

вследствие возможного развития гиперкалиемии. Дозы препаратов и их комбинация подбирались индивидуально.

У всех больных данной группы выявлена анемия (83-118 г/л), причиной развития которой являлись гематурия, уремический фактор, снижение синтеза ЭПО. Характер анемии зачастую является гипохромным, вследствие нарушения всасывания железа в желудочно-кишечном тракте. У пациентов с ПП продукция ЭПО менее снижена, чем в других группах почечных больных, поэтому при лечении анемии этой категории пациентов в основном мы применяли препараты железа (перорально и внутривенно), фолиевой кислоты и витамины группы В, эритропоэтины получали 8 пациентов (30%).

Возникающие у наших пациентов гематурии были связаны с обострением воспалительных явлений в почках, а также проведением гепаринизации во время гемодиализа. В лечении, наряду с гемостатической терапией (дицинон, транексановая кислота, аминокапроновая кислота), проводилась антибактериальная терапия препаратами, проникающими через стенки кист и активными в отношении возбудителей инфекции (левомицетин, бисептол, фторхинолоны).

Двое пациентов (мужчины 40 и 64 лет), получающих гемодиализ, были прооперированы в связи с нагноением кист (удалено по одной почке).

Как известно, ПП нередко сочетается с наличием кист в печени. В наших наблюдениях из 24 пациентов кисты печени выявлены у 18 (75%). Этим пациентам проводилось УЗИ-мониторирование и контроль печеночных проб 1 раз в квартал. Случаев нагноения, или разрыва кист не зафиксировано. В случае повышении уровней трансаминаз пациентам назначалась гепатопротекторная терапия.

Необходимо отметить, что у больных ПП наиболее выражено нарушение фосфорно-кальциевого обмена, возникающего на более ранних стадиях развития почечной недостаточности из-за структурных и функциональных изменений в паренхиме почек, способствующих потери солей и запускающих каскад нарушений фосфорно-кальциевого обмена.

Выявлено, что уровень паратгормона у женщин в среднем составлял 412,76 пкг/мл, уровень общего кальция - 2,2 ммоль/л, ионизированный кальций - 1,0 ммоль/л, уровень фосфора - 2,29 ммоль/л; у мужчин уровень паратгормона - 336,6 пг/мл, уровень общего кальция - 2,3 ммоль/л, ионизированный кальций - 1,1 ммоль/л, уровень фосфора - 1,1 ммоль/л. Более выраженные нарушения фосфорно-кальциевого обмена у женщин мы связываем с присоединением менопаузы. Коррекцию фосфорно-кальциевого обмена проводили назначением препаратов ацетата кальция, витамина Д3, рекомендовали фосфат-связывающие препараты (чаще всего альмагель). При необходимости проводили денситометрию.

С учетом того, что у пациентов с ПП по аутосомно-доминантному типу сопутствующим осложнением нередко являлись сердечно-сосудистые нарушения (поражения сердечных клапанов), больным регулярно проводили УЗИ-мониторирование сердца, а при необходимости – консультацию и лечение у врача кардиолога.

Еще одним осложнением при ПП является развитие внутричерепных аневризм (аневризмы Шарко), и при возникновении неврологической симптоматики (явления полинейропатии, головных болей, дезэквилибриум-синдрома) наши пациенты консультировались невропатологом и, при необходимости, выполняли МРТ и КТ-исследования головного мозга.

Выводы: Таким образом, поликистоз почек, наследуемый по аутосомно-доминантному типу, сочетается со многими другими структурными и функциональными изменениями в организме. Почечная недостаточность, как исход ПП, требует заместительной почечной терапии, а при коррекции имеющихся изменений необходимо учитывать их причину и характер.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОЛІОМАВІРУС-АСОЦІЙОВАНОЇ ХРОНІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТРАНСПЛАНТАТУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РОДИННОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ

В.М. Лісовий, Н.М. Андоньєва, М.М. Поляков, М.О. Желєзнікова

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Областний клінічний центр урології і нефрології ім.В.І.Шаповала»

Вступ: Протягом останніх років проблема надання високоспеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок є соціально значущою. За даними літератури трансплантація

нирки є найбільш ефективним та економічно вигідним методом ниркової замісної терапії при розвитку уремичного синдрому. У Харківській області реєстр хворих з хронічними хворобами нирок складає близько 44 тисяч пацієнтів, у тому числі 500 пацієнтів, які отримують різні методи замісної ниркової терапії. Серед них на диспансерному обліку у відділенні трансплантації нирки на початок 2016р. знаходилось 110 хворих.

