

7. Robson C. J. Staging of Renal Cell Carcinoma // Prog. Clin. Biol. Res, 1982,100. — P. 439—445
8. 2002 National Kidney Foundation, Inc. K/DOQI Клінічні практичні рекомендації з хронічних захворювань нирок: Оцінка, Класифікація та Стратифікація

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Н.Н. Поляков, В.Л. Лисаченко, И.Н. Лященко, Ю.В. Сушко

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. Н. Шаповала»

В процессе подготовки больных детей к операции трансплантации почки, в ходе самой операции и в послеоперационном периоде важное прогностическое значение имеет результат каждого отдельно выполненного этапа лечебного комплекса. Правильная оценка каждого из них позволяет выработать наиболее рациональную тактику ведения больного, что упрощает и сокращает путь от начала его лечения до полной его реабилитации.

Наиболее действенный путь лечения ХПН у детей является или поддерживающий программный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или диализ с последующей трансплантацией почки. Основная задача программного гемодиализа у детей - это сохранить жизнь, максимально улучшить общее состояние до того момента, когда станет возможным трансплантация почки. У ребенка практически не бывает противопоказаний к проведению диализа. Своевременное решение о необходимости диализа приводит к лучшей адаптации больного к новым условиям существования и необходимо для формирования надежного сосудистого доступа. Введение в практику перитонеального диализа упрощает выполнение этой процедуры у детей, особенно в возрастной группе до 5 лет и позволяет выиграть время для созревания сосудистого доступа.

Несмотря на высокую эффективность диализной терапии, еще не сформированный детский организм не может длительно использовать ее как способ жизни. Привязанность ребенка к аппарату, зависимость его от водно-электролитного обмена, анемия, остеодистрофия, отставание в росте делает этот метод лечения временным этапом. В отличие от диализа трансплантация почки дает совершенно иное качество жизни. В развитых странах 80% детей после трансплантации учатся, начинают трудовую деятельность.

Материал и методы исследования. В Харьковском центре трансплантации в период с 2013 по 2016 год на лечении находилось 12 детей, которые перенесли родственную аллотрансплантацию почки в возрасте от 12 до 18 лет. По этиологическому фактору причиной ХПН у 8 детей - гломерулонефрит, у 4-аномалии развития мочеполовой системы.

При формировании сосудистого доступа для проведения гемодиализа предпочтение отдавалось формированию нативной фистулы в верхней трети предплечья неработающей верхней конечности (фистула Грасса). Это обусловлено малым диаметром сосудов и малым дебетом крови по артерио-венозной фистуле. Для увеличения длины артериализованной вены клапаны подкожных вен разрушались в дистальном направлении.

При аномалии развития мочеполовой системы, при наличии уретерокутанеостом или гидронефрозом почек (источники инфекции) в пред- и посттрансплантационный период выполнялись санационные нефрэктомии.

При нарушении функции паращитовидных желез и появления клиники вторичного гиперпаратиреоза, которая не поддавалась пульс-терапии, выполнялась субтотальная паратиреоидэктомия. Коррекция кальций-фосфорного обмена в детском возрасте очень важна, так как не завершена остеогенез и при высоком уровне паратгормона развивается деформация кости.

7 больных находились на гемодиализе а 5 пациентам трансплантация выполнена в додиализный период.

Во всех случаях донорский орган удалось разместить в подвздошной области забрюшинно. Время первичной тепловой ишемии было в пределах 1-2 минут, холодной ишемии 30 – 45 минут, вторичной тепловой ишемии -15-25 минут

В основном почечная артерия анастомозировалась с внутренней подвздошной артерией– 11 наблюдений (конец в конец). В одном случае при двухартериальной донорской почки анастомозы

накладывались как с наружной подвздошной артерией так и с внутренней подвздошной артерией. Венозный анастомоз формировался в большинстве случаев с наружной подвздошной веной.

Стартовая иммуносупрессивная терапия заключалась в более жестком режиме. Начальная доза такролимуса рассчитывалась из расчета 0,1 мг на 1 кг и ориентировалась на целевую концентрацию 10-12 нг/мл, которая назначалась за неделю до планируемой трансплантации. Во всех случаях индукционная терапия включала применение симулекта. Первичная функция трансплантата получена во всех случаях.

Итак, особенностями трансплантации почки у детей является:

- 1.использование детских диализаторов и магистралей, с малым объемом заполнения;
- 2.трудности формирования сосудистых доступов для гемодиализа (малый диаметр периферических артерий и вен);
- 3.анатомические особенности оперативного вмешательства;
- 4.агрессивная иммуносупрессия, необходимость применения 4-х компонентной схемы.

СОДЕРЖАНИЕ ВИСФАТИНА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

П.С. Семеновых, И.И. Топчий, В.Ю. Гальчинская, Т.Д. Щербань, М.М. Дунаевская
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков

Вступление. Ранняя диагностика и лечение поражения почек имеют принципиальное значение для улучшения прогноза у больных диабетической нефропатией (ДН). В связи с этим продолжается поиск новых диагностических и прогностических маркеров, которые отображали бы наиболее ранние стадии данного осложнения сахарного диабета (СД). В последние годы активно исследуют адгезивные, ангиогенные, тромбогенные факторы, а также медиаторы воспаления, к которым, в частности, относят висфатин. Висфатин – адипокин, который продуцируется висцеральными адипоцитами, клетками печени, костного мозга и мышц [1]. До недавнего времени висфатин рассматривался как фактор, который ассоциируется с метаболическим синдромом, ожирением и инсулинорезистентностью [1, 2]. Однако, исследования, касающиеся роли висфатина в формировании почечных поражений у больных с коморбидной патологией, в частности при сочетании диабета и ожирения, достаточно неоднородны и противоречивы.

Цель исследования: изучить содержание висфатина в периферической крови больных СД 2-го типа с учетом индекса массы тела (ИМТ) и нарушения функции почек.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 94 больных СД 2-го типа с разными стадиями ДН. Среди обследованных было 45 мужчин и 49 женщин, средний возраст пациентов – (53,9±1,8) лет.

Диагноз и стадию ДН устанавливали в соответствии с классификацией Mogensen С.Е. (в 1983 г.).

Больные были распределены на группы в зависимости от степени поражения почек. В первую группу включили 58 человек с начальными доклиническими стадиями заболевания – ДН I-III стадий по Mogensen. Вторая группа состояла из 36 больных с выраженными клиническими проявлениями поражения почек: протеинурией и снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) - ДН IV-V стадий. В зависимости от ИМТ больные были распределены следующим образом: 32 обследованных имели нормальные значения ИМТ и 62 больных – повышенный ИМТ.

Контрольная группа состояла из 10 практически здоровых лиц.

Определение протеинурии проводили методом Робертса-Стольниковца.

Функцию почек оценивали с учетом скорости клубочковой фильтрации, которую вычисляли по формуле MDRD.

Концентрацию висфатина определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производства «RayBiotech, Inc.» (США).

Статистическую обработку проводили с помощью компьютерной программы “SPSS 13”. Статистические гипотезы о разнице средних проверяли, используя непараметрический критерий Манна-Уитни. Достоверными считали расхождения при $p < 0,05$. Данные представлены как среднее значений, которые измеряли в двух параллельных пробах (M), и стандартная ошибка (m).