

Можно сделать вывод о наличии достаточных доказательств того, что аристолохиевые кислоты являются мощными нефротоксичными и онкогенными веществами. Растения, содержащие аристолохиевую кислоту, вызывающую тяжелую нефропатию с быстрой прогрессирующей к конечной стадии болезни и резко увеличивающие риск развития карциномы, как и препараты, в состав которых входят тяжелые металлы и недеklarированные лекарственные средства, абсолютно противопоказаны к использованию и должны быть запрещены к продаже по всему миру.

В нескольких странах изъяли из продажи и запретили импорт средств с канцерогенным и нефротоксичным эффектами (табл.2).

Пациенты с трансплантированной почки должны знать о потенциальном риске осложнений при использовании лекарственных растений, которые могут вызвать уменьшение эффекта иммунодепрессантов.

Некоторые растительные средства, такие как корень лакричника, сенна, каскара и ревеня могут влиять на содержание калия в сыворотке крови или увеличивать риск образования почечных камней с высоким содержанием щавелевой кислоты.

Учитывая социальную значимость проблемы, связанную с использованием широкими слоями населения альтернативной медицины, необходимо строгое государственное регулирование рынка растительных препаратов, его эффективности и безопасности. Не может быть двух видов медицины - обычной и альтернативной. Альтернативные способы лечения должны быть подвергнуты научному испытанию не менее строгому, чем фармацевтические средства. Наступило время для научного медицинского сообщества заявить об опасности нетрадиционной медицины.

профессор Волгуна Г.В.
Московский государственный
медико-стоматологический университет,
г. Москва

Таблица 2. Препараты, содержащие растения *Aristolochia* и токсичные производные аристолохиевой кислоты.

<i>Akebia</i>	<i>Menispermum</i>
<i>Asarum</i>	<i>Mu Tong</i>
<i>Bragantia</i>	<i>Sinomenium</i>
<i>Clematis</i>	<i>Soussurea lappa</i>
<i>Coccus</i>	<i>Stephania</i>
<i>Diploclisia</i>	<i>Vladimiria souliei</i>



ПОЧЕЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Мочекаменная болезнь, называемая также уролитиазом или нефролитиазом, является весьма распространенным заболеванием. Она существует очень давно. Например, у древнеегипетских мумий (около 4000 лет до н.э.) обнаруживали камни в почках и мочевом пузыре. Заболевание встречается практически во всех странах мира.

Причин возникновения мочекаменной болезни очень много. Согласно современным представлениям, важное место занимают врожденные патологические изменения, которые можно разделить на 3 группы:

- энзимопатии – нарушения обменных процессов в организме или нарушения функции почечных канальцев в результате отсутствия или недостаточности какого-либо фермента. Наиболее распространенными в средней полосе России являются оксалурия, цистинурия, уратурия.
- пороки развития **мочевых путей** (удвоение и дистопия почки, подковообразная почка, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, сужение мочеточника и другие)
- наследственные синдромы.

Причиной развития мочекаменной болезни могут быть нарушения оттока мочи при беременности.

Также к причинам образования камней относятся климатические и геохимические условия, особенности питания и т.д. Несомненную роль играют температура и влажность воздуха, состав питьевой воды и насыщенность ее минеральными солями. Установлено, что у жителей жарких стран в результате усиленного пототделения и обезвоживания организма моча становится более концентрированной, что может способствовать камнеобразованию.

Географические условия определяют характер питания населения, который в свою очередь влияет на состав мочи и ее pH. Растительная и молочная пища способствуют ощелачиванию мочи, мясная – ее окислению. Питьевая вода, перенасыщенная известковыми солями ("жесткая" вода), уменьшает кислотность мочи и вызывает избыток в организме солей кальция.

Образованию камней способствует и некоторые заболевания. Одной из причин мочекаменной болезни может являться гиперпаратиреоз – повышенная функция паращитовидных желез, вызывающая нарушение фосфорно-кальциевого обмена. Повышенное содержание кальция в крови наблюдается и при травме костей, остеопорозе, остеомиелите, в связи с чем эти заболевания часто осложняются мочекаменной болезнью.

Важную роль в развитии мочекаменной болезни отводится воспалительным процессам в почках. Бактериальное воспаление способствует возникновению различных изменений в слизистой оболочке чашечно-лоханочной системы и нарушениям функции почечной паренхимы. В связи с этим пиелонефрит, часто наслаивающийся на аномалии развития и врожденные и приобретенные тубулопатии, играет весьма важную роль в камнеобразовании. Это подтверждается исследованиями, при которых установлено наличие бактерий в ядре удаленных камней. Инфекция способствует образованию камней, особенно в случаях возникновения застоя мочи, который может быть обусловлен также тугим пеленанием детей в нефизиологическом положении или ношением за спиной, а у взрослых – длительным лежачим положением, например вследствие ожогов и травм.

На последних этапах механизма образования камней в почке важное значение имеет характер соотношения кристаллов минеральных веществ и защитных коллоидов в моче. Этот механизм объясним с позиций коллоидно-кристаллоидной теории, согласно которой в моче содержатся защитные коллоиды, препятствующие

кристаллизации солей. При нарушении функции почек в моче появляется большое количество веществ (полисахаридов и мукопротеидов), которые нарушают коллоидное равновесие. Накопление находящихся в перенасыщенном растворе мочи кристаллоидов и выпадение их в осадок с последующей кристаллизацией ведет к образованию камней (по аналогии со школьным опытом, когда карандаш с ниткой опускают в перенасыщенный теплый раствор соли и при остывании раствора происходит образование кристаллов соли на конце нитки).

Этот опыт также объясняет матричную теорию образования камня. Согласно этой теории при камнеобразовании первоначально образуется белковая основа, а затем уже вторично откладываются соли.

По химическому составу камни делятся на оксалаты, фосфаты, ураты и карбонаты.

Оксалатные камни образуются из кальциевых солей щавелевой кислоты. Эти камни плотные, черно-серые, шиповатые.

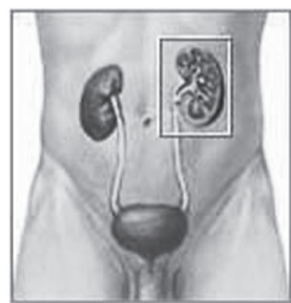
Фосфатные камни содержат кальциевые соли фосфорной кислоты. Поверхность их гладкая, форма различная, консистенция мягкая.

Уратные камни состоят из мочевой кислоты и ее солей. Камни имеют кирпично-красный цвет, плотную консистенцию.

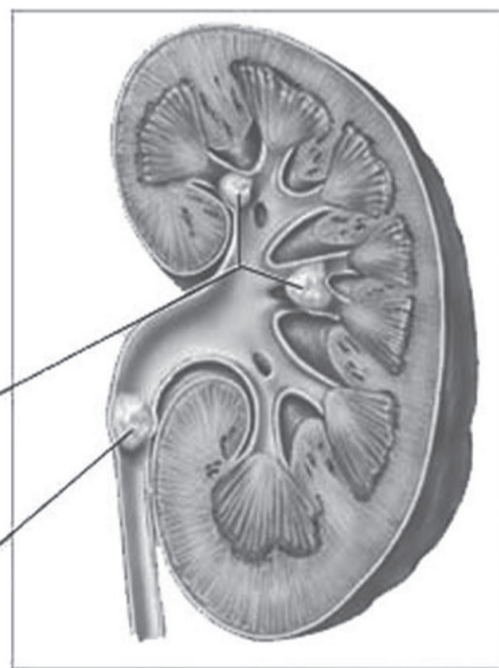
Карбонатные камни образуются из кальциевых солей угольной кислоты. Они белого цвета, различной формы, мягкие.

