!!!ZU_2012_05.qxd 21.03.2012 14:09 Page 62

Проблемы и достижения от

По итогам I междисциплинарного конгресса, посвя

С 2006 г. ежегодно по инициативе Международного общества нефрологов и Международного сообщества нефрологических федераций отмечается Всемирный день почки, целью которого является просвещение политиков, врачей, общественных деятелей и населения об опасности заболеваний почек и проблемах, ассоциированных с данной патологией.
1-2 марта в г. Киеве состоялся I Междисциплинарный конгресс нефрологов, трансплантологов, эндокринологов, кардиологов, посвященный Всемирному дню почки под девизом «Донорство и трансплантация почки во имя жизни».

В работе конгресса приняли участие ведущие отечественные специалисты в области нефрологии, трансплантологии, эндокринологии и кардиологии, а также представители Министерства здравоохранения Украины и общественных организаций. Конгресс был открыт трогательной церемонией вручения почетных наград людям, пожертвовавшим свою почку ради сохранения жизни и здоровья близких. Живой интерес вызвало выступление пациентки, которой 15 лет назад была выполнена трансплантация почки. Женщина рассказала о значительных изменениях качества жизни после проведения операции: отсутствии зависимости от диализа, сохранении трудоспособности, возможности воспитывать ребенка и даже путешествовать. Пациентка со слезами на глазах благодарила родственников погибшего, которые дали согласие на трансплантацию его почки для спасения жизни женщины.

Член президиума конгресса, руководитель отдела детской нефрологии Института нефрологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Ингретта Вартановна Багдасарова отметила, что хроническая почечная недостаточность (ХПН) приводит к значительному повышению уровня смертности, снижению качества жизни населения и является тяжелым финансовым бременем как для пациентов, так и для системы здравоохранения, однако в настоящее время разработке профилактических медицинских программ уделяется недостаточно внимания. Профессор подчеркнула, что ХПН можно выявить с помощью простых и доступных исследований, а своевременное начало лечения позволяет предотвратить прогрессирование заболевания у 30-50% больных.

И.о. главного врача Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, кандидат медицинских наук Андрей Анатольевич Костенко охарактеризовал биоэтические и правовые аспекты трансплантации.

– В Украине ежегодная потребность составляет 2 тыс. операций по пересадке почки, 2 тыс. – поджелудочной железы, 1,5 тыс. – печени, 1 тыс. – сердца, 600 – костного мозга и 7,5 тыс. трансплантаций других органов и анатомических материалов. Успех развития трансплантологии зависит в первую очередь от зрелости общества (готовности жертвовать ради жизни ближнего), государства (подготовленной нормативно-правовой базы), а также медицинской сферы. Необходимо отметить, что ни в одной из стран, в том числе в Украине, родственное донорство не способно решить проблему доступности трансплантационной помощи, в связи с чем приоритетным является внедрение посмертного (трупного) донорства. Преимуществом посмертного донорства также является отсутствие травматизации и инвалидизации родственного донора, относительная легкость хирургической операции, невысокая стоимость. Кроме того, трансплантации сердца, легких и поджелудочной железы сегодня могут быть выполнены только от умершего.

