



НОВЫЙ НЕФРОН

Приложение к журналу «Нефрология и диализ»

№1 2007 [1]

Жизнь как бесценный дар

Тысячи безнадежных больных обрели новую жизнь благодаря трансплантологии. Но, несмотря на это, бурная полемика по ее поводу не прекращается. Долгие годы человечество не может решить стоящую перед ним этическую проблему — где проходит допустимая граница вторжения в «святыню» бытия — смерть человека? Имеет ли трупное донорство моральное право на существование?

И хотя почти все религии мира высказались за пересадку органов от умерших людей, продолжается дискуссия между сторонниками и противниками трупного донорства. В нашей стране чаша весов пока, к сожалению, склоняется на сторону последних. Вокруг трупного донорства распространяются многочисленные грязные слухи. На страницах желтой прессы врачей, спасающих человеческие жизни, называют убийцами, в операционную врывается ОМОН. Все это наносит непоправимый вред развитию трансплантологии в России, воздвигает перед ней непреодолимую стену из человечески предрассудков. И хотя качество операций по пересадке органов в России соответствует мировым стандартам, по количеству и спектру операций наша страна значительно отстает от большинства стран Европы и Америки. В результате, в России новый орган обретает лишь один человек из 10-ти, остро нуждающихся в трансплантации.

В то же время, во многих странах мира люди убеждены, что органы умершего человека, которые могут спасти чью-то жизнь, необходимо использовать. Посмертное донорство в таких странах рассматривается как акт гуманизма. Многие люди в развитых странах подписывают «Акт дарения», выражая согласие на использование своих органов для трансплантации в случае смерти. «Акты дарения» — это акты доброй воли, которые спасают жизни тысяч людей. Но найти органы для трансплантации, сделать операцию на высоком техническом уровне — это еще не все. Важно так же не допустить отторжения пересаженного органа, а для этого необходимо проведение иммуносупрессивной терапии, препятствующей развитию отторжения.

Поскольку трансплантация органов в России выполняется относительно редко, многие врачи общей практики ни разу не имели дела с больными, которым произведена пересадка органов, и не знают всех особенностей лечения таких пациентов. Поэтому люди, перенесшие трансплантацию или готовящиеся к ней, зачастую оказываются в сложной психологической ситуации — они не имеют доступа к информации о своем состоянии, методах лечения, правилах, которые они должны соблюдать в жизни. На сегодняшний день в России насчитывается около 3200 больных с функционирующим аллотрансплантатом почки. Эти пациенты нуждаются в информации.

«Российское диализное общество» стало пионером в организации образовательных школ для пациентов, перенесших трансплантацию почки или готовящихся к ней. У истоков создания Школы «Жизнь как бесценный дар» находились ведущие российские нефрологи и трансплантологи — директор НИИ Трансплантологии и Искусственных органов академик В. И. Шумаков и руководитель Московского городского нефрологического центра профессор Н. А. Томилина. Проведение школы было всесторонне подготовлено: создана обширная информационная база, разработаны программы Школы «Жизнь как бесценный дар» и материалы для врачей и пациентов, освещающие все самые актуальные вопросы. Большую помощь в организации Школы оказала Компания

«Новартис», которая является мировым лидером в разработке и производстве иммуносупрессивных препаратов и активно поддерживает программы, направленные на развитие трансплантологии в различных странах. Широкий спектр препаратов Компании «Новартис» позволяет максимально индивидуализировать подходы к лечению пациентов. Основу современных режимов иммуносупрессии составляет препарат «Сандимун Неорал», который обеспечивает выживаемость более чем 90% трансплантатов. Для индукционной терапии в раннем периоде используется препарат Симулект. С целью обеспечения более высокого качества жизни пациентов разработан новый препарат на основе микофеноловой кислоты — «Майфортик».

Первая в России школа «Жизнь как бесценный дар» прошла 27 апреля 2005г. в Москве. «С обретением новой почки вы получаете новую жизнь, требующую строгого соблюдения множества правил и ограничений — отметила, обращаясь к участникам школы пациентов, проф. Н. А. Томилина — Данная школа призвана обеспечить вас достоверной информацией и рекомендациями по правилам, которые следует соблюдать после трансплантации».

На Школе пациенты получили ответы на многие жизненно важные для них вопросы: что такое иммуносупрессия, отторжение, как беречь пересаженный орган, какие возможные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; каковы целевые концентрации циклоспорина в крови и т.п. Были сформулированы основные правила для больных, перенесших трансплантацию: ни в коем случае не заниматься самолечением, верить лечащему врачу и сотрудничать с ним, точно описывать свои ощущения и симптомы, строго соблюдать рекомендации. Ведущие специалисты в области трансплантологии рассказали участникам школы о новых возможностях современной иммуносупрессии.