Реже встречаются цистиновые, белковые и холестериновые камни.

Камни могут локализоваться в чашечках и почечной лоханке, в мочеточнике, мочевом пузыре, могут быть одиночными или множественными. Величина их самая разнообразная – от 0,1 см до 10-15 см и более. Нередко камень выполняет всю чашечно-лоханочную систему как слепок. Такие камни называются коралловидными.



Камень почечной чашечки



Камень мочеточника

Симптомы и клиника мочекаменной болезни.

Наиболее характерным симптомом мочекаменной болезни является боль в поясничной области, особенно приступообразная (почечная колика). Локализация боли и иррадиация (куда боль отдает) зависят от расположения камня. Большие камни лоханки малоподвижны и вызывают тупую боль в поясничной области. Характерна связь боли с движением, особенно тряской ездой. Боль в поясничной области часто иррадирует



по ходу мочеточника, в подвздошную область. При таких болях с правой стороны необходимо дифференцировать почечную колику с острым аппендицитом. При продвижении камня вниз по мочеточнику последовательно меняется иррадиация боли, она начинает распространяться ниже в паховую область, бедро, яичко и головку полового члена у мужчин, и половые губы у женщин.

Самая сильная боль при мочекаменной болезни – приступ почечной колики. Причиной ее является внезапное прекращение оттока мочи, вызванное закупоркой верхних мочевых путей камнем. Нарушение оттока мочи приводит к переполнению лоханки мочой, повышению давления в ней, что в свою очередь вызывает раздражение рецепторов чувствительных нервов фиброзной капсулы. Затем боль нарастает ввиду нарушения микроциркуляции крови в почке.

Важным проявлением мочекаменной

болезни является также нарушение мочеиспускания – дизурия. Выраженность дизурии зависит от положения камня в мочеточнике. Чем ниже камень, тем сильнее расстройство мочеиспускания – резь, жжение, частые позывы. Возможно при продвижении камня по мочеточнику появление крови в моче.

Осложнениями мочекаменной болезни являются:

- острый пиелонефрит;
- хронический пиелонефрит;
- почечная недостаточность.

Методы диагностики мочекаменной болезни:

- Ультразвуковая диагностика (УЗИ);
- Хромоцистоскопия;
- Рентгенологические исследования:
 1. Обзорный снимок;
 2. Экскреторная урография;
 3. Ретроградная уретеропиелогрфия;
 4. Компьютерная томография.

Лечение мочекаменной болезни:

Консервативное лечение направлено на ликвидацию боли и воспаления, на профилактику рецидивов и осложнений. Применения консервативного лечения возможно у больных с небольшими камнями, при отсутствии повышения температуры тела и осложнений.

Для купирования болевого синдрома применяют различные спазмоанальгетические средства (но-шпа, баралгин, спазган, максиган, ревалгин и т.д.). Также для стимуляции отхождения камней используют препараты терпенового ряда (цистенал, уролесан). Надо помнить, что прием этих препаратов может усилить боль, поэтому применять их необходимо только в стационаре!

Растворение камней возможно только в тех случаях, когда они являются уратными, т.е. состоят из мочевой кислоты. Для этого применяются специальные лекарственные средства в составе комплексной терапии. Никакие другие камни растворению не поддаются!

Большую роль при мочекаменной болезни играет диета. Ее назначают в зависимости от вида нарушения солевого обмена. При мочекаислых камнях необходимо ограничить прием продуктов, способствующих образованию мочевой кислоты (субпродукты, мясо, бульоны, кофе, шоколад, томаты, виноград). При фосфатных камнях моча имеет щелочную реакцию. Таким больным необходима диета, предусматривающая меньшее введение щелочных продуктов. Назначают преимущественно мясную пищу, исключают молоко, овощи, фрукты. Помимо мяса, рекомендуют употреблять рыбу, сало, мучные блюда, растительные жиры. При оксалатных камнях ограничивают введение в организм щавелевой кислоты, исключают шпинат, салат, щавель, уменьшают употребление картофеля, моркови, молока.

Важное значение имеет санаторно-курортное лечение. Однако к назначению минеральных вод надо относиться с осторожностью! Их чрезмерное употребление, неконтролируемое изменение pH мочи, может ухудшить течение заболевания! Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать после отхождения камня или его удаления, а также при растворении уратных камней. При уратных камнях назначают щелочные минеральные воды (боржом, смирновская, славяновская, эссентуки № 4 и 17). Больным с оксалатным литиазом назначают слабоминерализованные воды (эссентуки № 20, нафтуса, саирме). При фосфатном литиазе показаны подкисляющие мочу воды (доломитный нарзан, нафтуса, арзни).

Оперативное лечение мочекаменной болезни включает в себя т.н. открытые оперативные пособия, эндоскопические манипуляции, а также дистанционную литотрипсию, иначе называемую дроблением.

Открытые операции включают удаление камня классическим способом с помощью разреза, или же удаление почки. Удаление почки производят в связи с развитием острого гнойного пиелонефрита, когда большая часть почки разрушена и представляет собой один большой гнойник. Такая операция называется нефрэктомия. Операция по удалению камня называется литотомия и в зависимости от локализации камня будет именоваться

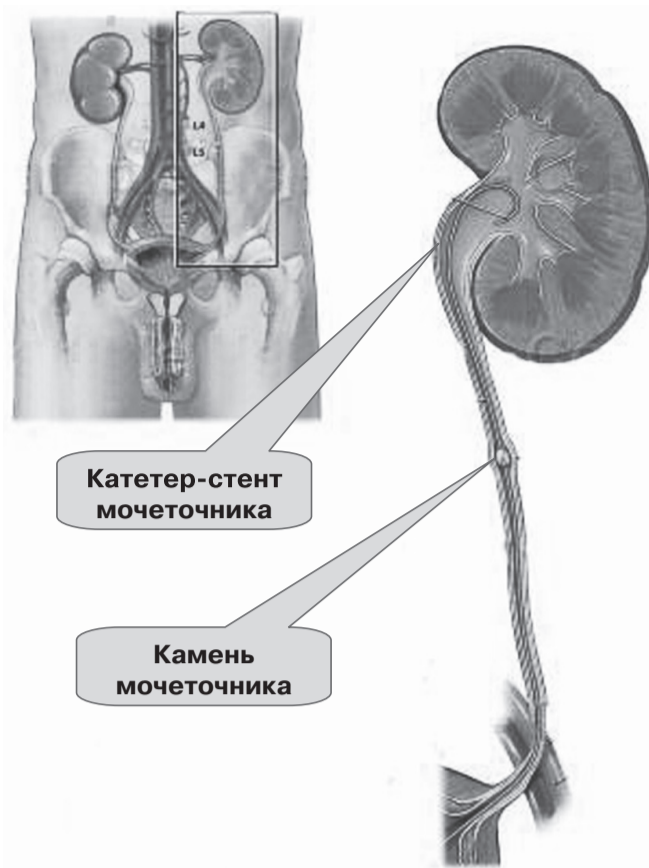
пиелолитотомия (камень лоханки) или уретеролитотомия (камень мочеточника). Осложнения этих пособий общеизвестны – риск анестезии, нагноение, образование мочевых затеков и т.д. Но есть и весомые преимущества – камень удаляется, как правило, целиком, при хорошо выполненной операции процесс выздоровления до снятия швов занимает около 10 дней. После операции больные активизируются достаточно рано – на 2-3 день.