Необходимо отметить, что в Украине позитивное отношение к посмертной трансплантации находится в зачаточном состоянии и прямо коррелирует с уровнем образования населения. В целом частота негативного отношения к трупной трансплантации среди мужчин ниже, чем среди женщин (0,03 против 0,09%). Во всех странах мира практика пересадки органа от трупного донора базируется на праве на распоряжение телом человека. Согласно либеральным и индивидуалистическим взглядам, присвоение государством права на распоряжение телом человека является незаконным и грубо нарушает право на неприкосновенность. Выраженная либеральная политическая позиция, доминирующая в Украине, диктует презумпцию предварительного несогласия на посмертное донорство и требует обязательного письменного согласия ближайших родственников на изъятие органов умершего для трансплантации. Подобный подход используется и в других странах: США, Великобритании, Германии, а также до недавнего времени применялся в Испании (в стране регистрируется один из наиболее высоких показателей донорства в мире – 40 на 1 млн жителей). Однако четкая и прозрачная работа трансплантологов способствовала повышению уровня доверия населения Испании и внедрению в практику принципа презумпции согласия на трансплантацию, в соответствии с которым вмешательство не проводят только в случае категорического несогласия родственников умершего. Существующий в Российской Федерации закон не предусматривает согласия родственников на забор органов. Специалисты считают, что этот закон не соответствует моральным нормам общества, что увеличивает риск злоупотреблений. Жители США в целом удовлетворены действующим в их стране законодательством, которое схоже с таковым в Украине и включает множество подзаконных актов. Ежегодно в стране выполняется более 20 тыс. трансплантаций от трупного донора и 5,5 тыс. – от родственного донора.

В Украине предусмотрена норма письменного согласия близких родственников на забор органов от умершего; в ближайшие годы существенных изменений в существующем законодательстве не предвидится. Поэтому в настоящее время следует сосредоточиться на вопросах улучшения качества проведения трансплантаций и формирования позитивного общественного мнения. Для увеличения количества позитивных решений в отношении забора трупных органов необходимо, чтобы соответствующие разъяснительные беседы с родственниками проводил только подготовленный специалист, предварительно убедившись, что член семьи осознает смерть родственника, а также акцентируя внимание на том, что результатом трансплантации является спасенная жизнь или несколько жизней.

Среди существующих ограничений посмертной трансплантации необходимо выделить следующие:

– отсутствие какой-либо мотивации (экономической, этической, административной) в лечебных учреждениях, где производится забор органов;

– недостаточный уровень подготовки медицинских специалистов всех уровней (трансплантологов, врачей других специальностей, медсестер);

– отсутствие службы трансплантакоординации;

– невозможность влияния центров трансплантации на работу учреждений, в которых осуществляется забор органов.

Следует помнить, что трансплантация как способ спасения человеческой жизни базируется на альтруистическом подходе. Если государство не пропагандирует моральные ценности и проявления милосердия к ближнему, эту задачу должен взять на себя врач.

На последних совещаниях МЗ Украины был поднят вопрос об изменении законодательства, регулирующего проблему донорства в нашей стране, в частности посмертного. Резолюции касались системной работы учреждений, где происходит забор органов; внедрения и финансирования региональных центров донорства для работы с населением; финансирования единой государственной информационной системы трансплантации; организации работы структурного подразделения Координационного центра трансплантации МЗ Украины «Укртрансплант». К сожалению, эти документы не получили одобрения на вышестоящих уровнях. Для инициации положительного решения на повторных совещаниях требуется взаимодействие всех государственных учреждений, в которых осуществляется трансплантация, а также общественных организаций и Ассоциации трансплантологов Украины.

Заведующий отделением трансплантологии Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины Рубен Авакимович Зограбьян рассказал о современных тенденциях пересадки почки от живого донора.

– Практика показала, что чем раньше больному выполнена трансплантация почки (меньшая продолжительность диализного периода до операции), тем выше ее эффективность. В связи с этим в течение последних лет получила распространение тактика додиализной трансплантации почки (ДДТП), когда операцию выполняют пациенту, не получавшему диализную терапию, при скорости клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин (уровень креатинина 450-600 мкмоль/л). Проведение вмешательства показано пациентам с сахарным диабетом (СД) и детям при условии наличия живого донора. Приоритетным видом вмешательства у живого донора сегодня считается лапароскопическая нефрэктомия, поскольку в этом случае значительно уменьшается объем операционной травмы, сокращаются сроки нетрудоспособности (период послеоперационного восстановления составляет всего 4 нед), практически отсутствует болевой синдром, кроме того, менее выражен косметический дефект. К ограничениям такого метода относятся значительный риск повреждения или потери трансплантата на этапе освоения операции, нарушение ранней функции трансплантата, значительная продолжительность вмешательства, вероятность получения почечных сосудов недостаточной длины, а также дополнительные затраты на одноразовый инструментарий.

