

Актуальность. Назначение активных метаболитов витамина D_3 под контролем эластичности сосудистой стенки.

Цель. Оценить состояние комплекса интима-медиа и количественные показатели кровотока в сонной артерии у больных с хронической болезнью почек 5 стадии и нарушением фосфорно-кальциевого обмена.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов (мужчины-44, женщины-46), среднего возраста $44,4 \pm 2,05$ лет, которые находятся на программном гемодиализе $3,2 \pm 0,5$ лет. После определения паратиреоидного гормона (ПТГ) электрохемилюминисцентным методом, уровня кальция сыворотки крови ионометрическим методом и фосфора- фотометрическим способом с вычислением фосфоро-кальциевого произведения, выявлено нарушение фосфоро-кальциевого обмена у 32 пациентов (мужчин -18, женщин-14). Пациенты разделены на три группы по уровню лабораторных показателей: первая- со значимым снижением ПТГ ($102,8 \pm 13$ пг/мл)- 14 пациентов (44%), вторая - 7 больных с умеренным снижением ПТГ до 140 ± 21 пг/мл (21,8%) и повышенным показателем ПТГ - $425,4 \pm 20$ пг/мл 11 человек (34,2%). В этих группах проведено дуплексное сканирование сонной артерии справа на аппарате Aloka SSD 1700 до начала лечения активными

метаболитами витамина D_3 и после трехмесячного курса с оценкой величины диаметра сосуда, комплекса интима-медиа на 1,5 см проксимальнее бифуркации по задней стенке с определением скоростных и спектральных характеристик кровотока.

Результаты. До начала терапии во всех группах отмечалось снижение диаметра сосуда до $4,3 \pm 0,5$ мм, утолщение интима-медиа до $2,3 \pm 0,21$ мм, снижение скоростных показателей кровотока с повышением RI до $0,89 \pm 0,05$. На фоне проводимой терапии в первых двух группах достоверно увеличился диаметр до $4,9 \pm 0,32$ мм и $5,1 \pm 0,21$ мм соответственно, снизилась величина интима-медиа до $1,96 \pm 0,12$ и $1,88 \pm 0,13$ мм с уменьшением RI до $0,65 \pm 0,08$. В третьей группе выявлена отрицательная динамика: изменение диаметра было не достоверным $4,1 \pm 0,08$ мм, но интима-медиа увеличилась до $2,6 \pm 0,06$ мм и RI составил $0,91 \pm 0,04$.

Выводы. Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости включения ультразвукового исследования сосудов в стандарт динамического наблюдения за пациентами с хронической болезнью почек на программном гемодиализе и нарушением фосфорно-кальциевого обмена.

Необоснованность назначения активных метаболитов витамина D_3 приводит к изменению эластичности сосудистой стенки и нарушению кровотока.

РОЛЬ ВАРИАНТА УРЕТЕРОЦИСТОСТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Казимиров В.Г., Сапожников А.Д., Харитонов Б.И., Детиненко И.Н., Беков Р.Р.
ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский, Россия

Summary

Since 2001 we use original "drop in" technique of ureterocystostomy to prevent vesicoureteric reflux (VUR) in transplanted kidney. 43 renal transplant recipients were examined by voiding cystography and ultrasound voiding cystography. No cases of VUR in transplanted kidney were found. In the group of patients with the other methods of ureterocystostomy (n=26) we detected VUR in 6 cases (21,42%). In 5 cases there were severe forms of VUR.

Урологические осложнения при трансплантации почки составляют в среднем 6 – 7%. К ним относят обструкцию мочеточника, мочевые затеки ложа трансплантата при несостоятельности анастомоза или некрозе мочеточника трансплантата. Гораздо меньшее внимание уделяется пузырно-мочеточниковому рефлюксу (ПМР) в аллотрансплантат, обусловленному функциональной несостоятельностью вновь сформированного уретероцистоанастомоза (УЦА). С 2001 года нами используется модифицированная методика УЦА по типу «drop in» с антирефлюксной защитой. Сущность методики заключается в создании

антирефлюксного механизма путем формирования подслизистого туннеля и его удлинение при фиксации мочеточника в месте его входа в подслизистый канал, а также удлинение и рассечение внутрипузырной части мочеточника. У двух групп больных была изучена частота ПМР в трансплантат методом микционной цистографии и микционного ультразвукового исследования. В I группу (n=43) вошли пациенты, оперированные по нашей методике, во II группу (n=28) пациенты, у которых применялись другие варианты УЦА (Мебеля-Шумакова, Lich, Starzl). В I группе ПМР в трансплантат отсутствовал у всех больных. Во II группе выявлено 6 случаев (21,42%) ПМР в трансплантат. В 5 случаях отмечено негативное влияние ПМР на функционирование трансплантата. У 2 больных констатировано постоянное течение ПМР: в 1 случае развился острый гнойный пиелонефрит трансплантата, что потребовало его удаления; во втором случае своевременная хирургическая коррекция привела к выздоровлению

больного. У 2 больных отмечено интермиттирующее течение ПМР: у одного из них произведена реконструктивная операция с формированием пиелоуретероанастомоза с собственным мочеточником, у второго больного трансплантатэктомия выполнялась на фоне уросепсиса с нарушением функции трансплантата, и привела к смерти. В 2 случаях течение

ПМР носило латентный характер, однако в 1 случае привело к потере функции трансплантата через 5 лет, у второго больного спустя 3 года после операции существенного отрицательного влияния на пересаженную почку нет. Используемая нами методика формирования УЦА представляется более надежной в плане профилактики развития ПМР в трансплантат.