Результаты проведения первой школы показали, что такой опыт способен существенно улучшить качество жизни пациентов после трансплантации. В 2005 году школы для пациентов «Жизнь как бесценный дар», помимо Москвы, прошли в Московской области, Воронеже, Хабаровске, Иркутске, Екатеринбурге, Санкт-Петербурге, Казани, Омске, Новосибирске. В них приняли активное участие региональные специалисты. Участвовать в работе школ смогли не только пациенты из крупных городов, где проводилось мероприятие, но и из окружающих регионов, так как для них был организован бесплатный проезд. В результате более 2 тысяч пациентов получили подробные квалифицированные ответы на жизненно важные вопросы. По словам участников школы, значимость этой акции трудно переоценить. В 2006 году эта программа получила дальнейшее развитие. Школы для пациентов прошли в Якутске, Тюмени, Саратове, Уфе, где проведение школы совпало с 10-летием первой трансплантации почки в этом регионе.

В этом номере мы начинаем публикацию материалов «Школы для пациентов» статьей о преимуществах трансплантации почки как метода заместительной почечной терапии. В следующих номерах мы расскажем Вам о том, что такое отторжение трансплантата, каковы современные методы иммуносупрессии, как осуществляется мониторинг концентрации циклоспорина, о возможных осложнениях иммуносупрессии и методах их предупреждения.

Е. В. Захарова

ОТ РЕДАКЦИИ

Дорогие друзья! Мы рады сообщить Вам о возобновлении выпуска информационного издания, адресованного пациентам, страдающим заболеваниями почек. В течение 6 лет, с 1998 по 2004гг. ежемесячно выходила газета «Нефрон», являвшаяся информационным изданием МООИ «Объединение — «Нефрон». В начале 2005г. выпуск газеты по не зависящим от нас причинам был приостановлен. За последние 2 года неоднократно приходилось слышать от пациентов, а также от врачей-нефрологов пожелания, чтобы газета для пациентов в том или ином виде была возрождена. Была проведена огромная организационная работа, ее итогом является номер, который Вы держите в руках. Газета «Новый Нефрон», приложение к журналу «Нефрология и диализ», газета для пациентов. Мы планируем выпускать ее ежеквартально, и будем, как и раньше, информировать Вас о наиболее важных аспектах диагностики и лечения заболеваний почек, лекарственного обеспечения и заместительной почечной терапии, мы постараемся также отвечать на наиболее важные вопросы, которые у вас возникнут. Первый номер посвящен, главным образом, проблемам, связанным с трансплантацией почки. Мы надеемся, что «Новый Нефрон» найдет у Вас отклики и поддержку, и рассчитываем на плодотворное сотрудничество.

ШКОЛА - СЕМИНАР

1-5 апреля 2007г. состоялась VIII Российско-французская школа-семинар «Актуальные проблемы нефрологии». Мероприятие проводилось совместно Российским Диализным Обществом, кафедрой нефрологии МГМСУ, НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов и Московским городским нефрологическим центром. Как и в предыдущие годы, в работе школы-семинара приняли участие ряд ведущих нефрологов из Франции, большую поддержку в проведении школы оказала Компания Гамбра-медикал. В подмосковном пансионате «Липки» собрались около 400 врачей-нефрологов из различных регионов России, а также некоторые представители из стран СНГ. На протяжении 5 дней очень интенсивной работы участники школы-семинара прослушали лекции отечественных и французских специалистов, посвященные ключевым вопросам нефрологии, гемодиализа, перитонеального диализа, трансплантологии, интенсивной терапии, приняли участие в обсуждении проблем диагностики и лечения целого ряда сложных случаев и редких заболеваний в ходе клинических разборов. Большое внимание привлек доклад по данным регистра Российского Диализного Общества «Качество диализной помощи в Российской Федерации», лекции, посвященные нарушениям кальциево-фосфорного обмена при ХПН, связи артериальной гипертензии, ожирения, нарушений свертывающей системы крови с патологией почек. Проведение таких школ, ставшее уже традиционным, способствует повышению уровня профессиональной подготовки, объединяет врачей различных специализаций, а значит — ведет к совершенствованию оказания помощи пациентам с заболеваниями почек в России.

Чем трансплантация лучше диализа?

В различных странах ежегодно от 60 до 100 человек на 1 млн. населения требуют проведения заместительной почечной терапии в связи с развитием терминальной стадии хронической почечной недостаточности (тХПН). На сегодняшний день существуют 3 метода поддержания жизни подобных пациентов:

- Хронический гемодиализ;
- Перитонеальный диализ;
- Трансплантация почки.

Первые два метода позволяют продлить жизнь больных на многие годы, но требуют регулярного проведения процедуры (2-3 раза в неделю) в стационарных или амбулаторных асептических условиях. Пациент «привязан» к месту проведения диализа. Он не может отправиться на отдых, рыбалку, в командировку и т.д.

