

инфекцией была выявлена для A29, B8, B47, DRB1*01. Протективными свойствами обладали, прежде всего, антигены/аллели генов A7, A11, A25(10), A26(10), A28, A31(19), A32(19), A33(19), A68(28), B51(5), B45(12), B62(15), B38(16), B39(16), B18, B49(21), B55,56(22), B35, B41 и DRB1*07, DRB1*08, DRB1*09, DRB1*11, DRB1*12, DRB1*13, DRB1*14 и DRB1*15.

Литература

1. Бибков, Б.Т. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2007 г.г. / Б.Т. Бибков, Н.А. Томилина // Нефрология и диализ.– 2009.– Т.11.– №3.– С.144–233
2. Инфекции в трансплантации / под редакцией С.В. Готье.– Тверь ООО «ТриадаХ».– 2011.– С. 223–247.
3. Fishman, J.A. Issa NC. Infection in organ transplantation: risk factors and evolving patterns of infection / J.A. Fishman // Infect Dis Clin North Am.– 2010 Jun.– 24(2).– P. 273–83
4. Emery, V.C. Importance of the cytomegalovirus seropositive recipient as a contributor to disease burden after solid organ transplantation / V.C. Emery, K. Asher, C.D. Sanjuan // J Clin Virol.– 2012.– Mar 21.
5. Association of human cytomegalovirus viremia with human leukocyte antigens in liver transplantation recipients / J. Hu [et al]// Acta Biochim Biophys Sin (Shanghai).– 2011.– Jul;43(7).– P. 576–81.
6. Association between antibody response against cytomegalovirus strain-specific glycoprotein H epitopes and HLA-DR / K. Ishibashi [et al]// Microbiol Immunol.– 2009.– Jul;53(7).– P. 412–6.
7. Detection of human leukocyte antigen compatibility and antibodies in liver transplantation in China / X.Q. Meng [et al]// Hepatobiliary Pancreat Dis Int.– 2009 Apr.– 8(2).– P. 141–5.
8. Зарецкая, Ю.М. Иммунология и иммуногенетика человека / Ю.М. Зарецкая, Е.Г. Хамаганова, М.И. Губарев.– М., «Триада-фарм».– 2002.– С. 81–83.
9. Sweigaard, A. HLA and disease associations: detecting the strongest associations/ A. Sweigaard, L.P. Ryder// Tissue Antigens.– 1994.– V.43.– P.18–27.

THE ASSESSMENT OF THE RISKS MANIFESTATION OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN RENAL RECIPIENTS

A.A. AVDEEVA, L.V. LIMAREVA, A.V. KOLSANOV, S.I. POPOVA

Samara State Medical University 443099 Chapayevskaya street, 89, Samara, Russian Federation

The analysis of results of clinico-immunogenetics testing in the patients with a terminal stage of chronic renal failure with account of the risks of development of CMV infection in the early and remote postoperative period was carried out. It is shown that the frequency of detection of clinical and laboratory signs of CMV - infection depends on the type of renal replacement therapy in the patients received prior to kidney transplantation. Identified antigens (alleles of genes) HLA system, associated with the development of terminal stage of chronic renal insufficiency, and those with a high risk of the manifestation of CMV infection in the postoperative period.

Key words: terminal stage of chronic renal failure, renal transplantation, HLA-system, CMV-infection.

УДК 616.61-0.89.819.843-06:616.631.14-07-085-089

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОЙ АНУРИЕЙ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.

А.В. КОЛСАНОВ, Б.И. ХАРИТОНОВ, И.А. БАРДОВСКИЙ*

Проанализировано 155 реципиентов почки, прооперированных за период с 2006 по 2010 год. Из них – 75(47,7%) пациентов с периодом анурии более 3 лет. Способ лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки состоит из трех этапов: дооперационного, периоперационного и послеоперационного. В исследовании выделено три группы. Первая группа пациентов с длительной анурией без дополнительного урологического обследования и лечения. Вторая группа с длительной анурией, но с проведенным периоперационным и послеоперационным этапами. В третьей группе были проведены все три этапа лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки. Проведенное исследование доказывает эффективность предложенного способа лечения. Улучшены результаты, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном

периоде. При выполнении полного курса выживаемость пациентов возрастала на 14,5%, выживаемость трансплантата возрастала на 35,3%. Дополнительное специфическое обследование и лечение позволяет снизить количество урологических осложнений на 17% за трехлетний период наблюдения.

Ключевые слова: трансплантация органов, трансплантация почки, урологические осложнения при трансплантации почки

Трансплантация почки – наиболее физиологичный, перспективный и экономически обоснованный вид заместительной терапии (ЗПТ) при терминальной почечной недостаточности. Урологические осложнения составляют по данным литературы от 2,5 до 20%, причем потери трансплантата достигают 30% [1]. Наиболее актуальны эти проблемы у реципиентов длительно получающих ЗПТ, с длительным периодом анурии [4,5,6]. Длительная анурия – состояние, при котором у пациента суточный диурез не превышает 300 мл более 3 лет [3].

