

Komentarz do prac

Przewlekła terapia nerkozastępcza (RRT) jest sukcesem nefrologii i porażką medycyny – wiele osób może względnie dobrze i długo cieszyć się życiem po tym, jak systemowi ochrony zdrowia nie udało się uratować ich własnych nerek. Dotyczy to także blisko 20 000 osób przewlekłe leczonych powtarzanymi hemodializami w Polsce – zwykle jako następstwo cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, glomerulopatii i wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek (APKD). Dobrze już udokumentowano, że właściwe leczenie trzech pierwszych wymienionych przyczyn wydłuża czas do rozpoczęcia dializoterapii. Zgodnie z wyznawaną przez nas naczelną zasadą, by przede wszystkim zapobiegać utracie nerek pacjenta, w tym numerze „Postępów Nauk Medycznych” prezentowane są dwa artykuły ukazujące najnowsze trendy w leczeniu nefropatii IgA – najczęstszej pierwotnej glomerulopatii (Florczak i wsp.), oraz wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek (Grenda). U osób starszych rozpoczęcie dializoterapii bywa często przyspieszane przez epizody ostrego uszkodzenia nerek (AKI) zwykle będące następstwem odwodnienia. Dlatego też, wspomnianym artykułom o zapobieganiu niewydolności nerek towarzyszy podsumowanie objawów i oznak odwodnienia (Gellert). Dla pacjenta, który stracił własne nerki, najlepszą opcją terapeutyczną jest przeszczepienie nerki. Niestety, podejście personelu medycznego do transplantacji nie jest jednoznacznie pozytywne, co może negatywnie wpływać na liczbę przeszczepień (Kobus i wsp.).

Dzisiejsze hemodializy są wykonywane zgodnie z ponad pięćdziesięcioletnią recepturą, którą poddano krytycznej analizie w latach 70. ubiegłego stulecia, gdy Cambi zdefiniował tygodniowy program 12 godzin zabiegu, jaki stał się minimalnym standardem leczenia od 1984 roku, po opublikowaniu wyników leczenia dializami wykonywanymi 3 x 4 godz. w tygodniu. Nieprawdopodobny postęp technologii dializacyjnej (np. szybki przepływ krwi, dializatory wysokoprzepływowe, ultraczysta woda dializacyjna, hemodiafiltracja on-line) i farmakoterapii, który od tamtego czasu obserwujemy, zwiększył usuwanie toksyn mocznicowych, poprawił kontrolę niedokrwistości nerkopochodnej, kwasicy i gospodarki wapniowo-fosforanowej. Zmniejszył też koszty leczenia, co umożliwiło w Polsce, dopiero przed 15 laty, dostęp do dializ wszystkim potrzebującym. Jest to szczególnie ważne dla pacjentów z nowotworami, którym do niedawna odmawiano przewlekłego leczenia nerkozastępczego. Choroby nowotworowe są częstsze w populacji z zaawansowaną chorobą nerek z powodu immunosupresji mocznicowej. W naszej obserwacji najczęstszymi nowotworami stwierdzanymi przy rozpoczynaniu leczenia powtarzanymi hemodializami są nowotwory układu moczowego i chłoniaki (Ostrowski i wsp.). Nasze piętnastoletnie doświadczenie w leczeniu tych pacjentów wskazuje na wyższość hemodializ nad leczeniem zachowawczym, nawet jeśli nowotwór jest wcześniej przyczyną zgonu niż choroba układu sercowo-naczyniowego (Ostrowski i wsp.).

Szeroko stosowane w leczeniu niedokrwistości nerkopochodnej czynniki stymulujące erytropoezę (ESAs) mogą zwiększać powstanie nowotworu i przyspieszyć wznowę. Z tego powodu uzupełnianie ustrojowych zasobów żelaza jest niezwykle istotne. W tym numerze „Postępów Nauk Medycznych” udowadniamy, że nowoczesne dożylnie preparaty żelaza nie doprowadzają do całkowitego wysycenia naturalnych osoczowych mechanizmów chroniących przed toksycznym działaniem niezwiązanego żelaza (Chmiel-Majewska i wsp.) oraz że normalizacja osoczowego stężenia 25(OH)D tylko nieznacznie przyczynia się do poprawy wyników leczenia niedokrwistości nerkopochodnej (Chmiel-Majewska i wsp.).

Bardziej wydajne hemodializy usuwają więcej toksyn mocznicowych, ale jak dotąd niewiele uwagi zwracano na usuwanie innych substancji rozpuszczalnych w wodzie – jonów, witamin itp. Potencjalne zubożenie zasobów tych związków mogłoby przeciwdziałać korzystnym efektem lepszej detoksykacji. Możemy potwierdzić obserwacje innych autorów, że osoczowe stężenie magnezu, drugiego ilościowo kationu wewnątrzkomórkowego, jest niższe u pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami, i jest tym niższe, im gorszy jest stan odżywienia chorego. Ku naszemu zaskoczeniu ta korelacja była istotniejsza niż dawka dializy (Daniewska i wsp.). Nasze obserwacje sugerują, że u pacjentów leczonych powtarzanymi hemodializami odżywianie jest ważniejszym powodem niskiego stężenia magnezu w osoczu niż dawka dializy – tak u pacjentów z cukrzycą, jak i bez niej (Gellert i wsp.). Opierając się na naszych obserwacjach oraz na wyczerpującym przeglądzie literatury, sugerujemy, by przyszłe zalecenia skłaniały się ku zwiększeniu stężenia magnezu w płynie dializacyjnym, co mogłoby chronić układ sercowo-naczyniowy przed przyspieszoną miażdżycą i bezpiecznie zmniejszać śmiertelność w tej grupie pacjentów (Daniewska i wsp.).

prof. dr hab. Ryszard Gellert