Как гемодиализ, так и перитонеальный диализ являются методами замены функции почек. Однако, несмотря на постоянно совершенствующуюся меди-

цинскую технику и технологию исполнения процедуры гемодиализа, существует достаточно много отрицательных побочных эффектов и обстоятельств, снижающих качество жизни больного. В частности, хронический гемодиализ со временем приводит к уменьшению содержания в крови гемоглобина, разрушению костей и т.д. Именно поэтому хронический гемодиализ может рассматриваться лишь как промежуточное звено лечения. Наилучшей же конечной целью для таких людей, дающей шанс на полноценную и активную жизнь, можно считать только трансплантацию почки.

Благодаря появлению новых иммуносупрессивных препаратов и совершенствованию техники операции, процент выживаемости трансплантата в течение первого года после пересадки — а этот срок выбран в трансплантологии как установочный — поднялся за последние два-

дцать лет на 40-50 %, достигнув 95 %, а качество жизни больных после пересадки улучшилось в несколько раз. Таким образом, трансплантация почки является более рациональным способом лечения людей, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью. Качество жизни и степень реабилитации, достигаемые у пациентов с пересаженной почкой намного выше, чем у пациентов, находящихся на диализе. 79 % от числа всех реципиентов трансплантата живут практически нормальной жизнью по сравнению с 47 % и 59 % пациентов, находящихся на продолжительном амбулаторном перитонеальном диализе или гемодиализе, соответственно. Кроме того, показано, что пересадка почки как метод лечения больных с тХПН эффективна и с экономической точки зрения. Поэтому однозначно, что пересадка почки — это лечение выбора при тХПН. Среди взрослого населе-

ния трансплантацию наиболее часто выполняют при хроническом гломерулонефрите, хроническом пиелонефрите, гипертоническом нефроангиосклерозе и диабетической нефропатии».

То обстоятельство, что человеку природой даны две почки, позволяет пересадить примерно одной трети реципиентов почку от живого родственного донора. Для других пересадок требуется трупный орган. Нехватка трупных органов сильно ограничивает трансплантацию органов и тканей, так как приемлемы только доноры со смертью мозга (с работающим сердцем). И только около 1 % умирающих пациентов соответствует существующим критериям отбора доноров.

В настоящее время, когда в мире ежегодно выполняется более 30 тысяч трансплантаций почки, вопрос дефицита донорских органов стоит чрезвычайно остро. Особенно остро, в силу известных обстоятельств, пробле-

ма нехватки донорских органов и, соответственно, крайне низкой обеспеченности населения трансплантацией почки стоит в России. Наиболее эффективным способом частичного решения этой проблемы в мировой практике стало использование почечных трансплантатов от живых родственников доноров. По данным различных авторов количество трансплантаций от живых доноров в течение 90-х годов возросло более чем на 100 %.

Итак, трансплантация почки от живого родственного донора является приоритетным направлением заместительной почечной терапии в условиях нарастающего дефицита донорских органов. Результаты родственной трансплантации бесспорно лучше по сравнению с трупными трансплантациями. Вследствие чего этот метод заслуживает более широкого признания и распространения в трансплантационных центрах России.

Программа родственной трансплантации почки

Трансплантация почки имеет более чем полувековую историю. За этот период накоплен колоссальный опыт, касающийся хирургической техники, совершенствования иммуносупрессии и методов заместительной почечной терапии, а также послеоперационного ведения пациентов, в том числе в области борьбы с инфекционными осложнениями. Уже к концу 80-х годов были достигнуты современные показатели выживаемости почечных трансплантатов и реципиентов.

Вместе с тем, одной из основных проблем трансплантации остается прогрессирующая нехватка донорских органов. За период с 1990 по 2003 годы в США число пациентов в «листе ожидания» на пересадку почки увеличилось с 15000 до 60000, тогда как количество трансплантаций немногим превышает 15000 в год. По мнению экспертов, предполагаемое количество пациентов, ожидающих трансплантацию, к 2010 году в США составит 100000, а среднее время ожидания достигнет 10 лет. Подобная ситуация складывается в большинстве развитых стран. При этом хорошо известно отрицательное влияние длительного времени пребывания на диализе на отдаленные результаты трансплантации почки.

Это привело к тому, что с целью увеличения количества проводимых операций, в последнее время повсеместно наблюдается тенденция к использованию доноров-родственников. История использования живых доноров берет свое начало с середины XX века, наиболее ярким по результативности примером является операция, выполненная J Mignau и J Merril в 1954 г. в Бостоне. Тогда была выполнена родственная трансплантация почки между двумя идентичными близнецами, и срок функционирования трансплантата превысил 30 лет.

Только за 2002 год в Европе и США было выполнено более 26 000 трансплантаций почки, при этом годовая выживаемость трансплантатов составила 88% для трансплантатов от трупного донора, и 94% от живого донора. Тем не менее, отношение к использованию живых доноров в мире неоднозначно (рис.1). В Испании, стране, где проблема пересадки органов является частью государственной программы, «листы ожидания» на трансплантацию почки настолько малы, что использование живых доноров происходит не более чем в 5% случаев, в Великобритании и Ирландии доля пациентов, имеющих почечный трансплантат от живого донора, составляет 5-10% от общего количества реципиентов, в Соединенных Штатах — почти 30%, а в Норвегии — 45%. В настоящее время в Норвегии живет более 1400 пациентов, получивших почку от живого донора, а почти каждый нор-

вежец знает или слышал о человеке, который отдал свою почку или стал реципиентом.