Цель исследования – оптимизировать лечение пациентов с длительной анурией за счет внедрения способа диагностики и лечения пациентов группы риска.

Работа выполнена на базе Самарского центра трансплантации органов и тканей Клиник СамГМУ. Разработан алгоритм лечения пациентов с анурией более 3 лет при трансплантации почки, состоящий из трех этапов: дооперационный, периоперационный, послеоперационный. За период с 2006 по 2010 год выполнено 155 трансплантаций почки: 3 – от живого родственного донора, остальные – от трупного донора. Из них – 75 (47,7%) с длительным периодом анурии. Выделено несколько групп пациентов. Первая группа пациентов с длительной анурией без дополнительного урологического обследования и лечения. Вторая группа с длительной анурией, но с проведенным урологическим обследованием непосредственно перед операцией, специфическим лечением во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Проведены интраоперационный и послеоперационный этапы. Третья группа пациентов с длительной анурией с проведенным урологическим обследованием и лечением до операции трансплантации почки. Кроме того, в этой группе проводилось повторное урологическое обследование непосредственно перед операцией, специфическим лечением во время операции и в послеоперационном периоде. Таким образом, в третьей группе были проведены все три этапа лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки. Первая группа составила 18 пациентов (9 женщин, 9 мужчин). Средний возраст 41,6 года (минимальный 28, максимальный 59), средняя продолжительность анурии 5 лет (минимально 3, максимально 10). Вторая группа 29 человек (7 женщин, 22 мужчин). Средний возраст 40,4 года (минимальный 25, максимальный 59). Средняя продолжительность анурии 5,1 год (минимально 3, максимально 11). Третья группа составила 28 пациентов (13 женщин, 15 мужчин). Средний возраст 41,3 года (минимальный 26, максимальный 63), средняя продолжительность анурии 5 лет (минимально 3, максимально 11). Способ лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки состоит из трех этапов.

На первом (дооперационном) этапе проводили выявление реципиентов в листе ожидания с длительной анурией. Проводили оценку состояния мочевого пузыря: его объема, состояния мышечной стенки, различных аномалий или последствий ранее выполненных урологических операций. Проводили цистометрию, цистоманометрию, цистографию, цистоскопию, урофлоуметрию, ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, предстательной железы; посев флоры мочевого пузыря. Определяли тип мочевого пузыря: гипорефлекторный, норморефлекторный или гиперрефлекторный. По результатам обследований проводили коррекцию плана лечения. Такие пациенты нуждались в санации очагов инфекции, проведении антибиотикотерапии, противогрибковой терапии, если необходимо удаляли собственные инфицированные почки. При выявлении показаний, проводили подготовку пузыря с использованием методов физиотерапии – ультразвуковая терапия, электростимуляция области мочевого пузыря. Фармацевтическая подготовка с помощью селективных блокаторов адренергических рецепторов, антихолинэстеразных препаратов. Пациент продолжал находиться в листе ожидания. При необходимости цикл обследования, лечения и подготовки повторяли.

Второй периоперационный этап проводится непосредственно перед операцией и во время трансплантации почки. Проводили дополнительное обследование мочевого пузыря: объем, состояние мышечной стенки, различных аномалий или последствий

* ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ул. Чапаевская, 89, г. Самара, 443099

Таблица 3

Скорректированная выживаемость трансплантата

Скорректированная выживаемость трансплантата	I группа	II группа	III группа
Однолетняя	83,3%	94,4%	100%
Двухлетняя	72,2%	83,3%	96,4%
Трехлетняя	61,1%	77,8%	96,4%

Выводы:

1. Длительная анурия у пациента с хронической почечной недостаточностью ожидающего трансплантацию почки не является противопоказанием к проведению операции.

2. Необходим индивидуальный подход к лечению каждого пациента с длительной анурией.

3. Разработанный способ диагностики и лечения пациентов с длительной анурией позволяет улучшить результаты, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. При выполнении полного курса выживаемость пациентов возросла на 14,5%, выживаемость трансплантата возросла на 35,3%.

4. Дополнительное специфическое обследование и лечение позволяет снизить количество урологических осложнений на 17% за трехлетний период наблюдения.

Литературы

1. Трансплантология: руководство для врачей // Под ред. В.И. Шумакова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МИА, 2006. – 544 с.
2. Заск, Л. Статистическое оценивание // Л. Заск. – М.: Статистика, 1976. – 598 с.
3. Kidney transplantation in abnormal bladder-Indian J Urol / S.K. Mishra [et al.]. – 2007. – 23;3. – P. 299–304
4. Long-term results of pediatric renal transplantation into a dysfunctional lower urinary tract / P.P. Luke [et al.]. // Transplantation. – 2003. – 76. – P. 1578–82.
5. Outcome of renal transplant in patients with abnormal urinary tract / Sager C. [et al.] // Pediatr Surg Int. 2010 Aug 31
6. Woodhouse CRT transplantation. Renal transplantation in adults with abnormal bladders / Neild GH, [et al.]. – 2004 Apr. – 15;77(7). – P. 1123–7.

