

Concluzii. Modificările retiniene utilizate pentru aprecierea gradului de retinopatie hipertensivă, conform clasificării KWB, sunt incomplet specifice HTA: modificările similare se atestă și la pacienții cu PC, mai ales complicată

cu IR. Pentru afectarea retiniană hipertensivă în grupul pacienților cu patologie renală sunt specifice numai modificările patologice avansate (complicații retiniene vasculare și perivasculare), precum și edemul DNO.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ ПОСТОЯННЫМ АМБУЛАТОРНЫМ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ

А.Д.Сапожников, Б.И.Харитонов, Р.Р.Беков, И.Н. Детиненко

ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский, Россия

Summary

We have studied 17 kidney transplant recipients receiving PAPD prior transplantation. In 3 cases there was no initial graft's function. We successfully resumed PAPD in all these patients. We use original "drop in" technique of ureterocystostomy to prevent retroperitoneal leakage of urine. Removal of peritoneal catheter must be carrying out since 30 – 35 days after transplantation if the patient has stable graft function.

С ноября 2001 по март 2006 года больным из группы ПАПД выполнено 17 аллотрансплантаций почки. У 14 больных функция трансплантата была немедленной, проведения диализа в послеоперационном периоде не требовалось. В 1 случае была отсроченная функция почечного трансплантата, в 2 случаях – отсутствие функции. Всем больным, нуждающимся в проведении диализа после трансплантации почки, удалось продолжить проведение перитонеального диализа. Этот вариант представляется более предпочтительным, чем перевод на гемодиализ, так как последний требует дополнительных вмешательств по созданию сосудистого доступа. Перед «включением» почечного трансплантата в кровоток проводилась инфузия растворов в объеме 3-4 литров под контролем центрального венозного давления. В послеоперационном периоде у ряда больных отмечалось значительное (по 500 – 700 мл) отделяемое по дренажу в течение 4 – 5 дней с

постепенным его уменьшением, что требовало продления сроков дренирования ложа трансплантата. Жидкость из брюшной полости ежедневно удалялась через перитонеальный катетер. При наличии примеси крови в удаляемой жидкости, брюшная полость через перитонеальный катетер ежедневно промывалась небольшим количеством диализирующего раствора. В нашем центре применяется антирефлюксная методика уретероцистостомии, которая обеспечивает надёжную герметизацию раны мочевого пузыря в зоне анастомоза и предотвращает возможность формирования мочевого затёка в ложе трансплантата. Скопление мочи в забрюшинном пространстве может стать причиной развития перитонита. При развитии перитонита показано проведение перитонеального диализа с использованием антибиотиков интраперитонеально. Удаление перитонеального катетера производится за 7 – 10 дней до выписки больного при условии стабилизации функции почечного трансплантата, отсутствия выделения жидкости из брюшной полости при аспирации и явлений перитонита, отсутствия жидкостных образований ложа трансплантата. Пациенты, получавшие ПАПД до пересадки почки, по нашему мнению, адекватно реабилитированы данным методом и хорошо подготовлены к трансплантации.

ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С НАРУШЕНИЕМ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА

Сапожников А.Д., Кириллова С.Н., Лемешкина И.С.

ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский

Summary

Estimation of vascular wall's elasticity in patients with chronic renal failure (5-th stage of chronic kidney disease) and infringement of phosphorus-calcium metabo-

lism (secondary hyper (or hypo) parathyroidism treated with ambulatory hemodialysis before and under treatment with 1 alpha-hydroxylated derivatives of vitamin D₃).