расценивалась как проявление острого канальцевого некроза и предполагалась возможность восстановления функции почки, в связи с чем трансплантатэктомия не выполнялась.

16.02.15 больной обратился в отделение трансплантации с явлениями макрогематурии, общей слабости. При объективном осмотре трансплантат не напряжен, безболезненный, мочеиспускание свободное, безболезненное, суточный диурез ≈ 100,0 мл. В клиническом анализе крови – анемия (эр $2,6*10^{12}$/л, Hb 81 г/л) При биохимическом анализе крови определяется кальций на уровне 2,12-2,25 ммоль/л, повышение уровня фосфора неорганического до 1,97 ммоль/л. В клиническом анализе мочи эритроциты до ¼ п/з

При ультразвуковом исследовании в левой подвздошной области определяется трансплантат 8,5*4,5 см, структура однородная, эхогенность снижена. Сосудистая картина отсутствует.

Данная ситуация была расценена как возможное проявление некроза трансплантата или венозного тромбоза, в связи с чем больной взят в операционную. При операции трансплантат плотной консистенции, багрово-синюшного цвета. Большая часть почки покрыта солевыми напластованиями темно-желтого цвета. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Продолжает получать заместительную терапию методом амбулаторного гемодиализа.

Данное клиническое наблюдение показывает редкий случай висцеральной кальцификации, проявившейся развитием нефрокальциноза утратившего функцию трансплантата, а в последствии некрозом трансплантата, что потребовало выполнения трансплантатнефрэктомии.

Рис. 1. Удаленный трансплантат.

Рис. 2. Удаленный трансплантат при продольном разрезе.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Лесовой В.Н., Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Лесовая А.В..
Харьковский национальный медицинский университет
КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. И. Шаповала», г. Харьков

Прогноз качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на перитонеальном диализе (ПД) во многом зависит от сопутствующей патологии, которая зачастую не только усугубляет тяжесть течения основного заболевания, но и приводит к необходимости совместного ведения пациента врачами других специальностей. Злокачественные новообразования (ЗН) и ХБП в настоящее время стали наимасштабнейшими неинфекционными эпидемиями, которые охватили население всего мира. По данным международных регистров каждый 10-й житель планеты страдает ХБП, а риск возникновения онкопатологии в общей популяции превышает 20%.

Ассоциация между терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН) и новообразованиями известна давно. Stewart и соавт. показали, что у пациентов на заместительной почечной терапии новообразования выявляются в 4 раза чаще. Wong и соавт., в Австралии в течение 10 лет наблюдали за 3654 пациентами с ХБП в возрасте 49-97 лет и выявили раковые заболевания у 19,5% из них (711 случаев). Мужчины с ХБП 3 стадии имели повышенный риск новообразований, начиная со скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 55 мл/мин. На каждые 10 мл/мин снижения СКФ риск новообразований возрастал на 29%, и наиболее частыми являлись опухоли мочеполовой системы.

Так, существуют данные, согласно которым у пациентов с хронической почечной недостаточностью, особенно в терминальной стадии, которая требует применения методов почечнозаместительной терапии (ПЗТ), многократно повышается (в 5-100 раз по данным разных исследований) риск развития рака почки. Одновременно доказано, что частота возникновения рака почки направления зависит от продолжительности диализной терапии. Так, по данным обширного исследование, проводившегося в Японии в течение 22 лет, ежегодная заболеваемость раком почки у больных на диализе составляла 191 случай на 100 тыс. пациентов, 112 случаев на 100 тыс. пациентов на диализе продолжительностью менее 10 лет и 438 случаев рака почки на 100 тыс. пациентов на диализе больше 10 лет.

Следовательно, с одной стороны ХБП является независимым предиктором развития новообразований, с другой – у лиц с опухолями почек велик риск развития или усугубления течения ХБП, связанных с проведением лечебных манипуляций по поводу злокачественных новообразований. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, прогрессирующий характер ЗН и ХПБ приводят у значительной части больных к инвалидизации и повышают риск смерти, а наличие этих состояний как коморбидных, особенно в терминальной стадии ХПБ, значительно снижают шансы больного на выживание.