Эндоскопические операции (без разреза в общепринятом восприятии) выполняются двумя способами. Первый, т.к. называемый “снизу” – удаление камней из мочеточника путем последовательного введения в него различных инструментов через естественные отверстия: мочеиспускательный канал – мочевого пузыря – устье мочеточника. Второй способ, “сверху” – удаление камня из почки или мочеточника путем проведения различных инструментов через искусственно наложенное отверстие в почке – нефростому. Нефростомия выполняется путем прокола почки через кожу под контролем ультразвукового аппарата. Преимуществами данных способов являются отсутствие разрезов, ранняя активизация пациента и т.д. К осложнениям можно отнести также риск анестезии, возможность оставления в мочевых путях фрагмента камня, а также развитие кровотечения, что может потребовать перехода к выполнению открытой операции, о чем врач должен предупреждать пациента заранее. Кроме того, не все камни изначально возможно удалить эндоскопически.

Стоит также отметить катетеризацию мочеточника. Этот метод показан для временного отведения мочи из почки при неэффективности консервативной терапии для снятия болевого синдрома, а также при первых признаках начала

острого обструктивного пиелонефрита. Мочеточниковый катетер представляет собой тонкую трубочку, которую проводят в мочеточник, выше камня, до почечной лоханки. Неудобствами данного метода является лежащее положение больного на весь срок стояния катетера (до нескольких дней). Если пациент будет активен, катетер может самопроизвольно отойти из мочеточника и процедуру необходимо будет повторять. Для длительного дренирования почки существует катетер-стент, имеющий на своих концах завитки, которые не дают ему смещаться. Катетер-стент практически не нарушает обычной жизнедеятельности пациента, и может находиться в мочеточнике в течение длительного времени (до 1-1,5 месяцев). Также дренирование мочеточника стентом возможно и до проведения дистанционного дробления камня для профилактики закупорки мочеточника осколками, а также в послеоперационном периоде, когда стент устанавливается в мочеточник во время операции. Стандартная процедура установки мочеточникового катетера или стента требует проведения цистоскопии.

Особняком стоит метод дистанционной литотрипсии, или выражаясь народным языком “дробление”. Создаваемые вне организма короткие импульсы энергии в виде ударных волн фокусируются на камне. Давление в зоне фокуса ударных волн достигает 160 мПа, что приводит к разрушению камня. Наведение зоны высокого давления на камень осуществляется с помощью рентгеновского аппарата или ультразвукового сканирования. После этого к телу пациента подводят ударную головку и проводят сеанс дробления. В настоящее время литотрипсию выполняют под общим обезболиванием. Бытующее в народе мнение, что дробление является панацеей от всех камней,



хотелось бы развеять. Не все камни можно дробить, т.к. фокусное пятно имеет определенный диаметр. Хорошо поддаются дроблению камни размером до 1,0 см. При наличии воспалительных изменений в мочевых путях дробление противопоказано. Нередко для разрушения камня требуется не один сеанс литотрипсии, а перерыв между ними составляет в среднем не менее 5-7 дней, поэтому процесс избавления от камня затягивается на длительное время. Для прогнозирования количества сеансов в настоящее время при

помощи мультиспиральной томографии возможно измерение плотности камня. После того, как камень раздроблен, возникает проблема выведения осколков. Для этого применяются консервативные методы, описанные выше. Однако, случается, что осколки застревают в мочеточнике, нарушают отток мочи из почки, что может потребовать классического оперативного пособия. Кроме того, к счастью редко, но бывают случаи травмы почки при дроблении, т.к. свою порцию ударных волн получает и непосредственно вещество почки. Вопрос о дроблении камня должен решаться индивидуально, и если врач рекомендует вопреки вашему настрою другой способ лечения, отнеситесь к этому серьезно и обсудите с ним все нюансы, выслушайте его аргументы.

ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТАМ ИЗ ГРУПП РИСКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕК КАЖДЫЕ 6 МЕСЯЦЕВ И СВОЕВРЕМЕННОЕ ОБРАЩЕНИЕ К ВРАЧУ-УРОЛОГУ.

к.м.н. врач-уролог **Савельев С. Н.**
зав. отд. урологии клинической больницы №1
Медицинский центр управления делами
Мэрии Москвы

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ЧТО ТАКОЕ ИММУНОСУПРЕССИЯ?

После операции, а иногда и до нее, Вам назначат лекарства для предотвращения отторжения. Они называются “иммунодепрессантами” или “иммуносупрессорами”, потому что их цель – подавить Вашу иммунную систему, чтобы она не атаковала и не повредила новую почку. Механизм действия у применяемых при трансплантации почки препаратов различный, но все они, так или иначе, подавляют деятельность лимфоцитов. Все современные схемы иммуносупрессии основаны на Циклоспирине, который не дает лимфоцитам переходить в активированное состояние. Из препаратов, тормозящих размножение лимфоцитов, применяются азатиоприн или производные микофеноловой кислоты. Стероидные гормоны (преднизолон и метипред) уменьшают воспаление – естественную реакцию организма на повреждение или “интервенцию” (примером такого воспаления является сыпь на коже при аллергической реакции на какой-либо пищевой продукт или лекарство). А в некоторых случаях, у пациентов с повышенным риском отторжения применяется 4-х компонентная схема иммуносупрессии – к лечению добавляются антилимфоцитарные антитела (моно- или поликлональные). Одним из новейших препаратов этой группы является Симулект, успешно применяемый с целью профилактики острого отторжения.

В последние годы в клинической практике помимо «классических» препаратов циклоспорина, преднизолона и азатиоприна, для предупреждения и лечения отторжения трансплантата стали применяться и другие средства, отличающиеся узконаправленным действием и позволяющие достичь дальнейшего улучшения результатов лечения. К таким препаратам относятся производные микофеноловой кислоты – Селлсепт и Майфортик. Доказано, что эти препараты улучшают выживаемость трансплантата. Майфортик представляет собой натриевую соль микофеноловой кислоты, покрытую специальной кишечнорастворимой оболочкой, что существенно уменьшает побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и дает возможность

избежать связанной с побочными эффектами отмены препарата. Однако базисным препаратом остается циклоспорин (Сандимун Неорал®).

Что такое Неорал?

Что же такое НЕОРАЛ® и с какой целью врач назначил Вам этот препарат?

