

УДК 616.61-089.87:616.61-002.27

РОЛЬ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

П.В. Глыбочко, д. м. н., профессор, член-корр. РАМН, А.Б. Полозов, д. м. н., профессор, А.Н. Россоловский, к. м. н., доцент, Д.Н. Хотько, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии и трансплантации почки при ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Росздрава»

Неконтролируемая артериальная гипертензия встречается у 10% больных с терминальной почечной недостаточностью и не ликвидируется выполненной трансплантацией почки. В статье рассматривается роль ипсилатеральной нефрэктомии в лечении гипертензивного синдрома у реципиентов почечного трансплантата. Проанализированы результаты 243 трансплантаций, 208 реципиентам была выполнена симультанная ипсилатеральная нефрэктомия. Своевременно выполненная нефрэктомия у этих пациентов приводит к стабилизации артериального давления и улучшает функцию трансплантата.

Ключевые слова: трансплантация почки, артериальная гипертензия, ипсилатеральная нефрэктомия.

Uncontrolled arterial hypertension occurs with 10% of patients with terminal renal insufficiency and is not eliminated by accomplished kidney's transplantation. The role of ipsilateral nephrectomy in cure of hypertensive syndrome of recipients of kidney's transplant is discovered in the article. The results of 243 transplantations have been analyzed, the simultaneous ipsilateral nephrectomy have been performed for 208 recipients. In proper time performed nephrectomy leads to stabilization of blood pressure and improves transplant's function for these patients.

Key words: kidney's transplantation, arterial hypertension, ipsilateral nephrectomy.

На протяжении последних лет число выявляемых больных с хронической болезнью почек в нашей стране неуклонно растет и составляет по разным данным от 150 до 200 человек на 1 миллион населения. Абсолютное число пациентов с хронической болезнью почек в Российской Федерации с 2002 по 2006 гг. ежегодно возрастало, увеличившись за эти годы на 23,6%. Уже в настоящее время проблема хронической болезни почек принимает статус общепопуляционной [1]. В США и Японии количество больных, получающих заместительную почечную терапию в настоящее время составляет более 1400 человек на 1 млн населения [5]. Этому в значительной степени способствуют «старение» населения, успехи в хирургическом лечении пациентов с урологической патологией, больных с ишемической болезнью почек, а также обширными онкологическими процессами, ранее считавшимися неоперабельными.

В настоящее время не все пациенты имеют возможность получать адекватную заместительную почечную терапию, в основном из-за ограничения числа диализных мест. Методом выбора лечения больных с терминальной почечной недостаточностью является трансплантация почки, обеспечивающая более высокое качество жизни.

Успешно выполненная трансплантация почки не всегда ликвидирует все симптомы, характерные для терминальной

почечной недостаточности, в частности, неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) регистрируется примерно у 10% больных [2, 4]. Наряду с эпизодами отторжения, токсичностью ингибиторов кальциневрина, атаками мочевой инфекции, АГ увеличивает риск потери почечного трансплантата, в связи с чем остается актуальной проблема коррекции артериальной гипертонии в послеоперационном периоде.

Аномалия развития мочевыводящих путей, персистирующая мочевая инфекция, особенно в сочетании с осложненным течением мочекаменной болезни, кистозные заболевания почек у диализных пациентов, опухолевые поражения почек требуют выполнения предоперационной билатеральной нефрэктомии (БН) на этапе подготовки к трансплантации. Одним из показаний к БН является неконтролируемая медикаментозной и диализной терапией артериальная гипертензия. К недостаткам предтрансплантационной БН относят высокую травматичность, тенденцию к гипергидратации, возрастающую потребность в коррекции анемии. Попытки некоторых авторов выполнять БН в ходе самой трансплантации мало оправданы, поскольку данное вмешательство удлиняет срок операции, увеличивает площадь раневой поверхности, приводит к повышению частоты инфекционных осложнений [6]. Прогрессирующий ренинзависимый гипертензионный синдром, рефрактерный к многокомпонентной антигипертензивной

терапии в значительной степени препятствует окончательной реабилитации пациентов, перенесших пересадку почки, и оказывает неблагоприятное воздействие на функцию трансплантата в отдаленном послеоперационном периоде [3, 7].