THE TREATMENT IN THE PATIENTS WITH A LONG ANURY AT KIDNEY TRANSPLANTATION

A.V.KOLSANOV, B. I. KHARITONOV, I.A.BARDOVSKY

Samara State Medical University

Analyzed 155 kidney recipients operated on between 2006 and 2010. From them – 75 (47,7%) patients with the anury period more than 3 years. The way of treatment of patients with a long anury at transplantation of a kidney consists of three stages: presurgical, perioperative and postoperative. In research three groups are allocated. The first group of patients with a long anury without additional urological inspection and treatment. The second group with a long anury, but with carried out perioperative and postoperative stages. In the third group all three stages of treatment of patients with a long anury were carried out at kidney transplantation. The carried-out research proves efficiency of the offered way of treatment. Results, both in the next, and in the remote postoperative period are improved. At performance of a full course the survival rate of patients increased for 14,5%, the survival rate of a transplant increased for 35,3%. Additional specific inspection and treatment allows to reduce number of urological complications of 17% for the three-year period of supervision.

Key words: organ transplantation, kidney transplantation, urological complications in kidney transplantation.

УДК 616.12-005.4-08

ВОЗМОЖНОСТИ ДАЛАРГИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС

А.В. ДОНЦОВ*

Данная обзорная статья посвящена роли аналогов опиоидных пептидов в антистрессорной защите организма при ИБС. Рассмотрены механизмы влияния препарата даларгина на хроническое воспаление

* ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская ак. им. Н.Н.Бурденко МЗ РФ», ул. Студенческая, 10, Воронеж

вий ранее выполненных урологических операций. Проводили цистометрия, цистоманометрия, цистоскопия, ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, предстательной железы. Определяли тип мочевого пузыря: гипорефлекторный, норморефлекторный или гиперрефлекторный. Проводили коррекцию плана лечения. Интраоперационно выполняли биопсию слизистого, подслизистого и мышечного слоя мочевого пузыря. Во время операции выбирали наиболее оптимальный вариант восстановления мочевыводящего тракта трансплантата. Выполняли следующие виды анастомозов: погружная методика Drop-in, по Мебелю-Шумакову, по Lich, по Starzl, по Красинцеву – Баркеру, суправезикальный анастомоз.

Третий послеоперационный этап начинали в раннем послеоперационном периоде. Мочевой пузырь дренировали уретральным катетером обычно от 2 до 7 суток. После стабилизации состояния и удаления катетера пациенту назначали строгий режим мочеиспускания. Объем порции мочи должен был быть в пределах 50 мл, затем он постепенно увеличивали и к трем неделям достигал 150-200 мл. Проводился курс физиотерапии – ультразвуковая терапия, электростимуляция области мочевого пузыря. У всех пациентов измеряли объем остаточной мочи и оценивали состояние чашечно-лоханочной системы трансплантата при помощи ультразвукового исследования. Исследовали лабораторные показатели такие как: общий анализ мочи и посев на стерильность. При нарушениях мочеиспускания назначали терапию селективными блокаторами α 1-адренергических рецепторов, антихолинэстеразных препаратов. При выраженных нарушениях эвакуаторной функции мочевого пузыря возможна многократная катетеризация или формирование цистостомы. В нашем Центре отдается предпочтение пункционной цистостомии. На третьем этапе также проводился контроль функционального состояния мочевого пузыря: цистометрия, цистоманометрия, цистогрфия, урофлоуметрия. Всем пациентам проводилась цистоскопия. В отдаленном послеоперационном периоде выполняли нефросцинтиграфию с определением эвакуаторной функции почки и мочевыводящих путей трансплантата. При возникновении на любом этапе послеоперационного периода неустраняемых консервативно урологических осложнений важно своевременное и адекватное хирургическое вмешательство.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование выявило определенные закономерности. Группы схожи по возрасту, длительности нахождения на заместительной почечной терапии, длительности анурии, схеме проведенной операции. Однако послеоперационный период и результаты лечения в группах различны.

В послеоперационном периоде у некоторых больных наблюдались умеренные дисурические расстройства, купированные консервативной терапией. Урологические осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства, за трехлетний период наблюдения, показаны в таблице 1.

Таблица 1

Урологические осложнения

№	Урологическое осложнение	I группа	II группа	III группа
1	Кровотечение в мочевой пузырь, неоднократные острые задержки мочеиспускания. (потребовавшие троакарной эпицистостомии)	-	1	3
2	Некроз мочеточника трансплантата	1	-	-
3	Обструктивная уропатия	1	3	-
4	Орхоэпидидимит	-	1	-
5	Несостоятельность пузырно-мочеточникового анастомоза	3	-	-
6	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	-	2	-
	Всего:	5(28%)	7(24%)	3(11%)

Определена скорректированная выживаемость пациентов[2] с длительной анурией, выживаемость трансплантата в данных группах пациентов. Результаты представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Скорректированная выживаемость пациентов

Скорректированная выживаемость пациентов с длительной анурией	I группа	II группа	III группа
Однолетняя	94,3%	100%	100%
Двухлетняя	88,0%	96,2%	95,7%
Трехлетняя	81,2%	92,2%	95,7%