

у 2 пацієнтів дисфункція трансплантату. У 5ти пацієнтів з персистуючою лихоманкою був виявлений ВЕБ, лише в 1 пацієнта спостерігалась порушена функція трансплантату. В 1 пацієнта виявлена мікст-інфекція -ЦМВ+ВЕБ.

Вірус герпесу 6 типу виявлений в 1 хворого з дисфункцією трансплантату, який приймав такролімус. Поліомавірус діагностований у 2 хворих з дисфункцією трансплантату нирки у схему імуносупресивної терапії яких був включений такролімус. Достовірної різниці у залежності від нозологічної форми захворювання нирок та розвитку латентних інфекцій у після трансплантаційний період не виявлено ($p=0,193$).

Висновок. 1. Необхідно змінювати схему профілактики вірусних інфекцій у залежності від серостатусу донора та реципієнта.

2. При серонегативному реципієнті та серопозитивному донорі необхідно проводити санацію донора (при високих титрах Ig G) препаратами валганцикловіру.

РАЗВИТИЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лесовой В. Н., Поляков Н. Н., Андоньева Н. М., Железникова М. А.
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Первая пересадка почки от живого донора в отделении трансплантации Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала была произведена в декабре 2006 года.

В общей сложности за последние четыре года выполнено 169 трансплантаций почки от живого родственного доноров для реципиентов как города Харькова и Харьковской области, так и для жителей других областей Украины.

В качестве донора привлекались мать в 70 случаях, отец в 33, муж в 12, жена в 9, брат в 10, сестра в 2 случаях, по одному случаю донорами были дед, дочь, тетя, дядя и бабушка реципиента.

Длительность проведения заместительной почечной терапии перед трансплантацией составила от 2 месяцев до 8-ми лет. 15-ти пациентам трансплантация была проведена на протяжении первого года диализа.

Донорами в большинстве случаев были женщины - 24 наблюдения (85,7%). Средний возраст доноров составил $54,9 \pm 8,6$ года и колебался в пределах от 41 до 72 лет. 10 доноров (35,7%) были в возрасте старше 60 лет. Модели "родители - ребенок" соответствовали 24 случая, в 3-х случаях донорами были сестры пациентов, в 1-м - муж. Некоторые требования, предъявляемые к потенциальному донору, были снижены в пользу донорства, что позволило увеличить число операций. Прежде всего, это касалось возрастного ценза донора, который возрос до 70 лет. Применялся индивидуальный подход к возможности донорства при повышенном артериальном давлении, требовавшем минимальной медикаментозной коррекции.

Обязательным условием для донорства была оптимальная иммунологическая совместимость донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору, по HLA-A и B сублокусам, по HLA-DR-системе, а также в лимфоцитотоксическом тесте.

В протокол обследования донора были включены такие диагностические методы, как динамическая ангиосцинтиграфия почек, магнитнорезонансная ангиография или спиральная компьютерная томография, которые позволили отказаться от инвазивного ангиографического исследования и определить анатомофункциональное состояние почек. Рядом с рутинным лабораторным обследованием проводилась серологическая диагностика вируса Эпштейна-Барр (EBV), простого герпеса, цитомегаловируса, ВИЧ, а также гепатитов В и С (HBV, HCV).

Сокращение времени консервации почечного трансплантата обеспечивалась одновременным выполнением нефрэктомии и трансплантации. Время холодовой ишемии составляло от 1 до 2 часов. Во всех случаях почка была трансплантирована экстраперитонеально в гетеротопическую позицию на подвздошные сосуды с восстановлением непрерывности мочевых путей с помощью уретероцистоанастомоза. Артерию донорской почки анастомозировали с внутренней подвздошной артерией "конец в конец", а вену - с внешней подвздошной веной "конец в бок".

В Харьковской области все больные с пересаженной почкой находятся на диспансерном учете ОКЦУН им.В.И.Шаповала. С этой целью больным, ежемесячно проводятся общеклинические исследования крови, мочи, оценивается функция трансплантата, подбирается и корригируется

индивидуальная схема иммуносупрессивной терапии. Сегодня у нас на учете состоит 139 реципиентов почки.