НЕОРАЛ® – это иммуносупрессивный препарат. После пересадки чужеродного органа (почки, сердца и др.) иммунная система организма, а именно клетки крови – лимфоциты, будут стараться избавиться от чужеродной ткани.

Для предотвращения этого процесса врачи назначают пациенту, так называемую, иммуносупрессивную терапию. НЕОРАЛ® (циклоспорин) является основным в этой группе препаратов. Он дезактивирует действие Т-лимфоцитов (Т-лимфоциты один из видов лимфоцитов) так, что они перестают атаковать чужеродные органы.

Лечение НЕОРАЛОМ® (циклоспорином) является непростым делом и требует соблюдения пациентом ряда правил:

1. Дозу препарата Вам установит врач индивидуально.
2. При изменении дозы врач должен учесть клинические и лабораторные параметры, а также его концентрацию в крови.
3. НЕОРАЛ®, как правило, назначают в комбинации с кортикостероидами (метилпреднизолоном или преднизолоном), азатиоприном, Селлсептом или Майфортиком.
4. НЕОРАЛ® следует принимать 2 раза в день (суточная доза делится пополам), разница во времени приема должна быть 12 часов.
5. Капсулы принимают, проглатывая их целиком (не разжевывая) и запивая жидкостью (ни в коем случае нельзя использовать с этой целью грейпфрутовый сок). Капсулы НЕОРАЛА® имеют характерный запах, что считается нормальным. Препарат следует хранить при комнатной температуре, недопустимо хранение в холодильнике или на открытых солнечных лучах.

6. При приеме жидкой формы при помощи шприца набирают необходимую дозу и переливают в стеклянную или керамическую посуду (пластмассовую посуду использовать нельзя), смешивают с молоком, какао или соком (кроме грейпфрутового), и сразу выпивают. Шприц для набора не должен входить в контакт с жидкостью, которой разбавляют препарат. После приема НЕОРАЛА® прополощите ротовую полость.

Эта форма нестабильна при длительном нахождении на свету. После вскрытия флакона его необходимо использовать в течение 2 месяцев. Хранить при комнатной температуре в защищенном от света месте, но не в холодильнике.

7. В день очередного визита к врачу НЕОРАЛ® не принимают до взятия крови на анализ. Возьмите с собой препарат, чтобы принять его, как только у вас возьмут кровь. Не удивляйтесь, если Вас попросят еще раз сдать кровь на анализ через 2 часа после приема очередной дозы препарата. Определение концентрации НЕОРАЛА® через 2 часа после приема препарата позволит врачу более точно подобрать необходимую Вам дозу, это относится только к НЕОРАЛУ®, и не относится к циклоспорином от других производителей, т.к. они не имеют микроэмульсионной лекарственной формы.
8. В случае невозможности по месту жительства определить концентрацию НЕОРАЛА® необходимо взять кровь в специальную пробирку, поместить ее в термос со льдом и с посылным передать в лабораторию, где определяется концентрация НЕОРАЛА®.
9. При появлении любых побочных явлений следует немедленно обратиться к врачу.

Одновременный прием других лекарств может влиять на эффективность лечения НЕОРАЛОМ®. Такие препараты как Дифлюкан, Низорал, Эритромицин, Доксциклин, аминогликозиды, пероральные контрацептивы, пропафенон, верапамил могут повышать концентрацию НЕОРАЛА® в крови.

Поэтому перед тем как принимать эти препараты, посоветуйтесь с врачом, который проводит лечение НЕОРАЛОМ®. Сульфадимезин, Бисептол, Рифампицин – напротив, снижают концентрацию НЕОРАЛА®. Так как многие медикаменты могут изменять действие НЕОРАЛА®, все другие назначения необходимо согласовывать с Вашим врачом, который проводит лечение.

В настоящее время, в связи с появлением на рынке так называемых «генериков» циклоспорина, Вам могут предложить заменить НЕОРАЛ® на другой препарат циклоспорина. При этом Вам следует придерживаться следующих правил:

1. Если есть возможность продолжать лечение НЕОРАЛОМ®, то нет никаких оснований для его замены на другой циклоспорин.
2. Если перспектива замены неотвратима, то необходимо многократное исследование концентрации нового препарата циклоспорина в крови для выявления индивидуальных различий во всасывании и реакции пациента на препарат.
3. Лекарственные формы циклоспорина изготавливаются различными способами и по отличающейся технологии. Они не являются взаимозаменяемыми и имеют различную клиническую эффективность.
4. Все крупные клинические исследования эффективности и безопасности циклоспорина проводились с использованием именно НЕОРАЛА® (микроэмульсионной лекарственной формы).
5. Относительно небольшое преимущество в стоимостном выражении не должно заслонять риск потери эффективности или увеличения вероятности токсических проявлений.

Запомните: препараты принимаются только по назначению врача и в рекомендованных им дозах.

Захарова Е. В.

В XXI веке трансплантация почки по-прежнему остается терапией выбора у детей с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Успешная трансплантация у детей и подростков не только ликвидирует анемию, но также существенно стимулирует имеющиеся резервы к росту и физическому развитию, способствует улучшению полового созревания, психоэмоционального и социального развития. Качество жизни у ребенка с хорошо функционирующим трансплантатом значительно выше по сравнению с детьми, получающими любую диализную терапию. Имеющиеся успехи в детской трансплантации связывают в последнее время с усовершенствованием иммуносупрессивной терапии, улучшением подбора донорских органов и повышением уровня выживаемости.

К сожалению, в мире нет ни одной страны, способной обеспечить всех потенциальных реципиентов трупными донорскими органами. В России обеспеченность трупными органами больных с терминальной стадией ХПН остается на крайне низком уровне и не имеет тенденции к росту. В нашей стране лечение диализом получают около 17 тысяч человек, в то время как трансплантация почки выполняется ежегодно только примерно 600 больным. По данным Российского детского регистра, ежегодно число детей, впервые принятых на лечение диализом, как минимум в 2 раза превышает количество выполняемых трансплантаций, что объясняется, преимущественно, сохраняющейся острой нехваткой донорских органов.

Проблема дефицита донорских органов послужила толчком, в том числе и в России, к более широкому использованию трансплантатов от живых родственных доноров, однако решить ее в полной мере на сегодняшний день не удалось. Так, например, в США, несмотря на рост количества доноров в целом на 7% (количество живых доноров возросло на 12%, трупных – на 2%) за период с 1996 по 2001 годы лист ожидания на трансплантацию увеличился на 11%.

Такое состояние органного донорства, как в отечественной, так и в мировой трансплантологии, диктует необходимость расширения показаний для изъятия почек у так называемых субоптимальных доноров. К последним относят доноров пожилого (старше 50 лет) и детского возраста; страдающих сахарным диабетом, атеросклерозом и артериальной гипертензией; а также с нестабильной гемодинамикой и сниженной функцией почек. Однако при этом отмечается пря-

ческий нефротоксический эффект циклоспорина. К специфическим проблемам детской трансплантологии, являющейся, по некоторым данным, основной причиной утраты функции пересаженной почки в отдаленном периоде относят несоблюдение пациентом медицинских рекомендаций.

