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 вопроса 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 ± 0,1
Креатинин крови, мкмоль/л	120,1 ± 6,9
Альбумин крови, г/л	40,9 ± 1,0
Холестерин крови, моль/л	6,1 ± 0,2
C-реактивный белок, мг/л	2,9 ± 0,7
Систолическое АД, мм. рт. ст.	131,1 ± 2,4
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	82,5 ± 1,7
Гемоглобин крови, г/л	119,2 ± 3,6
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин	66,3 ± 4,1
Индекс резистентности (дуговые артерии)	0,67 ± 0,1
Среднее количество гипотензивных препаратов, шт.	1,7 ± 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:

почки в 2008г. – 23 из МО и 47 Москва, 2009 год 30 и 42; печени в 2008г. 3 МО и 11 Москва, 2009 г. 7 и 10. И если в 2008 году 14 трансплантатов сердца были получены только из ЛПУ г. Москвы то в 2009 г. впервые 6 трансплантатов сердца были получены из МО и 21 из Москвы.

РОЛЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ОТТОРЖЕНИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

*Росоловский А.Н., Полозов А.Б., Захарова Н.Б.,
Березинец О.Л., Абрамова Э.Л., Федоров В.Э.*

*НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава*

Введение. Успехи в области трансплантации почки, достигнутые за последние десятилетия в значительной степени связаны с совершенствованием иммуносупрессивной терапии. Вместе с тем, несмотря на внедрение высокоэффективных препаратов, а также применение самых разнообразных схем иммуносупрессии, иммунологическое повреждение трансплантата (Тр) в ближайшем и раннем послеоперационном периодах продолжают влиять на судьбу пересаженного органа. При этом клинические проявления острого криза отторжения не всегда отчетливо дифференцируются с нефротоксичностью ингибиторов кальциневрина, хирургическими и инфекционными осложнениями.

Используемый стандартный скрининг лабораторных показателей, мониторинг концентраций в сыворотке кальциневринов, ультразвуковой мониторинг с динамической регистрацией доплерометрических параметров микроциркуляции сосудистого русла Тр, а также нефробиопсия не всегда позволяют констатировать начало идентифицировать начало острой реакции отторжения пересаженной почки.

По современным представлениям важнейшую роль в механизме различных патологических процессов, в том числе в патогенезе нефропатий, играют цитокины и ростовые факторы. Наиболее изучено участие цитокинов (провоспалительного ИЛ-6 и хемокина ИЛ-8) в различных инфекционно-воспалительных процессах. Инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1) обладает рядом рост-стимулирующих эффектов, включая митогенный. Интересны сведения о возможном участии данного цитокина в развитии интерстициального фиброза, который является морфологическим субстратом прогрессирования почечных заболеваний.

Таким образом, следует отметить необходимость и эффективность проведения образовательных программ для развития посмертного донорства органов. Требуется расширение территорий и числа стационаров, вовлеченных в программу мультиорганного донорства.

Имеются сообщения о том, что изменения цитокинового профиля, регистрируемые в моче у реципиентов почечного Тр, могут являться маркерами развития раннего отторжения. В частности, по данным J. Karezewski et al., (2009) на возможность раннего отторжения Тр могут указывать повышенные концентрации в моче ИЛ-10, фактор некроза опухоли- α , интерферон- γ . Это может быть обусловлено возможной активацией факторов воспаления, которые, вероятно, не будут задействованы в случаях развития нефротоксичности. Представленные данные послужили основанием для дальнейших поисков в развитии высказанного предположения.

Целью исследования является изучение взаимосвязи между уровнем провоспалительных цитокинов, экскретируемых с мочой и вероятностью развития эпизодов острого отторжения трансплантата.

Материалы и методы. В отделении реконструктивной уронефрологии и трансплантации почки НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии на базе СГМУ им. В.И. Разумовского с 2006 по 2010 г. выполнено 30 трансплантаций от живого родственного донора больным с терминальной почечной недостаточностью, в том числе 2-м детям. Большинство пациентов составляли мужчины – 17(56,6%). Средний возраст больных составил 36 лет.

В исследование вошли 15 реципиентов, у которых на протяжении ближайшего послеоперационного периода отмечались эпизоды дисфункции почечного Тр, что интерпретировалось в большинстве случаев как острый криз отторжения с последующим проведением «пульс»-терапии кортикостероидами.

Все обследуемые пациенты получали стандартную трехкомпонентную базисную иммуносупрессию ингибиторами кальциневрина (циклоsporин/такролимус), ингибиторами инозинмонофосфатдегидрогеназы (ММФ/МФК), кортикостероидами. Кроме того, проводилась индукционная терапия моноклональными антителами анти-CD25+, а также кортикостероидами. Всем больным кроме стандартного посттрансплантационного мониторинга с интервалами в 2–3 дня проводились заборы проб мочи, которые в последующем подверглись твердофазному иммуноферментному анализу, включающего определение ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, а также