У зв'язку з впровадженням в практику більш дієвих схем імуносупресивної терапії та зниженням частоти реакцій відторгнення трансплантату важливою причиною втрати алотрансплантатів нирок стали латентні вірусні інфекції. Серед них можна виділити поліомавірусну інфекцію, характерними проявами якої є тубулоінтерстиціальний нефрит, геморагічний цистит, а також стеноз сечоводу. Дискутабельним залишається питання про вплив різних схем імуносупресії на ризик реактивації поліомавірусної інфекції.

Матеріали та методи: На базі відділення трансплантації нирки Харківського нефроурологічного центру було обстежено 21 пацієнт з дисфункцією ниркового трансплантату строком до 2х років після операції. З них 13 хворих було чоловіків та 8 жінок. Реципієнти були розподілені на 3 групи: 1- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені циклоспорин А, інгібітор mTOR (еверолімус) та стероїди(14,3%); 2- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені циклоспорин А, мікофенолати та стероїди (47,6%); 3- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені такролімус, мікофенолати та стероїди(38,1%). Маркером реактивації поліомавірусної інфекції було виявлення «decoy-клітин» у сечовому осаді.

Результати: При обстеженні «decoy-клітини» були виявлені у 2х пацієнтів з дисфункцією трансплантату (9,5%), які отримували такролімус, мікофенолати та стероїди протягом 1го року після трансплантації нирки. У одного з них був виявлений стеноз сечоводу трансплантату. У цих реципієнтів була проведена конверсія імуносупресії на низькі дози циклоспорину А. Протягом 6 місяців у хворих спостерігався ріст клубочкової фільтрації на 30 %($p \leq 0,05$), рівень креатиніну знизився на 40%($p \leq 0,05$), протеїнурія зменшилась на 55%($p \leq 0,05$). В даному дослідженні аналізуючи випадки поліомавірусасоційованої дисфункції трансплантату нирки тактика ведення даних хворих виявилась ефективною та дозволила попередити втрату функції трансплантату.

Висновки: Відсутність специфічних противірусних препаратів для лікування поліомавірусної інфекції призводить до необхідності рутинного скринінгу ре-активації вірусу та своєчасної профілактики розвитку хронічної дисфункції трансплантату.

ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ДОНОРІВ ПРИ РОДИННІЙ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ

В.М. Лісовий, Н.М.Андон'єва, М.М. Поляков, С.О. Олянич

Харківський національний медичний університет

КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала»

Трансплантація нирки на сьогоднішній день повсюдно розглядається як оптимальний метод лікування термінальної ХХН, оскільки дозволяє виключити виникнення ускладнень, що присутні у «діалізних пацієнтів» та суттєво покращує якість життя останніх. Ще одною значною перевагою трансплантації є її виражена економічна ефективність у порівнянні з діалізом [2,4].

Число пересадок нирки, що виконуються щорічно, неухильно зростає. Однак світова тенденція полягає у тому, що число пацієнтів, котрим потрібна трансплантація нирки, зростає щорічно. Дослідниками виявляється неухильне зростання дефіциту донорських органів, а також проблема підбору «ідеальних» донорів [1,8].

Альтернативним напрямом в сучасній трансплантології, що дозволяє знизити дефіцит донорських органів і зменшити час у листі очікування, є використання донорів, що не підпадають під визначення «ідеальних». Для збільшення пулу донорів в усьому світі широко використовують донорів з розширеними критеріями[5,6], які раніше відхилялись через погляди, що використання цієї групи не має перспективи, а результати трансплантації будуть значно гірші, ніж при використанні «ідеальних» донорів. Сучасні дослідження показують, що результати такої трансплантації демонструють кращу