С целью профилактики негативных воздействий на пересаженную почку применяются различные многокомпонентные схемы иммуносупрессии, включающие курс терапии поликлональными антилимфоцитарными антителами, отсроченное назначение циклоспорина в случае отсутствия немедленной функции трансплантата. Подобные схемы позволяют снизить риск или отсрочить развитие острого отторжения, уменьшить нефротоксическое воздействие циклоспорина, улучшить функцию пересаженной почки в отдаленном периоде.

В литературе приводятся показатели выживаемости почечных трансплантатов от трупных и живых доноров, соответственно, через 1 год – 78-90% и 83-98%, через 5 лет – 54-83% и 70-96%. При изучении результатов 6534 трансплантаций 5958 детям, выживаемость трансплантатов составила, соответственно, через 1 год – 83% и 92%, через 5 лет – 69% и 82%. Таким об-



Дети, которым выполнена операция по пересадке почки: Оськин, Шаталов, Комаров, Ялышко

пересаженной почки составили от 1 до 63 суток после операции.

При сравнении различных факторов, влияющих на функцию трансплантата, были подтверждены данные об увеличении риска отсутствия функции после трансплантации почек, изъятых у доноров старше 40 лет. Кроме того, наблюдалась тенденция к увеличению доли трансплантатов с отсроченной функцией при увеличении времени их консервации.

Количество эпизодов острого отторжения в среднем на одну трансплантацию составило $0,2 \pm 0,5$. Лечение острого отторжения трансплантата проводилось в 30 (%) случаях. В 21 (70%) случаях

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

(печатается с сокращениями)

разом, выживаемость трансплантатов от живых доноров оказалась выше у реципиентов любого возраста, и в любые сроки.

Мы проанализировали факторы, определяющие характер восстановления функции пересаженной почки в раннем послеоперационном периоде, и их влияние на отдаленную выживаемость трансплантата у наших пациентов.

За период 2001-2005 годы в отделении по пересадке почки ГУ РДКБ выполнено 147 трансплантаций 138 пациентам в возрасте от 7,0 до 21,8 лет. Вес реципиентов к моменту выполнения пересадки почки находился в пределах от 21 до 63 кг. В 71 (48,3%) случаях пересадка почки была выполнена мальчикам, в 76 (51,7%) – девочкам. У 113 (76,9%) пациентов заместительная почечная терапия до трансплантации проводилась посредством гемодиализа, у 34 (23,1%) – перитонеального диализа.

Заболеваниями, приведшими к развитию терминальной хронической почечной недостаточности у пациентов, были следующие: гиподисплазия – 57 (38,8%), хронический гломерулонефрит – 33 (22,4%), обструктивная уропатия – 21 (14,3%), поликистоз – 14 (9,5%), наследственная нефропатия – 12 (8,1%), гемолитико-уремический синдром – 6 (4,1%), системные заболевания – 2 (1,4%), пиелонефрит – 1 (0,7%), нефропатия неясного генеза – 1 (0,7%).

В 132 случаях трансплантация была первой (89,8%), в 13 – второй (8,8%), в 2 – третьей (1,4%). Во всех случаях почки были изъятые у трупных доноров в возрасте от 18 до 64 лет (в среднем $38,3 \pm 9,4$).

Инициальная иммуносупрессивная терапия включала четырехкомпонентную схему: один из препаратов поликлональных антилимфоцитарных антител ("АТГ-Фрезениус", "АТГАМ", "Тимоглобулин"), даклизумаб ("Зенапакс") – введения на 0-е, 14-е, 28-е, 42-е и 56-е сутки, стероиды (преднизолон), циклоспорин А ("Неорал"). В ряде случаев при отсутствии функции трансплантата циклоспорин А (CyA) назначался отсрочено на этапе завершения курса лечения поликлональными антителами. Оптимальная целевая концентрация CyA в плазме крови поддерживалась в зависимости от длительности посттрансплантационного периода. После окончания курса поликлональных антител всегда назначался мофетил микофенолат (селлсепт). Стероиды назначались на весь посттрансплантационный период из расчета дозы на площадь поверхности тела пациента.

Немедленная функция трансплантата имела место в 87 случаях, отсроченная функция – в 48 случаях, таким образом, функция трансплантата восстановилась в 135 (91,8%) случаях. Сроки восстановления функции

была выполнена пульс-терапия путем внутривенного введения метилпреднизолона в суммарной дозе 1500-3500 мг, в 9 (30%) – пульс-терапия сочеталась с проведением курса лечения поликлональными антилимфоцитарными антителами.

Совокупная выживаемость пересаженных почек в раннем и отдаленном послеоперационном периоде (учитывались все трансплантаты, включая первично-нефункционирующие, составила: 1 год – 86,9%, 2 года – 85,0%, 3 года – 80,8%, 4 года – 76,9%. При этом выживаемость трансплантатов с немедленной функцией составила: через 1 год – 95,3%, через 2 года – 95,3%, через 3 года – 92,9%, через 4 года – 86,3%, а с отсроченной функцией: 1 год – 93,4%, 2 года – 86,3%, 3 года – 75,8%, 4 года – 75,8%.

Данные морфологического исследования пункционных биоптатов через 6 месяцев и более после трансплантации свидетельствуют о развитии хронической трансплантационной нефропатии в 62,5% пересаженных почек. Следует подчеркнуть, что в абсолютном большинстве случаев биопсии выполнялись при наличии клинических и лабораторных данных о снижении функции почечного трансплантата.

Выявление и профилактика факторов риска, приводящих к хронической трансплантационной нефропатии может способствовать улучшению отдаленных результатов трансплантации. Своевременная морфологическая диагностика хронической трансплантационной нефропатии также имеет определенное практическое значение, так как от степени ее выраженности зависят прогноз дальнейшей функции трансплантата и выбор оптимальной тактики коррекции иммуносупрессии.

Основными задачами, направленными на решение проблемы скорейшего восстановления функции потенциально скомпрометированного почечного трансплантата, по нашему мнению, являются следующие: обеспечение адекватной иммуносупрессии с целью предотвращения острого отторжения и профилактики циклоспориновой нефротоксичности.

В нашем исследовании выживаемость пациентов составила через 1, 2, 3 и 4 года – 97,1%, что соответствует среднемировым показателям.

По нашему мнению, трансплантация пациентам детского возраста должна носить приоритетный характер, что подразумевает первоочередной подбор адекватного донорского органа. Это условие позволит более эффективно обеспечить профилактику дисфункции пересаженной почки в отдаленные сроки после трансплантации за счет минимизации ишемического/реперфузионного повреждения, уменьшения риска ранних кризов отторжения и эпизодов нефротоксических воздействий.

Валов А.Л., Беляев А.Ю., Молчанова Е.А., Балкаров А.Г., Бузов А.А. ГУ Российская детская клиническая больница Минсоцздрава РФ



к.м.н. зав. отд. детской трансплантологии Валов Алексей Леонидович

мая связь между пересадкой почек от таких доноров и увеличением доли трансплантатов с отсроченной функцией и первично-нефункционирующих. В России в подавляющем большинстве случаев почки изымаются у доноров с небульшим сердцем, что значительно увеличивает риск начального отсутствия функции по сравнению с органами от доноров с бьющимся сердцем.

