

и с концентрацией кальция в диализирующем растворе $\text{Ca}^{++} - 1,75$ ммоль/л.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента. Женщин – 12, мужчин – 11. Возраст – $52,53 \pm 13,00$ лет (от 32 до 76). Время ПАПД – $3,1 \pm 1,75$ года (от 0,7 до 6,7 года). 11 человек получали ПАПД с использованием диализирующих растворов с содержанием кальция 1,25 ммоль/л. 12 пациентов получали ПАДД с использованием диализирующих растворов с концентрацией кальция 1,75 ммоль/л. Распределение по группам производилось методом случайной выборки. Группы не различались по возрасту, полу и длительности ЗПТ. Хронический гломерулонефрит явился причиной развития ХБП 5 ст. у 12 человек. Диагноз подтвержден данными морфологического исследования у 5 человек. Диабетическая нефропатия – 4, хронический пиелонефрит – 3, гипертоническая болезнь – 4 человека. Время наблюдения 8 месяцев. Уровень фосфатов (Р) и кальция (Са) определялся ежемесячно, уровень ПТГ раз в 3 месяца. Всем пациентам была рекомендована диета с низким содержанием фосфора. Следует отметить, что лишь 17 пациентов (73,9%) придерживались ее строго.

Результаты. У пациентов, получающих ПАПД с использованием диализирующих растворов с содержанием $\text{Ca}^{++} - 1,25$ ммоль/л средний уровень общего кальция составил $1,98 \pm 0,58$ ммоль/л, ио-

низированного Са – $1,07 \pm 0,53$ ммоль/л; иПТГ – $496,16 \pm 402,62$ пг/мл, а Р – $3,81 \pm 1,51$ ммоль/л. Кальций содержащие фосфатсвязывающие препараты (ФСР) принимали 7 из 12 человек в группе (58,33%). У пациентов, диализирующий раствор которых содержал $\text{Ca}^{++} - 1,75$ ммоль/л соответствующие показатели составили: общий Са – $2,097 \pm 0,46$ ммоль/л; ионизированный Са – $1,886 \pm 0,601$ ммоль/л; иПТГ – $508,78 \pm 501,966$ пг/мл; Р – $4,071 \pm 0,987$ ммоль/л. ФСР принимали 8 из 11 человек в группе (72,72%). Причем двое пациентов из-за высокого уровня сывороточного Са принимали ренагель, а один пациент альмагель. И хотя достоверных различий между группами не получено ввиду малочисленности групп наблюдения, тенденция к лучшему контролю уровня фосфатов и кальция при использовании диализирующих растворов с низким содержанием кальция явно просматривается. Еще меньшую группу составили пациенты, получающие аппаратный перитонеальный диализ (АПД). Таких пациентов было всего 4 человека. Средний уровень Р у этих пациентов составил $2,988 \pm 0,763$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы. Оптимальный контроль за минеральными нарушениями при ХБП 5А осуществляется с использованием АПД. Однако его использование существенно ограничено. При лечении ПАПД для лучшей коррекции минеральных нарушений

Острое почечное повреждение Acute kidney injury

DOI: 10.28996/2618-9801-2019-4-518-523

Заместительная почечная терапия острого почечного повреждения у детей в Республике Беларусь

С.В. Байко¹ (baiko@yandex.ru), А.В. Сукало¹, И.В. Шевчук², О.Я. Свирская³,
Ю.С. Осветимская⁴, Е.С. Рябушко⁵, М.И. Стрижак⁶, М.Д. Очеретний⁶,
Н.В. Омельченко⁷, А.А. Валуевич⁸, А.П. Панов⁹, О.И. Тюшников¹⁰

¹ 1-я кафедра детских болезней, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² 2-я городская детская клиническая больница, Минск, Беларусь

³ Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", Минск, Беларусь

⁴ Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минская область, Беларусь

⁵ Республиканский научно-практический центр детской хирургии, Минск, Беларусь

⁶ Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск, Беларусь

⁷ Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь

⁸ Брестская областная детская больница, Брест, Беларусь

⁹ Могилевская областная детская больница, Могилев, Беларусь

¹⁰ 4-я городская детская клиническая больница, Минск, Беларусь

Renal replacement therapy of acute kidney injury in children in Belarus

S.V. Baiko¹ (baiko@yandex.ru), A.V. Sukalo¹, I.V. Shevchuk², O.Y. Svirskaya³, Y.S. Osvetimsкая⁴, E.S. Ryabushko⁵, M.I. Strizhak⁶, M.D. Ocheretny⁶, N.V. Omelchenko⁷, A.A. Valuevich⁸, A.P. Panov⁹, Tyushnikov¹⁰

¹ 1st Department of Pediatrics, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² 2nd City Children's Clinical Hospital, Minsk, Belarus

³ Republican Scientific Practical Center "Mother and Child", Minsk, Belarus

⁴ Belarusian Research Center for Pediatric Oncology, Hematology and Immunology, Minsk region, Belarus

⁵ Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery, Minsk, Belarus

⁶ City Children's Infectious Disease Clinical Hospital, Minsk, Belarus

⁷ Grodno Regional Children's Clinical Hospital, Grodno, Belarus

⁸ Brest Regional Children's Hospital, Brest, Belarus

⁹ Mogilev Regional Children's Hospital, Mogilev, Belarus

¹⁰ 4th City Children's Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Острое почечное повреждение (ОПП) у детей остается одной из важнейших проблем здравоохранения – медицинских, экономических и социальных. Возникновение ОПП у ребенка всегда представляет непосредственную опасность для его жизни, неоднозначно в плане выздоровления и дальнейшего прогноза.

Цель исследования. Оценить причины ОПП, требующие проведения заместительной почечной терапии (ЗПТ), приоритетность методов ЗПТ в зависимости от специализации стационара и исходы этого лечения.

Материалы и методы. На основании анкетирования получены данные по всем детям, получившим ЗПТ в 2018 году в Беларуси. Анкета также содержала дополнительные вопросы, касающиеся использования терминов ОПП и острая почечная недостаточность (ОПН), выбора классификации ОПП для клинической практики, методов определения креатинина крови и их стандартизации, возможности проведения острого перитонеального диализа (ПД).

Результаты. В 2018 году 66 детей получили ЗПТ по поводу ОПП (3,5 случая на 100 000 детского населения 0-17 лет), которая проводилась в 10 стационарах республики. Чаще ЗПТ проводилась в республиканских научно-практических центрах (нефрологии и ЗПТ², онкогематологии⁴ и кардиохирургии⁵) – 51 (77%), чем в городских и областных детских больницах – 15 (23%).

Продолжительные методы ЗПТ (вено-венозная гемо(диа)фильтрация и вено-венозный гемодиализ – CVVH(D)F) использовались у 23 пациентов (35%) в качестве монотерапии, реже применялись ПД – у 21 (32%), комбинация CVVH(D)F с ПД или интермиттирующим гемодиализом (ГД) – у 14 (21%), только ГД – у 8 (12%). Все виды ЗПТ были доступны только в одном центре (2): (CVVH(D)F+ПД/ГД) / ГД / ПД / CVVH(D)F = 8 / 8 / 6 / 1 пациентов, в других республиканских центрах использовались в (3): (CVVH(D)F+ПД) / ПД / CVVH(D)F = 5/8/7 и в (4) только CVVHD у 8 детей. Соотношение методов ЗПТ в областных и городских клиниках (6-10) было следующим (CVVH(D)F+ПД) / ПД / CVVH(D)F = 1/7/7.

Основными причинами ОПП были состояния после кардиохирургических вмешательств по поводу тяжелых врожденных пороков сердца, кардитов, тампонады сердца – 22 (33%), гемолитико-уремический синдром (ГУС) у 19 пациентов (29%), сепсис и септический шок у 17 (26%).

