

Таб. 2. Показатели М (Мин, Макс.) возраста, гемоглобина до трансплантации и к моменту выписки, прироста гемоглобина и длительности госпитализации

Параметры в виде М (мин.; макс.)	Группа стандартной терапии ЭПО (группа 1, n = 8)	Группа терапии пролонгированными стимуляторами эритропоэза (группа 2, n = 5)	p (U-критерий Манна-Уитни)
Возраст, лет	31,5 (26; 46)	36,4 (28; 47)	0,164
Гемоглобин крови при выписке, г/л	106,6 (91; 124)	130,8 (122; 142)	0,005
Гемоглобин крови при поступлении, г/л	89,9 (75; 116)	102 (92; 113)	0,107
Δ гемоглобина крови при выписке / при поступлении, г/л	15,5 (8; 18)	28,8 (22,0; 36,0)	0,003
Длительность госпитализации, дней	22,5 (17; 32)	16,6 (13; 18)	0,023

группе, равной 32349,25 руб., а во 2-ой группе – 10778,16 руб.

Выводы:

1. Полученные предварительные данные свидетельствуют о клинической эффективности применения пролонгированных стимуляторов эритропоэза в раннем послеоперационном периоде после трансплантации почки.

2. Сравнение малых выборок позволяет предполагать клинические преимущества применения пролонгированных стимуляторов эритропоэза над стандартной терапией рекомбинантным ЭПО.

3. Медико-экономическая эффективность метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтина бета выше, чем у стандартных препаратов ЭПО.

БЫСТРОЕ СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В РАННЕМ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Липатов К.С.¹, Загайнов В.Е.², Васенин С.А.¹, Рыхтик П.И.¹

¹ ФГУ «ПОМЦ ФМБА России», Нижний Новгород, Россия;

² ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия;

Введение. В настоящее время наиболее широко используемой схемой иммуносупрессии после пересадки почки является трехкомпонентная терапия: ингибитор кальциневрина + производные микофеноловой кислоты + глюкокортикостероиды (ГКС). И, хотя существуют протоколы с полной отменой ГКС у реципиентов почечного трансплантата, их применение часто лимитировано, например стоимостью или доступностью современных иммуносупрессивных препаратов в России. Вместе с тем применение ГКС связано с наибольшим количеством побочных эффектов. В свою очередь тяжесть осложнений ГКС терапии определяется длительностью применения и высокими дозировками.

Цель – оценить безопасность быстрого снижения дозы ГКС у пациентов после трансплантации почки в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов, которым была произведена трансплантация почки в условиях ФГУ «ПОМЦ ФМБА России». Из них: 28 трансплантаций от живого родственного донора, 18 – от донора с установленной смертью мозга. Средний возраст – $35,9 \pm 1,4$ лет. Мужчины/женщины – 28/18. Во всех случаях с первых послеоперационных суток применялась трехкомпонентная схема иммуносупрессии: метилпреднизолон + ингибитор кальциневрина + производные микофеноловой кислоты. Стандартно у всех больных использовалась индукция иммуносупрессии моноклональными анти-CD-25 антителами (даклизумаб или базиликсимаб). Глюкокортикостероидная терапия заключалась в интраоперационном (за 30 мин до пуска кровотока в трансплантате) в/в введении метилпреднизолона в дозе не более 7 мг/кг, и затем дважды с интервалом в 12 часов в/в в дозе 250 мг и пероральной терапии со вторых суток после трансплантации. Пероральная терапия метилпреднизолоном начиналась с дозы 0,5 мг/кг/сут. (в пересчете на преднизолон) с последующим быстрым снижением по 3 таб. каждые 3–4 дня. На момент выписки из стационара средняя доза ГКС составила $1,6 \pm 0,4$ таб./сут.

Результаты. Все пациенты описываемой группы имели гладкое течение послеоперационного периода. В двух случаях отмечалась отсроченная функция трансплантата, что составило 0,04%. Нормализация показателей азотного обмена отмечалась на $4,1 \pm 0,5$ сут. Все пациенты выписаны из стационара со стабильной функцией трансплантата почки, контролируемой артериальной гипертензией и удовлетворительными показателями основных биохимических маркеров (см. таб. 3.). Средний срок госпитализации составил – $22,4 \pm 1,4$ дня.