Особенности процедуры ПД, которая требует регулярного мониторинга показателей адекватности проведения процедуры, позволяет своевременно выявить опухолевый процесс. По данным наших исследований за 10 лет ведения пациентов на ПД была диагностирована опухоль почки у 4 больных, опухоль предстательной железы - у 2-х, опухоль молочной железы – у 2-х, меланома кожи – у 3-х больных, множественная миелома – у 2-х больных. Приводим некоторые из наших клинических наблюдений.

Больная Б., 60 лет, получала ПЗТ методом постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) в связи с тХПН вследствие поликистоза почек. Из семейного анамнеза известно, что кистозной болезнью страдала мать пациентки, а также ее младшая дочь. На 4-м году ПЗТ состояние больной ухудшилось: возникла слабость, температура повысилась до 37,5°С, появились примеси крови в моче.

Объективно: кожные покровы бледные, пальпировались больших размеров бугристые безболезненные почки. По данным лабораторного обследования: анемия - Hb 72 г/л, в клиническом анализе мочи - кровянистый осадок, атипичные клетки не выявлены. При ультразвуковом исследовании – почки 20,0 х 10,5 см, представленные кистами справа до 7,5 см, слева - до 6,5 см, паренхима и чашечно-лоханочная система не дифференцируются. Консервативная гемостатическая терапия была неэффективной. При цистоскопии выделилось 50 мл геморрагически окрашенной мочи из устья левого мочеточника. Проведена левосторонняя нефрэктомия, однако в послеоперационном периоде сохранилась гематурия, а также наблюдалось стойкое повышение температуры до 38,5°С. При повторном УЗ-исследовании в среднем сегменте правой кистозно-дегенеративной почки выявлено мягкотканное образование диаметром 5 см, в связи с чем была проведенная правосторонняя нефрэктомия. Интраоперационно был подтвержден диагноз злокачественного новообразования почки, гистологически верифицирован светлоклеточный рак в правой поликистозной почке. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В дальнейшем пациентка получала ПАПД. Противоопухолевое лечение не проводилось, так как своевременно была проведена нефрэктомия и отсутствовало метастазирование. На протяжении 6-ти следующих лет процедура ПАПД была адекватной: КТ/V составлял 2,2-2,4.

Больной С., 58 г., страдал гипертонической болезнью с поражением почек. На протяжении 2,5 лет получал ПД. Процедура ПД имела адекватные параметры (КТ/V 2,3±0,4), состояние больного было стабильным, основные синдромы ХБП компенсированы, что контролировалось ежемесячно при амбулаторных визитах. Ежегодно больной осматривался урологом, исследовался уровень простатспецифического антигена (ПСА).

Ухудшение состояния проявилось снижением показателей эффективности диализа, ростом азотемических показателей, анемией, ускорением СОЭ, высокими уровнями С-реактивного белка, щелочной фосфатазы. Через 3 дня у больного возникли дизурические явления и острая задержка мочи. Исследован ПСА: без разведения 28,8, свободный 5,2%. Per rectum предстательная железа асимметрична, увеличена за счет уплотненной правой доли, патогистологески: рак простаты G2, сумма по Глисону 5-6. При КТ органов малого таза выявлены признаки новообразования предстательной железы, данных за метастатический процесс в малом тазу не было.

Радикальная простатэктомия не была рекомендована в связи с тяжестью основного заболевания. Назначена терапия золодексом 3,6 мг 1 раз в месяц. Через 2 месяца терапии состояние больного расценивалось как удовлетворительное, ПСА в пределах нормы. Через 3 года после выявления рака предстательной железы больной продолжает ПД в начальной дозе, KT/V 2,2±0,17, сохраняется диурез до 0,5 л/сут, мочеиспускание свободное, ПСА имеет нормальные значения.

Больная С., 49 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение Областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала в марте 2009 года. Заболела за месяц до этого. Лечилась в терапевтическом отделении центральной районной больницы по поводу двусторонней плевропневмонии. Во время пребывания в ЦРБ у больной выявлена протеинурия 0,27 г/л, креатинин сыворотки крови 1480 мкмоль/л, гемоглобин 105 г/л, СОЭ 70 мм/ч, в связи с чем госпитализирована в специализированное нефрологическое отделение.

