УДК 616.61-78

Н. М. Барановский, В. В. Харланчук

Научные руководители: к.м.н. В. А. Корнеева[1], зав. отделением гемодиализа Н. А. Аннаева[2]

[1]Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

[2]Учреждение «Витебская областная клиническая больница» г. Витебск, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ПЕРЕХОДЕ С ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

Введение

Исследование посвящено анализу эффекта смены метода заместительной почечной терапии на параметры гемостаза у пациента с терминальной почечной недостаточностью. Представлен клинический пример успешного устранения гиперкоагуляции после перехода с программного гемодиализа на перитонеальный диализ.

Терминальная хроническая болезнь почек остается одной из ключевых медикосоциальных проблем, сопровождающейся высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью пациентов трудоспособного возраста. Заместительная почечная терапия (ЗПТ) является единственным методом поддержания жизнедеятельности при терминальной стадии, при этом наибольшее распространение получили программный гемодиализ и перитонеальный диализ. Выбор метода ЗПТ традиционно основывается на клинико-функциональном статусе пациента, наличии сопутствующей патологии, технических возможностях и предпочтениях больного, однако его влияние на систему гемостаза нередко недооценивается

Нарушения гемостаза при хронической болезни почек включают склонность к повышенному риску тромботических осложнений, что существенно усложняет тактику ведения пациентов. Экстракорпоральные методы детоксикации, в частности гемодиализ, требующие обязательной антикоагулянтной терапии и сопровождающиеся контактной активацией свертывающей системы крови, могут усиливать гиперкоагуляцию у предрасположенных больных. В то же время перитонеальный диализ, являясь более физиологичным и непрерывным методом ЗПТ, потенциально оказывает иное, менее выраженное влияние на показатели гемостаза.

В условиях роста числа пациентов, получающих ЗПТ в Республике Беларусь, особую актуальность приобретает индивидуализация выбора метода диализа с учетом состояния системы гемостаза и риска тромботических и геморрагических осложнений. Клинические наблюдения, отражающие изменение параметров свертывающей системы крови при переходе с программного гемодиализа на перитонеальный диализ, позволяют расширить представления о патогенетических эффектах различных вариантов ЗПТ и оптимизировать тактику ведения пациентов высокого сосудистого риска. В связи с этим представленный клинический случай успешной коррекции гиперкоагуляции при смене метода ЗПТ представляет практический интерес для нефрологов, терапевтов и врачей других специальностей, участвующих в ведении больных с терминальной ХБП.

Цель

Оценить влияние смены метода заместительной почечной терапии с программного гемодиализа на перитонеальный диализ на состояние системы гемостаза и показать на клини-

ческом примере возможность коррекции гиперкоагуляции путем выбора более физиологичного варианта диализа.

Материал и методы исследования

В данной работе была проанализирована история болезни пациентки, использованы данные клинического обследования: сбор анамнеза, жалоб, объективные и лабораторные исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., 45 лет, страдает хронической болезнью почек V стадии, получает заместительную почечную терапию с 2019 года. На протяжении 4 лет находилась на программном гемодиализе три раза в неделю по 4 часа через артериовенозную фистулу, с использованием стандартных доз нефракционированного гепарина для профилактики тромбоза экстракорпорального контура. На фоне диализной терапии отмечались эпизоды головных болей, парестезий, повышения артериального давления в междиализный период, а также лабораторные признаки гиперкоагуляции: укорочение АЧТВ, повышение уровня фибриногена и Dдимера, тенденция к тромбоцитозу.

В 2024 году в связи с сохраняющейся гиперкоагуляцией, риском тромботических осложнений и снижением толерантности к экстракорпоральным процедурам (эпизоды гипотонии, выраженная постдиализная астения) было принято решение о переводе пациента на перитонеальный диализ как более физиологичный и непрерывный метод ЗПТ. Проведена имплантация катетера, обучена ручному перитонеальному диализу с 4 обменами по 2 л в сутки с использованием стандартных растворов глюкозы; антикоагулянтная терапия была отменена, сохранен контроль факторов риска тромбозов.

При оценке гемостаза через 1 месяц от начала перитонеального диализа отмечено уменьшение уровня фибриногена, снижение D-димера, удлинение АЧТВ до референсных значений, нормализация тромбоцитарного числа, что расценено как частичная коррекция гиперкоагуляционного синдрома. Через 3–6 месяцев наблюдения показатели коагулограммы стабилизировались в пределах нормальных или близких к норме значений, клинически не регистрировались эпизоды тромбозов или кровотечений. На фоне перитонеального диализа пациент отметил улучшение общего самочувствия, уменьшение выраженности астении и головных болей, повышение толерантности к физической нагрузке, что согласуется с данными о более мягком и стабильном характере детоксикации при этом виде ЗПТ.