Одной из основных причин утраты функции почечного трансплантата в отдаленном периоде является необратимая хроническая патология трансплантата, именованная ранее хроническим отторжением, а в настоящее время все чаще обозначаемая как хроническая трансплантационная нефропатия. Хроническая трансплантационная нефропатия развивается вследствие действия комплекса факторов иммунологического (кризы и хроническое отторжение) и неиммунного характера. К последним относят, прежде всего, недостаточную массу действующих нефронов донорского органа, не соответствующую массе тела и метаболическим потребностям реципиента, и хрониче-

лекарственных средств хроническим пациентам, которые нуждаются в этом.

Итак, какие проблемы на додиализном этапе? Это недостаточное лекарственное обеспечение и недоступность этих лекарств.

Дальше, нет качественной образовательной программы для подготовки врачей первичного звена. Мы много слышим сейчас о том, что первичное звено развивается, что ему доплачивают деньги, но что происходит? Это, по существу, не решает проблемы - этих больных не выявляют. И не потому, что не умеют выявлять, а может быть даже и, простите за резкость выражения, потому что это и выгодно не выявлять. Куда их деть дальше? Тут мы переходим к следующей категории больных - больных, находящихся на заместительной почечной терапии... Да, тут нужно назвать цифры. Ирина уже отметила, что мы находимся по обеспеченности диализом между Тунисом и Пакистаном. Я могу привести данные общемировой статистики: ежегодно возникает от 100 до 150 новых случаев хронической почечной недостаточности на один миллион населения, всего населения. У нас 145 миллионов в стране, значит, у 14,5 тысяч новых больных ежегодно возникает необходимость в заместительной почечной терапии. На гемодиализе больные живут уже больше 10 лет, существенно больше. Значит, умножьте эту цифру на 10, и вы получите 145 тысяч, как минимум, пациентов, которые должны постоянно находиться на заместительной почечной терапии у нас в стране. А у нас 13 тысяч на гемодиализе, и даже вместе вместе с перитонеальным диализом и с трансплантацией - 16 тысяч всего. Цифра катастрофическая.

И решать здесь, конечно, очень сложно. Нельзя закупить только аппараты для гемодиализа, которые бы проводили эту процедуру, к аппарату нужны люди.

Нужно кардинально изменить систему подготовки кадров. Не институт должен выпускать, конечно, узкого специалиста, потому что выпускается хирург, терапевт, это базисные специалисты, это совершенно нормально. Но дальше должна быть последипломная подготовка специалистов, а она крайне плохо развита.

Практически отсутствует, вернее, не практически, а просто отсутствует такое понятие и такая специальность как медсестра диализного зала. Несмотря на неоднократные попытки внедрить, подготовить, создать учебные программы по подготовке таких медсестёр, этого не произошло. Меняются руководители департаментов, меняются министры достаточно часто. На моей памяти я уж не знаю сколько министров было. Но воз и ныне там, ничего не меняется. Поэтому прежде всего надо обратить внимание на подготовку персонала.

Конечно, самая большая проблема для инвалидов - это то, что не выполняется основной принцип диализа. Он должен быть максимально приближен к месту жительства пациента. Сейчас диализные центры, их 260 в стране, активно работающих, находятся только в крупных городах. Представьте себе Красноярский край, через пол страны надо проехать, чтобы три раза в неделю попасть на четыре часа на аппаратное лечение заместительной почечной терапией. Практически далеко не всегда это доступно для пациента.

Кроме того, бесплатный транспорт - это муниципальный транспорт. Система транспортных услуг резко нарушена, вот я беседовал в Чебоксарах с одним больным, казалось бы, вся Чувашия 200 километров в длину, кругленькая такая республика, так ему нужно проехать на трёх муниципальных бесплатных автобусах, а потом ещё лежать на аппарате, а потом возвращаться, и так три раза в неделю. Это здоровый человек не выдержит, не то, что инвалид.

Это катастрофа. И, конечно, больные не приезжают положенное количество раз на диализ. Они не выполняют необходимую программу детоксикации. Соответственно, это становится, по крайней мере, издевательством над пациентом. И эту проблему надо решать. Должны развиваться сателлитные центры. Из пионеров этого направления - Екатеринбургская область, где очень много делается, где создано 11 сателлитных диализных центров, которые хоть как-то позволяют больным уменьшить вот это расстояние проезда до того места, где оказывается медицинская помощь. Это очень важно.

Что касается лекарственного обеспечения. Только что я был в Томске, где отчитывались нефрологи Сибирского федерального округа. Практически не было больших перебоев в снабжении дорогостоящими средствами по коррекции анемии, по коррекции кальциево-фосфорных нарушений. Наиболее дорогостоящие лекарства - это средства коррекции анемии. В месяц расходуется порядка 600 долларов на эти препараты. Естественно, ни один пациент купить их не может, почему я и говорю о додиализных больных, которым это также необходимо.

Если взять статистику, то только 5 процентов додиализных пациентов имеют нормальный уровень гемоглобина, то есть не имеют анемии. Все остальные,

95%, это больные с анемией. Так вот обеспеченность в Сибирском федеральном округе вполне приличная, и 50 процентов пациентов Сибирского федерального округа не имеют анемии. Но 50% всё-таки ещё имеют.

Дальше. Что случилось, когда исключили гемодиализ из программы федерального финансирования, из «дорогостоя», но забыли включить в ОМС или в какие-то другие системы финансирования. К чему это привело. Это привело к катастрофе, связанной уже с трансплантацией. Привело к тому, что федеральные центры отказываются принимать этих больных. А где ждать больного трансплантации? Потому что ожидание подходящей почки иногда затягивается на несколько месяцев, а иногда и до года и больше. Где в Москве, а диализных центров и в Москве не так много, их, реально работающих, порядка 12, хотя лицензировано 40 с лишним, где ждать в Москве человеку оказания этой помощи? Практически нигде.

Единственный федеральный центр, который был достаточно большой, это национальный, теперь он называется так, медико-хирургический центр, которым руководит бывший министр Шевченко. Так он сокращает эти диализные места, это количество больных. Это приводит к тому, что практически возникают и проблемы с листом ожидания на трансплантацию, больному сложнее приехать на это лечение.

Проблема трудоустройства таких пациентов, которые приезжают в другой город, на что им жить, на пенсию? Маловероятно. Раньше они трудоустраивались, сейчас это практически нереальная ситуация. Мало того, к тому же больного на гемодиализе, который имеет варикозно расширенную вену на руке и множество инъекций, его ещё останавливают правоохранительные органы.

Перитонеальный диализ - третий вид, очень коротко. Не развит, из-за наших огромных территорий это очень сложно. И самое важное, что мы уже достигли всё-таки по количеству больных того уровня, когда рентабельно становится собственное производство. Практически сейчас мы не имеем ничего, что бы обеспечивало гемодиализ. Мы не имеем ни расходных материалов, ни производства современных аппаратов. Много приходилось общаться с различными постконверсионными предприятиями, которые утверждали: сейчас мы вам сделаем диализаторы и всё, что угодно. Ничего не сделано, всё закупается. И мы ввозим воду, ввозим диализаторы и, наверное, уже настало время думать и о развитии отечественной промышленности в этой области, также как и фармацевтической промышленности, потому что те препараты, которые выпускаются, они всё-таки ещё не необходимого качества выпускаются.