При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Лабораторно - уровень гемоглобина 105 г/л, эритроциты $3,5x10^{12}$/л, лейкоцитоз $9,8x10^{9}$/л, ускоренная ШОЕ до 70 мм/ч, повышение уровня азотемии - мочевина сыворотки крови - 20,3-26,8 ммоль/л, креатинин -1100-1250 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови - 65,8 г/л. При ультразвуковом исследовании - признака диффузной патологии паренхимы почек, толщина коркового слоя 2 см. На ЭКГ - ритм синусовый, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Рентгенологически - правосторонний экссудативный плеврит. Исследование крови на LE-клетки и антинуклеарную ДНК отрицательны.

Учитывая отсутствие нефрологического анамнеза, умеренно выраженный мочевой синдром, анемию, которая протекала на фоне лихорадки, проводился дифференциальный диагноз между системным васкулитом по типу системной красной волчанки, синдромом Гудпасчера и миеломной болезнью. Однако учитывая результаты дополнительного обследования, а именно уровень общего белка крови 67,9 г/л, уровень кальция сыворотки крови 1,5 ммоль/л; при рентгенологическом исследовании плоских костей черепа, таза патологические изменения не выявлены; консультация гематолога - данных за заболевание крови нет; нефробиопсия от 15.03.2009 г. - хронический интракапиллярный гломерулонефрит со сморщиванием ряда клубочков, был установлен диагноз: хронический гломерулонефрит и решен вопрос о проведении ПЗТ методом перитонеального диализа, в связи с чем больной был имплантирован катетер Тенкхоффа и начата терапия ПАПД.

Процедура ПАПД выполнялась адекватно: уровень мочевины сыворотки крови - 14,2 ммоль/л, индекс KT/V составлял от 2,1 до 3,2, недельный клиренс креатинина - до 66,3 л, диурез - 0, ультрафильтрация - от 1,3 до 2,0 л. Несмотря на показатели, которые свидетельствовали об эффективности заместительной почечной терапии методом ПАПД, состояние больной существенным образом не изменилась, нарастала анемия - уровень гемоглобина 75-80 г/л, эритроциты $2,8x10^{12}$/л, СОЭ 65-70 мм/ч.

В ноябре 2009 года у больной впервые появились интенсивные боли в костях таза. Наличие протеинурии, анемии позволило повторно заподозрить миеломную болезнь и назначить консультацию гематолога. При проведении стернальной пункции выявлена плазмоклеточная метаплазия. Больной установлен диагноз: множественная миелома GB, диффузный вариант, но в связи с тяжелым состоянием рекомендовано продолжить лечение у нефролога. На протяжении 2-х месяцев больная получала полихимиотерапию: 6 г циклофосфана, 2 г винкристина, 20 мг метипреда ежедневно, после чего прекратились боли в костях, повысился уровень гемоглобина сыворотки крови. В катамнезе через 5 лет от начала ПЗТ больная продолжает получать ПАПД.

Остальные наблюдения, касающиеся выявления в процессе проведения ПД опухоли молочной железы у 2-х пациенток, были связаны с лишь диагностикой опухоли, специфическая противоопухолевая терапия не проводилась. Диагностика меланомы кожи у 3-х пациентов была проведена в Институте медрадиологии, проводилась противоопухолевое лечение, при этом больные продолжали получать ПАПД. В катамнезе через 3 года после диагностики опухолевого процесса продолжают получать ПД, состояние компенсировано.

Таким образом, перитонеальный диализ может с успехом применяться в комплексном лечении онкозаболеваний у больных с ХБП при условии обеспечения адекватной дозы диализа и проведения специфической терапии в зависимости от вида онкопатологии.

Указанные наблюдения демонстрируют, что систематическое наблюдение в ходе проведения ПД дало возможность своевременно диагностировать злокачественные новообразования, а проведение адекватного специального лечения онкопатологии и ПЗТ в условиях нефроурологического центра обеспечило сохранение жизни пациентам с сочетанной патологией, которая обычно имеет фатальные результаты.