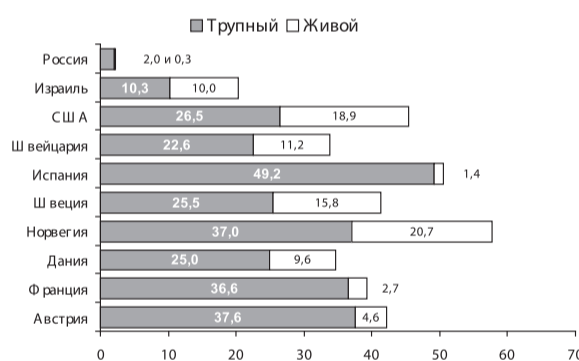


Рис.1 Трансплантация почки от живого и трупного донора в 2004 г. (на 1 млн. населения). IRODAT 2005, Регистр РДО, 2004.

В нашей стране первая трансплантация почки от живого родственного донора была выполнена академиком Б.В. Петровским 15 апреля 1965 года. В последующем подобные операции проводились успешно и продолжают выполняться академиком В.И. Шумаковым. Это особенно важно, поскольку в России в течение последних 15 лет не только не наблюдается роста количества пересадок трупных почек, что было отмечено в конце 80-х годов, но и наметилась определенная тенденция к снижению числа подобных операций (рис. 2).

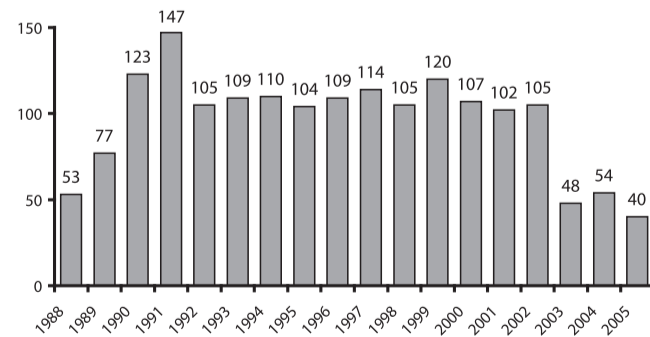


Рис.2. Количество трансплантаций трупной почки, выполненных в ФГУ НИИТ и ИО МЗ и СР РФ за 1986-2005 г. г.

С января 1999 г. отделением пересадки почки и печени НИИТ и ИО осуществляется программа трансплантации почки от живого родственного донора. За более чем семилетний период выполнено 180 трансплантаций почки от живых родственников доноров. Доноров-мужчин было

(ПЕЧАТАЕТСЯ С СОКРАЩЕНИЕМ)

72 (40%), женщин — 108 (60%). Возраст доноров колебался в диапазонах от 20 до 65 лет.

В большинстве случаев реципиенты перенесли первичную трансплантацию почки. Возраст пациентов находился в пределах от 8 до 53 лет. В 23 случаях (12,7%) трансплантация была проведена до начала лечения программным гемодиализом при уровне креатинина плазмы 0,6-0,7 ммоль/л и скорости клубочковой фильтрации 12-10 мл/мин или в течение первого месяца заместительной почечной терапии. 11 пациентов находились на лечении перитонеальным диализом. Родственные отношения доноров и реципиентов представлены на рис. 3.

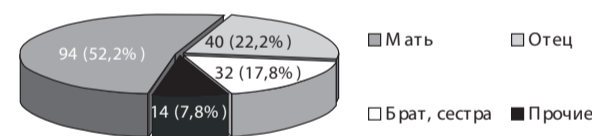


Рис. 3 Родственные отношения доноров к реципиентам.

Дальними родственниками оказались двоюродные и троюродные братья и сестры, тети и дяди.

Выбор донора:

1. Информирование пациента относительно особенностей трансплантации от живого и трупного донора.
2. Изучение семейного анамнеза пациента и выбор потенциальных доноров.
3. Оценка АВО-совместимости потенциальных доноров с реципиентом.
4. Тканевое типирование и кросс-матч для АВО-совместимых потенциальных доноров.
5. Обсуждение с пациентом и его семьей кандидатуры приоритетного потенциального донора.
6. Информирование потенциального донора относительно процедуры его обследования и изъятия почки, получение согласия.

Обследование донора:

1. Полное физикальное обследование с изучением анамнестических данных.
2. Лабораторные тесты: общий и биохимический анализы крови, липидный профиль, ВИЧ, HBs-Ag, HCV, CMV, тест на толерантность к глюкозе (для доноров с диабетическим семейным анамнезом), коагулограмма.
3. Общий анализ мочи, посев мочи (дважды).
4. Суточное содержание белка в моче (дважды).
5. Клиренс креатинина (дважды).
6. Рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ
7. Велозргометрия, стресс-тест (по показаниям).
8. УЗИ органов брюшной полости и почек, предстательной железы.
9. Экскреторная урография.

10. Радиоизотопное исследование мочевыводящей системы.
11. МРТ или СКТ сосудов почек.
12. Ангиография сосудов почек (по показаниям).
13. Коронарография, вентрикулография (по показаниям).
14. Консультация психиатра (по показаниям).
15. Повторный кросс-матч перед трансплантацией.

После проведения обследования потенциального донора и признания его пригодности, решали вопрос выбора стороны нефрэктомии. Основным принципом считали, что донору должна быть оставлена «лучшая» почка.

Выполнение родственной трансплантации носит плановый характер, что существенно снижает стрессорное воздействие, как на донора, так и реципиента. Известно, что на отдаленные результаты трансплантации почки, включая выживаемость реципиентов, существенное негативное влияние оказывает время проведения заместительной почечной терапии до трансплантации. При наличии потенциального живого донора в ряде случаев операцию возможно выполнить до начала гемодиализа. Исключается необходимость формирования сосудистого доступа и решения проблем, связанных с ним. Проведение додиализной трансплантации предотвращает развитие осложнений почечной недостаточности, в том числе задержку роста у детей и является методом выбора при лечении пациентов с сахарным диабетом.

В целом, преимущества использования живых доноров почки могут быть представлены следующим образом:

1. Частичное решение проблемы дефицита донорских органов.
2. Отсутствие длительного периода ожидания донорского органа.
3. Возможность выбора оптимального периода для трансплантации (подготовка донора и реципиента).
4. Возможность выполнения трансплантации до начала заместительной терапии.
5. Менее агрессивные режимы иммуносупрессии.
6. Лучшая ранняя функция трансплантата.
7. Лучшие краткосрочные и отдаленные результаты (время полужизни трансплантатов 17-31 лет по сравнению с 10-14 годами при трупной трансплантации).

Главное возражение против использования живых доноров состоит в том, что это подвергает опасности жизнь здорового человека во время обследования, операции, а также послеоперационном периоде. Однако при изучении результатов 9875 трансплантаций от живого донора, выполненных за полуторалетний период, смертность доноров составила 0,02 %.

Особое беспокойство было связано с возможной возникновением артериальной гипертонии и почечной недостаточности у пациентов с единственной оставшейся почкой. Оказалось, что у доноров через 20 лет после операции показатели артериального давления, содержания белка в моче и функции почек были не только не хуже, но даже лучше по сравнению с общей популяцией.

Несмотря на то, что, получая почку от живого донора, абсолютным выгодоприобретателем становится реципиент, в большинстве случаев положительные эмоции испытывают и доноры. После первых дней или недель реабилитации большинство доноров испытывают повышенное чувство собственного достоинства и имеют более низкие показатели депрессии по сравнению со здоровыми людьми. Кроме того, если бы это было возможно, многие доноры были бы готовы снова пожертвовать почку. С другой стороны, прохождение тщательного всестороннего обследования перед операцией, является отличной возможностью проверить состояние своего здоровья.

Следует остановиться на том, что выбор кандидата для нефрэктомии не должен носить формальный характер. Донор, равно как и пациент, должен быть полностью информирован о характере и особенностях обследования, о том, что оно может быть остановлено в любой момент, о причине отказа. Потенциальный донор всегда имеет право отказаться от предстоящей операции. Информация, получаемая при обследовании, должна иметь конфиденциальный характер. Необходимо предупреждение о возможном дискомфорте во время обследования (взятие крови, проведение внутривенной урографии, аортографии и т.д.), а также о болевом синдроме в первые сутки после операции. Донор должен понимать необходимость длительного послеоперационного амбулаторного наблюдения, а также знать о существовании альтернативного лечения для своего родственника (продолжение заместительной почечной терапии, трупная трансплантация).

Стоит отметить, что при выполнении первых операций, проведение донорам аортографии осуществлялось во всех случаях. Получаемые результаты являлись основополагающими для определения стратегии и тактики выполнения нефрэктомии (изъятия почки у донора)

и собственно трансплантации. В последующем, при появлении возможности проведения компьютерных методов исследования, в большинстве случаев от проведения аортографии удавалось отказаться. Метод магниторезонансной томографии безопасен, не несет на себе лучевой нагрузки, и, наряду с этим, обладает высокой разрешающей способностью в визуализации тканей и сосудистых структур. В НИИТ и ИО накоплен достаточный опыт в исследованиях почек, почечных артерий, включая функциональную магниторезонансную томографию. Применение магниторезонансной томо- и ангиографии в комплексе с другими методами (ультразвуковыми, радиоизотопными) повысило точность диагностики.

С целью увеличения количества проводимых операций по трансплантации почки в последнее время отмечается повсеместная тенденция к расширению показаний к донорской нефрэктомии. Как правило, это касается возраста донора, индекса массы тела, показателей артериального давления с учетом возраста. Стали рассматривать доноров с различными вариантами развития мочевыводящей системы, а также умеренно сниженной скоростью клубочковой фильтрации. Несмотря на принятие в нашей клинике направления по увеличению пула потенциальных доноров, для проведения 180 родственной трансплантации почки потребовалось обследование 285 кандидатов, искренне стремящихся помочь своим родственникам. Причины отказа были различные: от несовместимости по группе крови, положительной перекрестной реакции до грубой органной патологии.

Прежде всего, нами был изменен возрастной ценз, который возрос с 55 до 65 лет. Вместе с этим в дополнение к обследованию было добавлено определение толерантности к физической нагрузке и проведение коронарографии для мужчин старше 45 лет и женщин старше 50 лет. Хотя патология со стороны сердечно-сосудистой системы являлась наиболее строгой причиной отказа, после тщательного обследования были приняты к рассмотрению доноры с возрастным умеренно повышенным артериальным давлением, требующим минимальной медикаментозной терапии. Одному 45-ти летнему донору выполнена ангиопластика со стентированием правой коронарной артерии. После периода реабилитации была произведена нефрэктомия. Наиболее ярким примером может служить операция по коррекции впервые выявленного врожденного дефекта межпредсердной перегородки у 51-летней женщины за 3 месяца до проведения нефрэктомии. Несколько доноров на подготовительном этапе оперированы по поводу варикозно расширенных вен нижних конечностей. У 70 доноров (39 %) была обнаружена различная патология со стороны желудочно-кишечного тракта, в большинстве случаев требующая консервативной терапии. Пяти донорам выполнена холецистэктомия, при чем в одном случае одновременно с нефрэктомией. По поводу гинекологической патологии, выявленной у 12 женщин, в качестве предоперационной подготовки 3 донора получили оперативное лечение, а 9 - консервативную терапию. Наиболее редко встречались заболевания органов эндокринной системы, требующие медикаментозного лечения, в одном случае нефрэктомия была дополнена удалением надпочечника. Восемь прооперированных доноров имели индекс массы тела более 40.

До 2003 г. все операции проводились при соблюдении принципа идентичности группы крови донора и реципиента. Позднее операции выполнялись при соблюдении правила групповой совместимости и к середине 2006 г. количество таких операций составило 28 (16 % от общего числа) (таб. 1).

Таблица № 1

Группа крови донора	Группа крови реципиента				
	0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)	A ₂ B (IV)
0 (I) – 84 (47%)	65 (77%)	11 (13%)	8 (10%)	-	-
A (II) – 56 (31%)	-	53 (95%)	-	3 (5%)	-
B (III) – 26 (14%)	-	-	20 (76%)	3 (12%)	3 (12%)

Результаты применения принципа групповой совместимости донора и реципиента

К особенностям назначения иммуносупрессии следует отнести следующее. Сандимун Неорал применялся в более высоких стартовых дозах, чем при трупной трансплантации, от 8 до 10 мг/кг/сут. С другой стороны, нами применялся более индивидуальный подход в плане назначения кортикостероидов. Так, назначаемая суточная доза преднизолона не превышала 0,5 мг/кг массы пациента, при этом сокращение дозы препарата старались проводить более интенсивно. Особенно, эта тенденция четко прослеживалась у пациентов, страдающих сахарным

диабетом. Селлсепт и Майфортик применяли по рекомендуемым схемам, при возникновении характерных побочных эффектов, суточную дозу снижали вплоть до полной отмены препарата. По установленным показаниям, в качестве четвертого компонента использовали гуманизированные антитела (Симулект, Зенапакс).

Общезвестным фактом является то, что родственная трансплантация почки не исключает таких послеоперационных осложнений как отсроченная функция трансплантата, также сохраняется риск развития хирургических осложнений. По нашим наблюдениям частота острого отторжения не превысила 7 %, что существенно ниже, чем при трупной трансплантации. Более быстрое восстановление функции трансплантата, низкая частота развития острых кризов отторжения и, как следствие, снижение необходимости в проведении гемодиализа после операции позволило значительно снизить сроки госпитализации. Помимо высокой степени иммунологической совместимости, это можно объяснить функциональным качеством трансплантата. Сравнительная характеристика 5-ти летней выживаемости трансплантатов, полученных от живых родственников и трупных доноров, представлена на рис. 4.

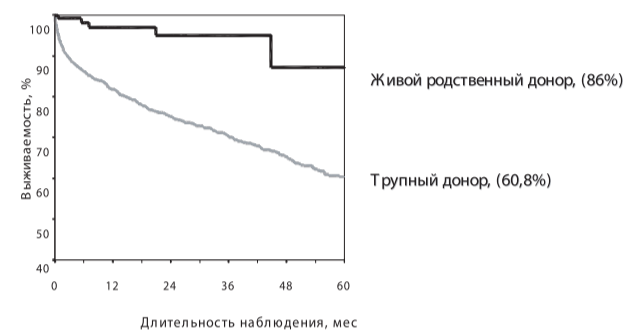


Рис. 4 Выживаемость почечного трансплантата в зависимости от типа донора.

Немедленное восстановление функции пересаженной почки в большинстве случаев и низкая частота развития кризов отторжения в случае родственной трансплантации, помимо лучших непосредственных результатов, безусловно, позволяют прогнозировать высокую выживаемость трансплантатов и больных и на более отдаленном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансплантация почки от живых родственников доноров открывает не только реальный на сегодняшний день путь частичного решения проблемы дефицита донорских органов, но и, бесспорно, является более эффективным методом лечения больных с терминальной стадией ХПН. Доля трансплантаций от живых родственников доноров, проводимых в отделении пересадки почки и печени НИИТ и ИО в последние годы, составляет более 60 % (рис. 5) и в дальнейшем предполагается увеличение проведения подобных операций.

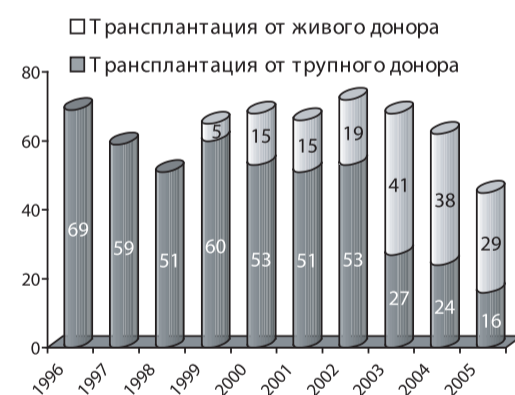


Рис. 5 Количество трансплантаций, выполненных за период 1996-2005 гг.

Отделение пересадки почки и печени НИИТ и ИО проводит учебно-методическую, а также организационную работу со специалистами многих отделений трансплантации почки в России. За прошедший период сотрудники отделения выполнили более 50 родственной трансплантаций почки, выезжая в центры Европейской части, Урала, Сибири и Дальнего Востока. Результатом данной работы стало самостоятельное развитие и реализация данной программы более чем в 10 региональных центрах трансплантации с четкой тенденцией к увеличению количества проводимых операций. Имеются данные о первых выполненных операциях пациентам на преддиализном этапе, что, несомненно, должно привести к расширению возможности оказания медицинской помощи пациентам с терминальной стадией ХПН, повысить ее качество и существенно снизить экономические затраты.

Шаршаткин А. В., Мойсюк Я. Г., Шумаков В. И.
ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава, г. Москва
Кафедра трансплантологии и искусственных органов ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, г. Москва

Создан новый диализный центр

Центр диализа в Мытищах создан при активной поддержке Администрации Московской области и Министерства здравоохранения Московской области. Это совместное предприятие компаний «Диализный центр» (Россия) и «Евромедик Интернэшнл» (Нидерланды) и пятое по счету, открытое в этом партнерстве. Ранее аналогичные диализные центры были созданы в Москве, Коломне, Казани. Привлечение частного капитала к созданию центров позволило избежать затрат бюджетных средств, а интеграция в систему государственного здравоохранения обеспечила возможность бесплатного лечения в них пациентов.

Центр рассчитан на 16 диализных мест и оснащен 20 аппаратами «искусственная почка», которые обеспечат процедурами 128 пациентов. Всего в течение года в медицинском учреждении будут проводиться около 19968 процедур. Для реализации такого объема помощи работа будет вестись круглосуточно. Направление в центр плановых



больных в установленном порядке осуществляется специальной комиссией с участием специалистов Межтерриториального центра трансплантации почки и хронического гемодиализа МОНИКИ им. Владимирского.

«Лечение хронической почечной недостаточности — одна из острых проблем современной медицины» — говорит главный врач Центра амбулаторного диализа г. Мытищи Новосельцев Игорь Леодорович — «Лечение больных с ХПН невозможно без гемодиализа. Обычно люди, привязанные к этой процедуре, считаются тяжелыми инвалидами, неспособными вести полноценную жизнь. Проблема же кроется в доступности процедуры и условиях ее оказания. Вот почему опыт создания диализных центров, подобных уже существующим в Москве, Коломне, Казани, и Мытищах, должно и нужно тиражировать. Ведь главное их назначение — помочь пациентам жить активной жизнью и, несмотря на болезнь, быть полноценными членами общества».

Ничто не предвещало беды

Собиралась ехать отдыхать в горы. Накануне поднялась температура, вызвала врача, и вскоре мне поставили диагноз — гломерулонефрит. Я тогда не представляла, что это такое. А потом в течение нескольких лет была надежда: надеялась на чудо, но чуда не произошло, почки отказали.

Жизнь повернулась диаметрально, начался гемодиализ. Сначала был шок оттого, что пришлось испытать: отказывало сердце, руки и ноги сводило и крутило. Был отек легких. Прошла семь кругов ада. Я попала в госпиталь им. Бурденко, в очень хорошее отделение. Врачи боролись за мою жизнь. Очень много внимания уделял мне врач нефрологического отделения госпиталя — Могутов Александр Витальевич и врачи отделения гемодиализа. Они успокаивали и объясняли, как приспособиваться

к сложившейся ситуации, бороться с болезнью.