Применение современной иммуносупрессивной терапии позволяет снизить частоту кризов острого отторжения до 12-15% и повысить годичную выживаемость почечных трансплантатов до 95%, при этом выживаемость реципиентов составляет 98%. Согласно современным тенденциям, предпочтение отдается применению менее токсичных ингибиторов кальциневрина, минимально эффективных доз препаратов, использованию для индукционной иммуносупрессии моноклональных анти-CD25 антител, отказу от рутинного применения стероидов, индукции донорспецифической толерантности (формированию смешанного химеризма, торможению созревания дендритических антигенпрезентующих клеток, блокаде передачи костимулирующих сигналов), а также разработке и внедрению в клиническую практику новых эффективных и низкотоксичных препаратов, блокирующих различные звенья иммунного ответа. В настоящее время после пересадки почки применяется 4-компонентная иммуносупрессивная терапия:

!!!ZU_2012_05.qxd 21.03.2012 14:09 Page 63

ия отечественной трансплантологии

тресса, посвященного Всемирному дню почки

– индукция моноклональными анти-CD25-антителами (даклизумабом или базиликсимабом) либо поликлональными антителами (тимоглобулином);

– циклоспорин в стартовой дозе 8-10 мг на 1 кг массы тела или такролимус в стартовой дозе 0,2 мг на 1 кг массы тела с последующей коррекцией с учетом концентрации препарата в крови;

– мофетила микофенолат;

– метилпреднизолон.

Для расширения возможности пересадки почки от живого донора при групповой несовместимости с реципиентом разработаны более жесткие протоколы иммуносупрессивной терапии: применение предтрансплантационного плазмафереза или иммуносорбции (удаления из крови реципиента агглютининов α или β), антитимоцитарного иммуноглобулина и/или моноклональных анти-CD25-антител, ритуксимаба, такролимуса, мофетила микофенолата. Следует помнить, что вероятность отторжения наиболее высока в первые 2 нед после трансплантации.

Врач-ординатор отдела трансплантации почки Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины Александр Викторович Закрутько представил результаты собственного исследования, в котором оценивал преимущества ДДТП.

– Целью исследования, проведенного на базе нашего лечебного учреждения, было сравнение клинико-лабораторных показателей до и после ДДТП от живого родственного донора у больных ХПН в стадии азотемии и у пациентов, находившихся на гемодиализе в течение года и более перед проведением трансплантации. В основную группу вошли 29 участников с ХПН (7 из них – с СД, 22 – с хроническим гломерулонефритом), которым с января 2006 по июль 2011 года выполнена ДДТП от живого родственного донора. Контрольную группу составили 29 пациентов с ХПН, которые в течение длительного времени перед пересадкой почки от живого родственного донора находились на диализе. Возраст, пол и клинические показатели участников обеих групп были сопоставимы. Для оценки эффективности лечения использовались общеклинические, биохимические, инструментальные и морфологические методы. В течение 24 мес после операции выявлено достоверное преимущество тактики ДДТП по сравнению с трансплантацией, которой предшествовал длительный период диализа, по всем показателям. Также отмечена вдвое меньшая частота криза отторжения у пациентов, которым была выполнена ДДТП, по сравнению с таковой у участников контрольной группы (10,3 против 20,6% соответственно). Таким образом, ДДТП является высокоэффективной и безопасной тактикой лечения больных с терминальными стадиями ХПН, характеризующейся рядом преимуществ, таких как уменьшение экономических затрат на проведение диализа, снижение частоты инфицирования вирусами гепатита В и С, уменьшение количества осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, снижения выраженности нарушений фосфорно-кальциевого и липидного обменов, уменьшения сенсибилизации реципиентов к чужеродным антигенам и, соответственно, снижение частоты кризов отторжения. В условиях значительного дефицита диализных мест ДДТП является приоритетной тактикой лечения пациентов, которым требуется почечнозаместительная терапия.

Заведующая отделом эфферентных технологий Института нефрологии НАМН Украины, доктор медицинских наук Ирина Алексеевна Дударь акцентировала внимание на одном из наиболее частых осложнений после трансплантации – посттрансплантационной анемии (ПТА), ухудшающей восстановительный период и являющейся фактором риска неблагоприятных исходов у пациентов.

– Реципиенты трансплантата почки рассматриваются как больные ХБП, при этом анемический синдром является одним из основных проявлений данной патологии независимо от ее нозологической основы и носит эритропоэтин-железодефицитный характер. По данным масштабных клинических исследований TRESAM (n=4263) и TRANCEPT (n=4399), распространенность ПТА составляет 38-42%, при этом выявлена связь между развитием анемии и почечной функцией пациента. К факторам риска ПТА также относятся возраст донора старше 60 лет, недавно перенесенные инфекции, прием ингибиторов АПФ и проведение иммуносупрессивной терапии.

Основными причинами развития ПТА у больных в послеоперационном периоде являются снижение секреции эритропоэтина, которое наблюдается с 2-4-го дня после трансплантации почки и сохраняется в течение нескольких месяцев, дисфункция трансплантата, ишемическое повреждение трансплантата, рецидив основного заболевания в трансплантате. Среди других причин развития анемии у этой категории пациентов можно выделить нарушение ответа на эндогенный эритропоэтин, уремическую интоксикацию, уменьшение длительности жизни эритроцитов, дефицит железа, фолиевой кислоты и других питательных элементов, кровопотерю, вторичный гиперпаратиреоз, а также развитие инфекции и воспалительных реакций (A. Djamali et al. 2006). Снижение скорости клубочковой фильтрации является одним из основных предикторов развития ПТА (Karthikeyan, 2004). Наличие ПТА негативно влияет на восстановительный период и значительно ухудшает прогноз больных. Доказано, что через 12 мес после трансплантации почки ПТА ассоциировалась с повышением уровня сердечно-сосудистой и общей смертности независимо от других факторов риска (J.J. Augustine, D.E. Hricik, 2006), а также с достоверным снижением когнитивных функций и развитием астенического синдрома. ПТА является независимым фактором риска развития гипертрофии левого желудочка и застойной сердечной недостаточности (СН). Так, уровень гемоглобина >138 г/л ассоциировался с наименьшим относительным риском (ОР) возникновения застойной сердечной недостаточности de novo <1; снижение гемоглобина до уровня 126-137 г/л ассоциировалось с повышением ОР до 1,64; при уровне гемоглобина 114-125 г/л ОР составлял 2,55, а при уровне <114 г/л – 3,67 (Rigatto C. Sernin, 2006). ПТА (уровень гемоглобина <130 г/л у мужчин и <120 г/л у женщин) ассоциировалась со снижением общей выживаемости пациента и почечного трансплантата (M.Z. Molnar et al., 2007).

Лечение ПТА заключается в коррекции уровня железа (сахарат железа является наиболее безопасной формой внутривенного введения железа, глюконат железа – следующая за ним по безопасности форма) и назначении стимуляторов эритропоэза (эпоэтина α, β, δ и ω, а также дарбэпоэтина α).

Доцент кафедры эндокринологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, кандидат медицинских наук Владимир Гаврилович Науменко подробно рассказал об одной из наиболее частых причин развития нефропатии – СД.

– СД является одной из наиболее часто встречающихся патологий в мире. Согласно официальным данным, в Украине количество больных СД составляет 1,3 млн человек, однако по статистике IDF их реальное количество в 2010 г. достигало почти 3,5 млн. Наличие СД повышает риск развития ишемической болезни сердца в 2-6 раз, инсульта – в 2-3 раза, ретинопатии с последующей потерей зрения – в 10-25 раз, гангрены – в 20 раз, уремии и нефропатии – в 15-20 раз. СД занимает первое место среди причин развития терминальной стадии ХБП (почти 35 новых случаев на 1 млн человек), опережая артериальную гипертензию (25 новых случаев на 1 млн человек), гломерулонефрит (10 новых случаев на 1 млн человек) и кисту почки (менее 5 новых случаев на 1 млн человек) (US Renal Data System, 2006).

Почки являются одним из наиболее уязвимых органов-мишеней при СД; их функция нарушается уже на ранних стадиях заболевания, прогрессируя с течением СД. Так, у пациентов с впервые выявленным СД микроальбуминурия определяется в 17-30% случаев, протеинурия – в 7-13% случаев, ХПН – в 1% случаев. По мере нарастания альбуминурии (от микроальбуминурии до терминальной стадии ХБП) риск развития сердечно-сосудистых событий повышается в 20-30 раз, при этом на каждое снижение СКФ на 10% количество кардиоваскулярных осложнений увеличивается на 20%, а летальность – на 30%.

Таким образом, пациенты с СД относятся к группе высокого риска почечных осложнений. Ранняя диагностика нарушений функции почек и своевременное их лечение могут значительно улучить прогноз таких больных и предотвратить у них развитие терминальных стадий ХБП.

Диагностический скрининг на протеинурию осуществляется:

– всем больным с СД 1 типа, у которых патология была выявлена в детском или пубертатном возрасте, через 5 лет после установления диагноза; впоследствии – ежегодно;

– больным СД 1 типа, заболевшим в постпубертатном возрасте, при установлении диагноза; впоследствии – ежегодно;

– больным СД 2 типа при установлении диагноза; впоследствии – ежегодно;

– беременным на фоне СД или с наличием гестационного диабета 1 раз в триместр.

Врач-хирург Института нефрологии НАМН Украины А.В. Хохлов рассказал о проблеме стеноза почечных артерий как причине вазоренальной гипертензии и ХБП.

– В 90% случаев причиной развития стеноза почечных артерий является атеросклероз, таким образом, больные с этой патологией относятся к группе риска поражения почечных артерий. В группе пациентов с выраженным стенозом почечных артерий (75-99%) почти в половине случаев этот процесс прогрессирует до полной окклюзии в течение 1 года, а 10% умеренных стенозов (50-75%) окклюзируются в течение 2 лет. Почти 60% больных с билатеральным стенозом почечных артерий при естественном течении переходят на диализ или умирают в течение 5 лет.

Диагностика стеноза почечных артерий осуществляется с помощью инструментальных методик – дуплексного сканирования, магнитно-резонансной томографии (ангиографии), компьютерной томографии (ангиографии), радиоизотопной сцинтиграфии. В целях профилактики почечной недостаточности пациентам с выраженным стенозом, а также с умеренным стенозом при наличии артериальной гипертензии и симптомов сердечной недостаточности осуществляется реваскуляризация почечной артерии. При этом у 25-30% больных после перенесенной реваскуляризации отмечается выраженное улучшение функции почек (восстановление кровотока, обратимость повреждения паренхимы), у 45-50% – стабилизация процесса (прекращение снижения кровотока, стабилизация тканевого фиброза), а у 20-25% – отсутствие положительных результатов или ухудшение (прогрессирование повреждения паренхимы, развитие сопутствующих заболеваний, реперфузионных повреждений, контрастиндуцированной нефропатии). Таким образом, принятие решения о необходимости проведения реперфузии должно быть тщательно взвешено с учетом ожидаемой пользы и рисков, при этом следует помнить, что проведение такого вмешательства показано пациентам максимального риска.

Подготовила ***Татьяна Спринсян***
Фото автора

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476