Таким образом, в представленном клиническом наблюдении переход с программного гемодиализа на перитонеальный диализ сопровождался клиниколабораторными признаками нормализации системы гемостаза и снижением выраженности гиперкоагуляции, что подчеркивает важность выбора метода ЗПТ с учетом исходного коагуляционного статуса пациента.

Выводы

В представленном клиническом наблюдении переход пациента с программного гемодиализа на перитонеальный диализ сопровождался постепенной нормализацией ключевых показателей системы гемостаза и регрессом признаков гиперкоагуляции без развития тромботических или геморрагических осложнений. Более мягкий, непрерывный характер ультрафильтрации и отсутствие регулярной системной гепаринизации при перитонеальном диализе способствовали стабилизации коагулограммы и улучшению клинического состояния больного.

Полученные данные подтверждают, что выбор метода заместительной почечной терапии способен значимо влиять на гемостатический статус пациентов с терминальной хронической болезнью почек и исходной склонностью к гиперкоагуляции. У пациентов высокого тромботического риска целесообразно рассматривать перитонеальный диализ как предпочтительный или альтернативный вариант ЗПТ, особенно при наличии осложнений, связанных

с экстракорпоральными процедурами и антикоагулянтной терапией. Клинический случай демонстрирует важность индивидуализированного подхода к выбору метода ЗПТ с обязательной оценкой системы гемостаза на этапе планирования и в динамике лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь : [сайт]. – Мн., 2021. – URL: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtokol2093.pdf (дата обращения: 18.03.2026).

2. Хроническая болезнь почек и заместительная почечная терапия : методическое пособие для врачей. – Москва – Минск, 2024.

3. Антикоагуляция на гемодиализе: перспективы применения низкомолекулярных гепаринов / Е. А. Хантакова, Н. А. Воскресенская, Г. М. Орлова [и др.]. // Нефрология и диализ. – 2025. – Т. 27, № 4. – С. 210–218.

4. Сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз у диализных пациентов / Н. А. Воскресенская, Г. М. Орлова, Н. Н. Лужнова, Е. О. Андреева // Нефрология и диализ. – 2024. – Т. 28, № 2. – С. 280–286.

УДК 616.61-78

Н. М. Барановский, В. В. Харланчук

Научные руководители: к.м.н. В. А. Корнеева[1], зав. отделением гемодиализа Н. А. Аннаева[2]

[1]Учреждение образования
«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
[2]Учреждение «Витебская областная клиническая больница»
г. Витебск, Республика Беларусь

ТРОМБОЗ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА

Введение

Обеспечение надежного и долговременного постоянного сосудистого доступа (ПСД) для проведения гемодиализа представляет собой одну из ключевых задач в лечении пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек. Несвоевременное выявление и хирургическая коррекция осложнений ПСД могут повлечь за собой необратимую потерю доступа. Среди причин, приводящих к терминальной почечной недостаточности, особое место занимает подагра. Диагноз «подагра» традиционно ассоциируется с патологией суставов, однако в подавляющем большинстве случаев (свыше 80%) заболевание сопровождается гиперурикемией – стойким повышением уровня мочевой кислоты в крови – и сочетается с поражением почек. По различным оценкам, частота вовлечения почек при подагре составляет от 30 до 80%, а ряд авторов полагает, что ренальные нарушения при данном заболевании носят практически облигатный характер. Нефропатия, обусловленная гиперурикемией, является системным процессом, связывающим два клинических состояния: хроническую почечную недостаточность и программный гемодиализ, при котором артериовенозная фистула выполняет функцию жизнеобеспечивающей сосудистой коммуникации. В этой связи тромбоз АВФ является наиболее частой причиной утраты её функции у пациентов, находящихся на программном гемодиализе. Особую клиническую сложность представляют случаи протяженного тромбоза, вовлекающего как артериальное, так и венозное русло и требующего комплексного лечебного подхода.

Цель

Цель данного клинического наблюдения состоит в том, чтобы на примере случая тромбоза артериовенозной фистулы у пациента 53 лет осуществить комплексный анализ проведенных диагностических и лечебных мероприятий, систематизировать основные факторы