При последующем динамическом наблюдении пациентов в течение ($1,6 \pm 0,2$ г.) был выявлен один случай острого отторжения, подтвержденного биопсией, которое развилось на фоне ЦМВ-инфекции тяжелого течения, что составило 2,2 %.

Выводы:

1. Быстрое снижение дозы ГКС в раннем послеоперационном периоде в условиях трехкомпонентной иммуносупрессии в сочетании с индукцией анти-CD-25 антителами безопасно и не ведет к увеличению частоты эпизодов острого отторжения в течение первых двух лет после трансплантации.

2. Требуется дальнейшие исследования вопрос влияния быстрого снижения дозы ГКС до минималь-

ной на развитие отдаленных побочных эффектов кортикостероидной терапии у реципиентов почечного трансплантата.

Таб. 3. Основные биохимические, инструментальные и клинические показатели к моменту выписки пациентов из стационара:

Параметры (n = 46)	M ± m
Глюкоза крови, ммоль/л	$4,6 \pm 0,1$
Креатинин крови, мкмоль/л	$120,1 \pm 6,9$
Альбумин крови, г/л	$40,9 \pm 1,0$
Холестерин крови, ммоль/л	$6,1 \pm 0,2$
С-реактивный белок, мг/л	$2,9 \pm 0,7$
Систолическое АД, мм. рт. ст.	$131,1 \pm 2,4$
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	$82,5 \pm 1,7$
Гемоглобин крови, г/л	$119,2 \pm 3,6$
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин	$66,3 \pm 4,1$
Индекс резистентности (дуговые артерии)	$0,67 \pm 0,1$
Среднее количество гипотензивных препаратов, шт.	$1,7 \pm 0,1$

ПРОГРАММА МУЛЬТИОРГАНОГО ДОНОРСТВА ФНЦ ТИИО ИМ. В.И.ШУМАКОВА НА ТЕРРИТОРИИ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*Мойсюк Я.Г., Погребниченко И.В., Бельских Л.В.,
Вавилов А.В., Шемакин С.Ю.*

ФГУ ФНЦ трансплантологии и искусственных органов
им. В.И.Шумакова МЗ и СР РФ, Москва, Россия.

Отдел координации органного донорства ФНЦ ТиИО им. В.И. Шумакова осуществляет свою работу на различных территориях, в том числе, с 2008 года, в 14 стационарах Московской области (МО). Специалисты этих лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) прошли подготовку по правовым и организационным аспектам органного донорства и основам трансплантационной координации, на школах Ассоциации Трансплантационных Координаторов (АТК). В 2008 году, по инициативе ФНЦ, совместно с МОНИКИ были внесены изменения в приказ по организации органного донорства на территории МО, где была регламентирована работа по диагностике смерти мозга (СМ), и определены функциональные обязанности лиц, ответственных за организацию донорства в ЛПУ, что создало почву для выполнения мультиорганных эксплантаций на территории МО.

Проводимая работа привела к увеличению количества эффективных доноров полученных ФНЦ из стационаров МО в период с 2 в 2007 году, до 14 в 2009 году. Также с 2008 года в стационарах МО впервые стала выполняться диагностика смерти мозга: 6 случаев, что составило 50% от общего количества эффективных доноров. В 2009 году процент изъятия при установленном диагнозе СМ составил 69%. Мультиорганные эксплантации: в 2008 г. выполнены в 25% случаев и 56% случаев в 2009 году. Что привело к увеличению количества полученных трансплантатов от одного донора с 2,2 в 2008 г до 3,0 в 2009 году.

По результатам первого квартала 2010 года можно прогнозировать дальнейшую положительную динамику в виде увеличения числа эффективных доноров и мультиорганных изъятий. Эффективных доноров в 1 кв. 2010 г. – 12, изъятия у доноров с диагнозом СМ выполнены в 92%, а мультиорганные в 67% случаев. В результате получено 47 трансплантатов, т. е. 3,92 органа от одного донора.

Следует отметить, что в структуре работы доля вызовов в стационары МО по отношению к вызовам в стационары г. Москва увеличилось с 33% (18) в 2008 году до 53% (48) в 2009 году. Соответственно увеличилось количество полученных из МО органов: