

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Гемодиализ

Дәрігер-интерн: ҚҰРБАНОВА ПЕРИЗАТ



NKF-DOQI америкалық ұйымының ұсынысы бойынша **БАТ ШСЖ <10** мл/мин бастау керек.

Алайда басқада абсолютті көрсеткіштер жатады:

- *Артық сұйықтық жиналуынан науқас денесінің ісінуі*
- *Гиперкалиемиа*
- *Метаболиттік ацидоз*
- *Уремиялық перикардит пен энцефалопатия*



Диализдің түрлері



Интракорпоралды
(перитонеалды)



Экстракорпоралды
(гемодиализ,
жоғарғы көлемді
гемодиализация)

Гемодиализ емінің қағидалары



Гемодиализ БАТ «алтын стандарты». БСА 5 сатысы дамыған науқастардың 75% бағдарламалық гемодиализ қабылдауда.

Диализ жартылай өткізгіш мембрана арқылы тасымалдауға негізделген. Гемодиализатор мембранасы диализдеуші сұйықтықтан (диализат) науқас қанын бөледі. Қан және диализат мембранасы жанасқанда, мембранада:

- ✓ Диффузия
- ✓ Ультрафилтрация
- ✓ Конвекция үрдістері жүреді.



Диффузия: концентрация градиентіне байланысты жартылай мембрана арқылы ерітінділерінің қозғалуы.



полупроницаемая мембрана



Ультрафильтрация: гидростатикалық қысым градиентіне байланысты жартылай мембрана арқылы сұйықтықтың қозғалуы.





Конвекция: жартылай мембрана арқылы ерітінділердің сұйықтықпен бірге белсенсіз қозғалуы.





Гемодиализ сеансын өткізу үшін қажет компоненттер:

- ✓ Тазартылған су (пермеат), «жасанды бүйрек» аппараты;
- ✓ Диализдік ерітіндіні дайындауға қажет қышқылды және сілтілі ерітінділер;
- ✓ Артерия-веналық магистралдар жиынтығы бар диализатор мен вена пункция үшін үлкен диаметрдегі инелер (G 14-16);
- ✓ Жақсы қантамыр жолы (артерия веналық фистула немесе перманентті катетер).









Лечение



Немедикаментозное лечение:

- режим III: постельный при тяжелом состоянии пациента и наличии осложнений, дозированная физическая активность, здоровый образ жизни, отказ от курения и от приема алкоголя;
- Диета: №7. Сбалансированная, адекватное введение белка (1,5-2г/кг), калораж по возрасту, при наличии отеков и АГ – ограничение употребления натрия хлорид (поваренной соли) < 1-2г/сут;
- мониторинг уровня протеинурии по тест-полоскам 1 раз в 1-2 недели, регулярное измерение АД.
- при нарастании протеинурии (рецидиве) определение протеин/креатининового коэффициента (для расчета суточной протеинурии) и коррекция патогенетической терапии;
- при резистентности к проводимой иммуносупрессивной терапии коррекция терапии в условиях стационара.



Медикаментозное лечение:

медикаментозное лечение амилоидоза почек заключается в применении химиотерапии совместно с трансплантацией стволовых клеток.

Показания для ТСК:

- возраст <70 лет;
- минимальные признаки сердечной недостаточности (NYHA<III) и с сохранением фракции выброса;
- уровень креатинина в сыворотке ≤ 177 мкмоль / л (≤ 2 мг/дл);
- вовлечение амилоидом менее 3-х органов.



Противопоказания для ТСК:

- выраженная сердечная недостаточность;*
- общий билирубин >51 мкмоль / л (>3 мг/дл);*
- эхо фракция выброса <45%;*
- сывороточный тропонин >0,1 мкг/л (>0,1 нг/мл).*

***NB!** Стандартным условием для трансплантации является однократное введение мелфалана*. Это, как правило, дается с учетом риска в дозах от 140 мг/м² для пациентов промежуточного риска, до 200 мг/м² для пациентов с низким уровнем риска. Сбор стволовых клеток предполагает использование только факторов роста. Минимальный сбор стволовых клеток должно быть 3x10⁶ CD34 клеток на кг веса пациента.*

***NB!** Пациенты могут также получить индукционную терапию бортезомибом плюс дексаметазона перед ТСК*

Список использованной литературы



- *Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «13» октября 2016 года Протокол №13*
- *Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению АА-и AL-амилоидоза [Internet]. Научное общество нефрологов России. 2016 [cited 6 октября 2016].*
- *Нефрология учебник под ред А.Канатбаева, К.А. Кабулбаев 2016 год стр 163-173*