Наверное, коротко такой вот обзор по нефрологии, той тяжелой жизни наших пациентов, с которыми нам приходится сталкиваться, а живём мы с пациентами дружно, начиная от момента поступления на диализ это десятки лет. Практически знаем всех. У меня были пациенты, которые говорили: мне надо дожить до того, как моя дочка закончит школу, потом институт, потом напишет диссертацию и так далее. Практически, они становятся родными людьми. Спасибо».

Выступали также представители обществ больных с сахарным диабетом, гемофилией, эпилепсией, общественной организации «Помощь больным муковисцидозом», обществ помощи детям с нарушениями развития, эксперты, депутаты. Далее слово было предоставлено председателю Московской Хельсинской группы Л.М. Алексеевой.

«Я слышала здесь очень много полезного для себя, поскольку организация, которой я являюсь председателем - это правозащитная организация широкого профиля. Мы защищаем от государства (его чиновников) тех граждан, права которых нарушаются, всех граждан. В том числе и инвалидов, которые составляют существенную часть нашего населения. И конечно, мы занимались, и будем заниматься этими проблемами».

Что я хочу сказать по поводу услышанных мной выступлений. Я, абсолютно согласна, что всю систему обеспечения, вернее, не обеспечения инвалидов, которая сейчас существует, нужно менять целиком, нужно менять комплексно. Но не нужно рассчитывать на то, что это сделают наши бюрократы и наша исполнительная власть, если мы не будем сами этого добиваться.

Если бюрократов не будет контролировать в их действиях общественность, общественные организации, созданные вами, созданные теми, кто вам сочувствует, ничего не изменится, какую систему мы не поставим. Потому что бюрократ он так создан. Он думает о себе, а не о людях, которых он обслуживает.

Здесь присутствующие в зале, я понимаю, эта самая активная часть. Вы - инвалиды, и вы - те, кто им сочувствует. Нужно нам самим этим заниматься, нужно нам самим этого добиваться и, конечно, не только инвалидам. Качество общества зависит, оценка общества зависит от того, как оно относится к тем своим членам, кому труднее жить. К детям, к старикам, к инвалидам. Мы в этом отношении жестокое государство».

Если в советское, последнее советское время, и особенно после краха Советского Союза можно было

понять и оправдать наших государственных деятелей в отсутствии заботы об инвалидах - ну, нищее государство, развалилось, и ничего у него нет. Но сейчас мы захлёбываемся от нефтедолларов, а на лекарства не хватает. На инвалидов не хватает. На шикарные комплексы хватает, даже на олимпиаду дали втрое больше, чем обычно на олимпиаду дают, а вот на инвалидов не хватает, и на лекарства. Это позор нашего государства, позор для всех наших граждан. Потому что людьми надо быть».

Я надеюсь, мы будем работать дальше вместе, с тем, чтобы принудить всё-таки относиться к нашим гражданам, в том числе, к инвалидам, по-людски. Спасибо».

В заключение председатель слушаний, первый заместитель председателя Комитета по образованию и науке, вице-президент Всероссийского общества слепых О.Н. Смолин сказал:

«По-моему, больше всех здесь ругали депутатов Государственной Думы, принявших 122 закон, и правильно делали. Ещё раз повторю, депутат обязан отвечать за то, что он делает. В том числе отзывом со своего депутатского места, если он обещает одно, а голосует по другому, это совершенно точно. Кстати, мы неоднократно пытались принять закон «Об отзыве депутатов Государственной Думы», увы, это не получилось ни разу, а теперь с партийными системами это сделать ещё того сложнее».

Я уверен, что действительно часто бывает так, законы принимают одни, а результаты расхлёбывают другие. Но хочу сказать и другое, уважаемые коллеги, действительно правы те, кто говорил, что лучше нас самих, людей с ограниченными возможностями и здоровьем, наши интересы никто не защитит. Поэтому этим надо заниматься, безусловно».

Я прошу вас, у кого есть предложения по открытому письму, могут подать их в письменном виде. И давайте проголосуем. Идея открытого письма Президенту поддерживается? Поддерживается. Я обращаюсь в Государственную Думу, ко всем лидерам фракций, кто согласится передать это письмо лично в руки Президенту, ко всем к ним я обращаюсь. И доведу до вашего сведения, кто это на самом деле сделал».

И последнее. Мы рассматриваем эти общественные слушания как некое начало серии слушаний. И я хочу вам ещё раз напомнить две формулы. Одна мне очень нравится: «В мире намного больше людей сданных, чем побеждённых». Я надеюсь, что сданных здесь нет. И другая, уже чисто российская формула: «Да, здравствует то, благодаря чему мы, несмотря ни на что».

Я вас благодарю за участие в общественных слушаниях. И до новых встреч. Спасибо».

НАМ ПИШУТ

ТВОРЧЕСТВО НАШИХ ПАЦИЕНТОВ

Все стихи Максименко Ларисы (г. Кемерово)

75 * * *

Мы свою растеряли жизнь, -
Разменяли на (тыщи) диализов.
И кричим организму, - держись!
Получив результаты анализов.
Шприц «Эпрекса» - заменит сок, -
Повышения гемоглобина.
И повергнет беднягу в шок, -
Проходящего залы мимо.

78 * * *

Я в кресло «Взлётное» сажусь,
С собою пайка для отваги.
Перед врачом мы словно наги,
Но с этой мыслью я борюсь.
Мне «бабочки» почти родные,
Рука к уколам привыкает.
В глазах картинки неземные,
Плорой, безудержно мелькают.
Воздушной, лёгкой, белой ватой,
В окне проходят облака.
Рассудок, спутанною датой.
На аппарате ждёт «звонка».

28.09.07

81. * * *

Тогда об этом не писали.
Поэты Пушкинской поры.
Но мысли так меня достали,
Что принимаю их дары.
Добру давайте проявление,
В его деяниях мирских.
Но искренне, без претворенья,
И одолжений, ни каких.

29.09.07г.

14. «На Диализе»

(искусственная почка или исповедь больного)

Писать про диализ мне тошно.
И можно ль про это писать?
Но всё же, ещё я не в прошлом,
И хочется, что-то сказать.
Приходишь, как все, на работу.
(Ну, правда, мешки не таскать).
И даже в плохую погоду.
С дивана придётся вставать.
Других можно в отпуск отправить.
Лети! Заработал! Твоё!
Мне пост невозможно оставить.
Ведь это здоровье моё.
Хожу, словно я «терминатор».
«Мне срочно заправка нужна!»
Как в атомной лодке – реактор.
Проблема моя не видна.
Мне руку сдавила манжета.
Вот пульс застучал, – и опять,
Я знаю, мне нужно, – всё это.
Боюсь, если могут отнять.
День смерти моей не назначен.
А может, кому-то нужней?!

1.02.06г.

Здравствуйте,
дорогие друзья!

Пишет вам Елохина Марина Николаевна.