Наш опыт показывает, что трансплантация почки от живого родственного донора имеет значительные преимущества, а именно немедленная функция трансплантата, низкая частота криза отторжения, более мягкий режим иммуносупрессии, высокая выживаемость трансплантатов и пациентов.

Лечение больных ХБП во всем мире является не только медицинской, но и актуальной социальной задачей. При этом существенную роль в решении проблемы заместительной почечной терапии в нашей стране должна играть трансплантация почки, которая в настоящее время повсеместно рассматривается как оптимальный метод лечения терминальной ХБП, поскольку позволяет достичь наиболее высоких показателей выживаемости больных и качества их жизни при наиболее низких затратах на лечение.

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Махновская О.Г., Таратута Ю.А., Бронников И.В., Михайлюк Л.В.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шаповала», г. Харьков

Вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ) - частое осложнение хронической почечной недостаточности, которое развивается уже на ранних ее стадиях и характеризуется повышением продукции паратгормона (ПТГ) околотитовидными железами (ОЩЖ), ПТГ-индуцированной костной резорбции и нарушениями обмена кальция и фосфора. Хроническая природа почечной недостаточности способствует развитию и поддержанию ВГПТ у значительного числа пациентов, как до начала заместительной почечной терапии, так и на перитонеальном или гемодиализе.

По данным разных авторов, частота вторичного гиперпаратиреоза (ВГПТ) среди пациентов с ХПН, получающих лечение гемодиализом или перитонеальным диализом, составляет от 45 до 70 %. На фоне улучшения качества лечения продолжительность жизни больных на заместительной почечной терапии постоянно растет, однако, параллельно растет частота ВГПТ и тяжесть его костных проявлений.

В настоящее время ВГПТ является одним из самых тяжелых осложнений, так как существенно снижает качество и продолжительность жизни больных, получающих заместительную почечную терапию.

Когда развивается почечная недостаточность, происходит накопление в костях фосфора, а кальций в то же время депонируется в крови, причем последний остается на стабильно высоком уровне. Накопление фосфатов способствует снижению активности 1-гидроксилазы и стимуляции синтеза ПТГ. Уровень 1-гидроксилазы снижается также и за счет прогрессирующего нефросклероза.

Эти реакции ведут к снижению уровня кальцитриола, что неизменно приводит к гипокальциемии и гиперпродукции паратгормона и развитию вторичного гиперпаратиреоза.

При ХБП также имеет место дефицит витамина D, что приводит к гипокальциемии, которая способствует не только гиперпродукции ПТГ, но и последующей гиперплазии паращитовидных желез и развитию их аденомы. Эта гиперплазированная ткань уже мало чувствительна к регулируемому влиянию Са и витамина D. Считается, что количество кальциевых рецепторов в узлах паращитовидных желез снижается почти на 60%. ВГПТ характеризуется избыточной секрецией ПТГ в ответ на гипокальциемию, гиперфосфатемию и низкий уровень кальцитриола.

При повышении уровня ПТГ происходит нарушение развития скелета, дисфункция иммунитета, образование кальцификатов в сосудах и сердечных клапанах, гипертрофия левого желудочка, анемия. У больных с ХПН могут наблюдаться различные варианты остеопатий. Почечная остеодистрофия является одним из серьезных осложнений, наблюдаемых у больных, находящихся на ЗПТ.

Различают следующие формы почечных остеодистрофий, связанных с развитием ВГПТ:

- Фиброзный остит: протекает длительно бессимптомно, доминируют боли в костях, характерен кожный зуд, миопатия, диффузная кальцификация, анемия, переломы костей, костные деформации; уровень ПТГ > 500 нг/мл; высокая активность ЩФ, гиперфосфатемия.

- Остеомаляция: характерна для пациентов, получающих заместительную терапию гемодиализом; проявляется нарушениями минерализации кости, резко замедлено ремоделирование