ния фиксированных иммуноглобулинов (G,M,A), компонентов комплемента и экспрессии HLA-DR антигенов. Степень отторжения оценивали согласно классификации ISHLT от 2004 г.

Результаты: острое гуморальное отторжение с клиническими проявлениями отмечали более чем в 20% случаев. При этом в стенках капилляров миокарда выявляли фиксацию IgM или IgM+IgG и C4d компонента комплемента с вовлечением 70–90% сосудов. Количество случаев гуморального отторжения с нарушением насосной функции трансплантата, приведшее к летальному исходу, не превысило 4%. Выраженную экспрессию HLA-DR антигенов на эндотелии сосудов наблюдали во всех случаях отторжения. Подтверждением деструктивного процесса в трансплантате являлась фиксация фибрина в стенках капилляров.

Сравнительная оценка иммуногистохимического анализа и данных ангиографии показала, что при развитии ранних гуморальных атак в первые 8 недель после трансплантации, ангиографические изменения появлялись в среднем в течение 3 лет после пересадки сердца. При появлении признаков отторжения в более поздний период, ангиографические изменения выявляли в среднем через 5,5 лет.

Заключение: диагноз острого гуморального отторжения с уверенностью можно ставить в случае одновременного выявления морфологических изменений и обнаружения полных иммунных комплексов, фиксированных в стенках капилляров миокарда. Риск возникновения отторжения сохраняется на протяжении всей жизни трансплантата.

Прослеживается тенденция более быстрого развития болезни сосудов трансплантата у пациентов с ранними проявлениями гуморальной реакции.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТАТА ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ СТИМУЛЯТОРОВ ЭРИТРОПОЭЗА

Липатов К.С.¹, Загайнов В.Е.², Васенин С.А.¹, Горшкова Т.Н.¹

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

² ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Введение. Проблема посттрансплантационной анемии у реципиентов трансплантата почки весьма актуальна. «Ренальная» анемия, как правило, полиэтиологична, однако, основной причиной остаётся дефицит эндогенного эритропоэтина (ЭПО). Учитывая малые объемы интраоперационных кровопотерь, отработанные иммуносупрессивные протоколы, анемия в раннем периоде после трансплантации почки, вероятно, так же в большей мере связана с дефицитом эндогенного ЭПО. Вместе с тем коррекция анемии улучшает течение раннего послеоперационного периода, способствует раннему заживлению тканей, быстрой реабилитации больного, снижению сроков госпитализации.

Цель – сравнить действие стандартной терапии препаратами ЭПО и пролонгированных стимуляторов эритропоэза в ранних сроках после трансплантации почки.

Материалы и методы. Метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета, относящийся к пролонгированным стимуляторам эритропоэза с периодом полувыведения 132 ч, применялся у 5 больных сразу после пересадки почки (группа 2). В группу сравнения отобраны 8 реципиентов трансплантата почки, получавшие стандартную терапию препаратами рекомбинантного ЭПО в раннем послеопе-

рационном периоде (группа 1). Все сравниваемые пациенты имели хронический гломерулонефрит, как причину ТХПН. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу. Все пациенты получали трехкомпонентную схему иммуносупрессии (микроэмульсия циклоспорина А+производные микофеноловой кислоты+кортикостероиды), дозы которых были стандартизованы либо по массе тела, либо по концентрации в крови. Все пациенты имели интраоперационную кровопотерю не более 100 мл. Данные обрабатывались при помощи методов непараметрической статистики с применением пакета Statistica 6,0.

Результаты. Пациенты, получавшие терапию метоксиполиэтиленгликоль-эпоэтин бета, имели средний прирост гемоглобина 28,8 г/л (22;36) в отличие от реципиентов, которые находились на терапии стандартным рекомбинантным ЭПО, где эта величина составила 15,5 г/л (8;18). Пациенты 2-ой группы имели достоверно более высокий уровень гемоглобина крови к моменту выписки и меньший средний койко-день с момента трансплантации, по сравнению, с пациентами 1 группы (см. Таб. 2.).

Кроме того, нами была проведена первоначальная сравнительная оценка затрат на лечение стимуляторами эритропоэза в раннем послеоперационном периоде. Во 2-ой группе среднее количество шприцев метоксиполиэтиленгликоля-эпоэтин бета (50 мкг) составила 1,2 (1;2) шт. на одну госпитализацию, тогда как в 1-ой группе среднее количество шприцев рекомбинантного эритропоэтина в дозе 2000 ед. составило 20,8 (8;40) шт. на одну госпитализацию, что определило среднюю стоимость курса лечения стимуляторами эритропоэза в 1-ой

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)	р (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 ± 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 ± 0,4 таб./сут.