Вы знаете, как приятно ощущать на себе заботу совершенно незнакомых людей! Ваши письма излучают тепло, понимание, вселяют надежду на дальнейшую дружбу и поддержку! Особенно для таких людей, как я, проживающих в глубинке. Наша районная больница, никак не может в полной мере консультировать меня по вопросам, возникающим в связи с моим диагнозом. Областная больница за 550 километров, а это не ближний свет. Поэтому для меня ваши письма – это еще одно подтверждение, что вместе мы сможем больше, продержаться с донорской почкой, как можно дольше!

В 29 лет я стала инвалидом I группы. Полтора года ездила на гемо-диализ за 60 километров в соседний город. Работала я в детском саду музыкальным руководителем, коллектив детского сада начал проводить в районе акцию по сбору средств мне на операцию. Времени у нас было 1998 год – задержка заработной платы, пенсий на 6-8 месяцев. В то время операция стоила 70 тысяч рублей /еще до скачка доллара/. Люди по 10-20 рублей переводили мне на счет и в итоге собрали 17 тысяч рублей. Можно представить сколько людей приняли участие в акции. На мое великое счастье губернатор Архангельской области Анатолий Антонович Ефремов по ходатайству депутата Областного Собрания Смирновой Ольги Леонидовны, выделил недостающую сумму из областного бюджета.

В 1999 году 23 декабря меня прооперировали.

В г.Санкт-Петербург в больнице им. Свердлова номер 31 на Крестовском острове. С того самого момента у меня в корне изменилась жизнь, открылось второе дыхание. Через год после операции я создала в районе общественную органи-

зацию инвалидов. Возманила ее и теперь занимается защитой прав и интересов инвалидов нашего района. Помогаю людям реабилитироваться, снова обрести веру в людей и добро. Работа сложная, но оправдывает себя, когда видишь реальный результат, радость в глазах ребенка, счастливые лица родителей или забытых, вытеркнутых из жизни людей, на душе легко и хочется сделать еще больше.

Пересадка почки для нас – это шанс заново обрести себя, шанс на полноценную жизнь, особенно если ты молодой.

122 Федеральный закон больно ударил по инвалидам. В начале 2005 года была очень напряженная ситуация с получением препаратов. Буквально 4 месяца мы находились в шоке, ожидая каждый месяц сандиммун. С нами говорили, убеждали подождать, не ведая того, что наша жизнь полностью зависит от данных препаратов. Получали, помогали лечащие врачи. Администрация района, общественные организации, работники аптеки.

В данное время все нормализовалось. Врачи с пониманием ко мне относятся, замени лекарственных препаратов никогда не предлагали. Ежемесячно я получаю необходимый объем всех лекарственных препаратов, а именно: преднизолон, азатиоприн, сандиммун неорал.

Еще раз благодарю вас за понимание, с нетерпением жду новых писем!

С уважением
Елохина Марина Николаевна.

Жизнь моя

Больна сахарным диабетом с 3-х летнего возраста. В 1998 г. была диагностирована диабетическая нефропатия и ХПН. О необходимости наблюдаться в МГНЦ узнала от своих друзей-диабетиков, которые уже столкнулись с нефрологическими проблемами. Они же мне и рекомендовали врача Островскую Ирину Викторовну, у которой я наблюдаюсь по сей день.

В 2001 г. в связи с резким ростом креатинина, имея направление на госпитализацию, искала место на гемодиализе, вопрос о котором был решен однозначно: гемодиализ, из-за серьезных проблем со зрением. Благополучно была сформирована фистула, и когда в сентябре меня госпитализировали с приема в МГНЦ в отделение, явилась туда, гордо неся на платочке руку с только недавно сделанной фистулой. На гемодиализ сама просилась у лечащего врача, потому что уже знала от знакомых, что это за процедура и у меня была конечная цель – операция по трансплантации почки.

Исходя из вышеизложенного, особых психологических проблем у меня не возникло, скорее всего, подавлены были мои близкие, для которых это означало практически конец жизни, моей, разумеется. Они меня всячески оберегали, помогли, но в основном я справлялась сама, потому что не люблю опеку с чьей бы то ни было стороны.

Про перитонеальный диализ, конечно, слышала, но особо не вникала в его суть, поскольку мне этот вид диализа не подошел, и вопрос о его проведении не поднимался, хотя он



«Ожидание»

В больнице залы: большой, малый...
Бесконечный коридор.
Аппарат шумит усталый,
Слышен чей-то разговор.
Ростки - "птичка - невеличка"
Тело - тонкий стебелёк.
И млеет "подключичка",
К маме съездить на денёк.
Коридоры, коридоры...
С аппарата до палаты.
Манят Яйские просторы.
Где с друзьями, - не одна ты.
Повзросела в ожиданье,
Чуда, можно неземного.
Кто в придумал закинуть;
Почки - заработай снова!

(Кристине посвящается)

1.01.07г.

считается наиболее щадящим, особенно для диабетика. Но с моей точки зрения он более тяжелый из-за необходимости ежедневно в строго определенное время проводить процедуры. Гемодиализ в этом смысле более демократичный, что ли вид диализа, он дает некоторую свободу в образе жизни, поскольку процедуры проводятся через день, и бывает двухдневный перерыв, что дает возможность более свободно передвигаться в пространстве.

Самочувствие на гемодиализе было хорошим, обычно во время процедур я спала, чтобы не было скучно, да и время так быстрее проходит. Больно и страшно было только в самом начале, когда только начинали раскалывать фистулу, но это и понятно. Рука немного беспокоила, но, в конце концов причина была выяснена, фистулу, сначала приняв за ретроградную, затем определили как обычную, на этом проблемы закончились.

В 2002 г. мне сделали операцию по аллотрансплантации почки, сейчас прошло более пяти лет, самочувствие и общее состояние стали значительно лучше, это все равно, что сравнивать день и ночь, настолько они разные. Произошло, по сути, второе рождение, когда я стала ощущать себя совершенно другим человеком, даже несмотря на прием иммунодепрессантов и различных других лекарств для лечения уже возникших и продолжающихся осложнений, как то: остеопороз, гипертония, анемия, более частые простудные заболевания. Мне сложно сказать, появились ли эти заболевания после трансплантации или, как и у многих диабетиков, имелись еще до ХПН.

В заключение хочу сказать всем, кто столкнулся с необходимостью проведения заместительной почечной терапии: не нужно бояться, не нужно унывать и полагать, что это означает конец всего, карьеры, дружбы, семейных взаимоотношений, это далеко не так, даже если диализ будет проводиться до конца жизни, надо просто жить.

инвалид I-й группы Кучмиева Е.



Я как в тюрьме сижу в неволе.
Мне дан пожизненный был срок.
Спросить хотелось бы доколе,
Жестоким получать урок?
Подписки вроде не давала,
Из города не выезжать.
Но почему так дали мало?
Пространства, чтобы доживать?

Рег. ПИ № ФС77-28054 от 02.05.07
Главный редактор
Томилина Наталья Аркадьевна, д. м. н.
Выпускающий редактор
Христова Ирина Михайловна
Компьютерный дизайн
Аллацкая Татьяна Николаевна
Наш адрес:
123182, Москва, ул. Пехотная 3
e-mail: ross215@yandex.ru
Тираж 4 000 экз.
Газета распространяется бесплатно.