Целью работы являлась разработка хирургической тактики в отношении больных с некорректируемой АГ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 243 трансплантаций почки, выполненных в период с 1977 по 2008 г., изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения. В качестве первого этапа лечения у 208 пациентов использовалась альтернативная хирургическая техника с выполнением симультанной ипсилатеральной нефрэктомии (ИН). При этом в большинстве случаев использовался мочеточник реципиента с формированием лоханочно-мочеточниковых соустьев мочевыводящих путей. ИН выполнялась из того же операционного доступа, продолженного сверху до подреберья, удлиняя время операции не более чем на 20-30 минут. Этот разрез позволяет не только беспрепятственно изъять нативную почку пациента, но и обеспечивает хороший доступ как к мочевым путям, так и к сосудам.

Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную иммуносупрессию. В течение последних трех лет протокол иммуносупрессии был несколько изменен. В базисную терапию включали зенапакс (даклизумаб) или симулект, являющиеся препаратами гуманизированных моноклональных антител в дозе 1 мг на кг массы тела. Произведена замена цитостатика азотиоприна на производные микофеноловой кислоты. Инициальная доза сандимуну неорала была увеличена до 8 мг/кг массы тела. В результате чего за все время наблюдения снизилось число эпизодов токсических эффектов, реакций отторжения, не отмечалось грубой дисфункции трансплантата.

Помимо иммуносупрессии пациенты получали антигипертензивную терапию в следующих комбинациях: - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, - антагонисты кальция, - бета-блокаторы, - сочетание бета-блокаторов и вазодилататоров.

В случае необходимости к указанным комбинациям препаратов для усиления антигипертензивного эффекта добавлялись диуретики.

У части пациентов в различные сроки послеоперационного периода диагностирован подъем артериального давления до высоких значений, несмотря на агрессивную многокомпонентную терапию (иАПФ, блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы). В случае выявления стойкой АГ в посттрансплантационном периоде требовалось исключить стеноз артерии пересаженного органа, хроническое отторжение, нефротоксичность Су А и обструктивную или рефлюксную уropатию и манифестацию мочевой инфекции. Клинические данные, мониторинг концентрации Су А в крови, дуплексное исследование сосудов трансплантата, динамическая реносцинтиграфия, а также, при необходимости, селективная ангиография артерий трансплантата позволяли подтвердить или исключить наличие данного осложнения. Окончательно в сомнительных случаях диагноз подтверждался чрескожной биопсией транс-

плантата под ультразвуковым наведением, с последующим морфологическим исследованием. При отсутствии иной природы АГ констатировался ренинзависимый гипертензивный синдром и при неэффективности многокомпонентной антигипертензивной терапии определялись показания к переводу пациента в ренопривное состояние.

Результаты. В послеоперационном периоде у 17 пациентов (7%) выявлена прогрессирующая АГ, рефрактерная к медикаментозному воздействию. У ряда пациентов отмечалась дисфункция трансплантата с умеренной азотемией (креатинин 180 ммоль/л). Уровень АД на фоне постоянной антигипертензивной терапии колебался от 180 и 120 мм рт. ст. до 260 и 140 мм рт. ст. У 3 пациентов (1,2%) выполнена рентгеноэндоваскулярная эмболизация почечных артерий. Отмечен стойкий гипотензивный эффект в отдаленном периоде. Непосредственный период после данной манипуляции осложнялся выраженным болевым синдромом и тяжелой токсимией, которые тяжело переносились больным и сопровождалась ухудшением функции пересаженной почки.