С первых дней диализа начались проблемы с фистулой, фистула тромбировалась. Не было доступа к сосудам. Многократно формировали новые фистулы, но ничего не менялось. Пришлось формировать искусственную фистулу — протез-гортекс, но и он не выдержал, за ним следующий. И так девять раз.

Тогда врачи предложили перитонеальный диализ, и меня перевели в седьмую городскую больницу, там установили катетер. Год была на перитонеальном диализе... Пришлось отказаться от всех старых привычек. Все это время надежда не покидала меня. Я поверила врачам, и полностью выполняю все рекомендации по лечению.

Встала на очередь на пересадку почки в НИИ трансплантологии и искусствен-

ных органов. Бог услышал мои мольбы — я дождалась пересадки. Судьба подарила мне встречу с замечательным врачом — с Алексеем Леонидовичем Валовым. Золотыми руками доктора Валова была сделана операция, и произошло чудо — я с почкой. Прошло 6,5 лет, все эти годы доктор Валов не оставляет меня без внимания в трудные минуты, а этих минут в положении людей с пересаженными органами бывает не мало.

Я с возмущением отношусь к процессу, организованному против врачей-трансплантологов, которые возвращают людей к жизни. По настоящему это может понять лишь человек, который на себе испытал, что это такое «отказали почки». Многие уже ушли из жизни, не дождавшись своей операции.

Сейчас я нахожусь под наблюдением врачей — нефрологов Московского

городского нефрологического центра, работающего при 52 ГКБ. Здесь собрали лучших врачей. Очень внимательные и грамотные доктора помогают нам в наших проблемах. А их немало. Возможности 52 ГКБ весьма ограничены и нас отправляют в различные клиники на консультации, если не могут решить эти вопросы в местных условиях.

Большое неудобство нам устроили, передав выдачу многих препаратов, жизненно необходимых каждодневно, в районную аптеку. Ведь мы инвалиды, и находимся в разных районах г. Москвы и области и не всегда здоровье позволяет ехать в другой конец города.

Нелегко нам живется, но, тем не менее, мы счастливы, в отличие от тех, кто уже ушел из жизни, не дождавшись своего «звездного» часа.

И пройдя через все это, хочу посоветовать тем, кто оказался в этой беде набраться СИЛ, ТЕРПЕНИЯ, ВЕРЫ. Без этого нам ни один врач не поможет.

Инвалид I группы Христова И. М.

Юбилей в Екатеринбурге

14-15 марта 2007г в Екатеринбурге состоялась юбилейная региональная научно-практическая конференция «Избранные вопросы заместительного лечения терминальной почечной недостаточности», посвященная 30-летию диализной службы Свердловской области. В конференции приняли участие нефрологи и врачи гемодиализа Екатеринбурга и Свердловской области, а также других городов Сибири и уральского региона, и ряд специалистов из Москвы и Санкт-Петербурга.

С приветственным словом

участникам конференции обратились заместитель министра здравоохранения свердловской области Д. О. Михайлова и главный врач Свердловской областной клинической больницы №1 Е. В. Самборский. Затем главный внештатный специалист по оперативной нефрологии МЗ СО В. Б. Злоказов сделал доклад на тему «Стратегия развития диализной службы свердловской области. Нерешенные проблемы». Председатель Российского Диализного Общества профессор Н. А. Томилина прочла лекцию «Отдаленные

результаты аллотрансплантации почки. Сердечно — сосудистые осложнения в позднем послеоперационном периоде».

Далее в ходе конференции были сделаны сообщения о результатах операций по аллотрансплантации почки в Свердловской ОКБ №1, о различных типах амилоидоза, нутритивном статусе при ХПН, проблемах лечения анемии и коррекции нарушений фосфорно-кальциевого обмена, инфекционных и онкологических осложнений после трансплантации, проблемах длительного

лечения методом перитонеального диализа, опыте применения гемодиализации, результатах лечения ОПН, и был освещен еще ряд важных вопросов заместительной почечной терапии.

Успехи диализной службы Свердловской области, являющейся одной из лучших в России, нашли свое отражение в материалах конференции, проведение которой, несомненно, будет способствовать дальнейшему совершенствованию методов оказания помощи больным ХПН в регионе.

Е. В. Захарова

Рег. ПИ № ФС77-28054 от 02.05.07

Главный редактор

Томилина Наталья Аркадьевна, д.м.н.

Заместители главного редактора

Захарова Елена Викторовна, к.м.н.

Выпускающий редактор

Христова Ирина Михайловна

Компьютерный дизайн

Алпацкая Татьяна Николаевна

Наш адрес:

123182, Москва, ул. Пехотная 3

e-mail: rosssa215@yandex.ru

Тираж 3000 экз.

Газета распространяется бесплатно.

Отпечатано в типографии «Триада»

г.Тверь