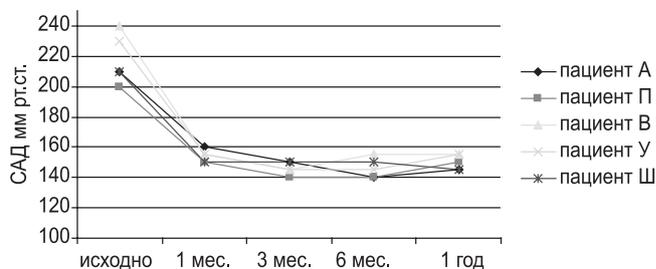


Рис. 1. Систолическое АД у группы больных после выполнения контрлатеральной нефрэктомии.

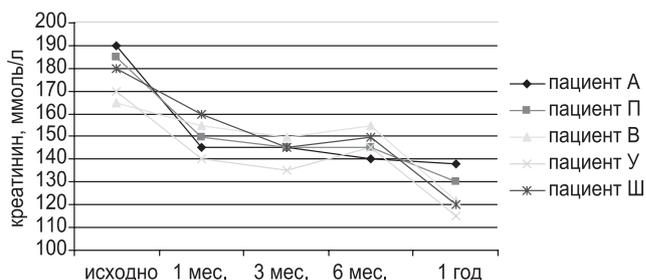


Рис. 2. Изменение уровня креатина сыворотки крови после контрлатеральной нефрэктомии.

Двоим пациентам (0,8%) выполнена БН в послеоперационном периоде одномоментно из люмботомического доступа. В одном случае отмечалось нагноение послеоперационной раны, в другом – летальный исход.

Остальным 18 (7,4%) больным дополнительно выполнялась контрлатеральная нефрэктомия в сроки от 3 недель до 3 лет после трансплантации. Срок наблюдения за пациентами составил от 6 мес. до 7 лет. У 16 пациентов из данной группы (88,8%) отмечена достоверная нормализация АД в течение месяца после операции, сохраняющаяся весь период наблюдения с применением минимальной дозы ИАПФ, применяемых в качестве нефропротекции (рис. 1).

У 1 пациента отмечается удовлетворительный гипотензивный эффект (стабилизация АД на уровне, не превышающем

150 и 90 мм рт. ст. с минимальной гипотензивной терапией).

Один пациент (5,5%) потерял трансплантат в отдаленном послеоперационном периоде по иммунологическим причинам.

Также после контрлатеральной нефрэктомии нами было отмечено снижение уровня креатинина сыворотки крови до субнормальных цифр (рис. 2).

Выводы

1. Примерно 10% реципиентов почечного трансплантата подвержены риску высокой артериальной гипертензии, которая должна корректироваться многокомпонентной антигипертензивной терапией. **2.** Стойкий гипертензивный синдром, обусловленный сохраненными нативными почками, должен рассматриваться как один из вероятных факторов, ответственных за прогрессирующую дисфункцию трансплантата. **3.** Своевременно и по показаниям выполненная БН приводит к нормализации или стабилизации АД, что оказывает положи-

тельное влияние на последующую функцию трансплантата.

4. ИН может рассматриваться как элемент этапного хирургического лечения у больных с абсолютными показаниями для перевода в ренопривное состояние.



ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнов А.В. Превентивный подход в современной нефрологии. Нефрология. - 2004. - Том 8. - № 3.
2. Danovitch G.M. Handbook of kidney transplantation Los Angeles. - 2001. - p. 47.
3. Cosio F.G., Peletier R.P., Sedmak D.D. et al. Renal allograft survival following acute rejection correlates with blood pressure levels and hislopamology. Kidney int 1999; 56: 1912.
4. Kasiske B.L., Guijarro C., Massy Z.A. et al. Cardiovascular disease after renal transplantation. J Am Soc Nephrol. - 1996; 7: 158.
5. Locatelli F., Del Vecchio L., Pozzoni P. The importance of early detection of chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant 2002; 17 [Suppl 11]: 2-7.
6. Rosenberg R.G. et al. Indications for pre transplant nephrectomy/ Arch. Surg.- 1973. - Vol. 107. - p. 233-241.
7. Stigant C.E., Cohen J., Vivera M. et al. ACE inhibition and angiotensin II antagonists in renal transplantation: an analysis of safety and efficacy. Am J Kidney Dh. - 1999; 35:58.