Летальность у пациентов с ОПП, получавших ЗПТ, составила 45% (30/66). Наиболее высокая летальность отмечалась у детей с сепсисом и септическим шоком 76% (13/17) и с кардиохирургической патологией 68% (15/22), а наименьшая у пациентов с ГУС – 5% (1/19). Летальность в республиканских центрах – 41% (21/51) и в областных, городских клиниках – 53% (8/15) была сопоставима ($p>0,05$).

В большинстве клиник, принявших участие в анкетировании, пользуются термином ОПП – 56%, реже ОПН – 33% или обеими – 11%. В 40% стационаров используется классификация ОПП KDIGO (2012), в 30% – pRIFLE (2007), в 20% – AKIN (2007) и в 10% – nRIFLE (2009). Большинство лабораторий больниц использует метод Яффе для определения креатинина крови (67%), реже ферментативный метод (11%) или оба (22%), причем только в 56% лабораторий они стандартизованы по международным требованиям (IDMS). Врачи 67% отделений интенсивной терапии сообщили, что владеют методикой острого перитонеального диализа.

Заключение. Проведенное исследование показывает, что потребность в ЗПТ у детей в Беларуси обеспечивается практически на 100%. Данные методы терапии доступны как в специализированных центрах, так и городских, и областных клиниках. Наиболее часто используются продолжительные методы ЗПТ (CVVH(D)F) как самостоятельно, так и в комбинации с ПД или ГД. Сохраняется высокая летальность у пациентов с сепсисом и после кардиохирургических вмешательств. Необходим переход на единую классификацию ОПП во всех стационарах республики, а концентрация креатинина крови, которая является ключевым при установлении стадии ОПП, должна определяться во всех лабораториях, используя международно принятую стандартизацию.

Структура острого почечного повреждения у пациентов, получающих заместительную почечную терапию в многопрофильном ОРИТ

Юл. Кецко (*kezko-motor@mail.ru*), А.В. Лунина, И.В. Штоль, Н.И. Шабалина
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Structure of acute renal injury in patients receiving renal replacement therapy in multidisciplinary resuscitation and intensive care unit

Yul. Ketsko (*kezko-motor@mail.ru*), A.V. Lunina, I.V. Shtol, N.I. Shabalina
Samara State Medical University, Samara, Russia

Введение. Заболеваемость ОПП варьирует от 140 до 2880 случаев на миллион населения в год с достоверным ежегодным ростом на 28,5% (Case J. и соавт., 2013). При этом число больных с ОПП, требующих ЗПТ, возрастает на 7 случаев на миллион населения в год (Hsu C.Y. и соавт., 2007). На момент госпитализации различные стадии ОПП регистрируются в 3,2-9,6% случаев (Fang Y. и соавт., 2010). В условиях ОРИТ этиологическая структура ОПП в 47,5% связана с сепсисом, 26,9% обусловлена кардиогенным шоком, в 25,6% – гиповолемией (Uchino S. и соавт., 2005). В настоящее время в литературе нет точных данных о структуре ОПП в условиях ОРИТ (А.В. Смирнов, И.А. Добронравов и соавт., 2015).

Цель. Определить соотношение форм и патогенетических вариантов ОПП у пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с синдромом острой почечной недостаточности, получивших ЗПТ в период пребывания в ОРИТ за временной интервал 26.12.2017 по 26.08.2019 года. Основой дифференциальной диагностики, позволя-

ющей определить форму и варианты ОПП, были: данные анамнеза и медицинской документации, клинического осмотра в динамике, гемодинамического мониторинга, показатели лабораторных и инструментальных методов исследований. При наличии инфекционной причины был определен и бактериологически идентифицирован источник инфекции. ЗПТ проводили методами интермиттирующей и продолжительной терапии.

Результаты. Общее количество пациентов по названным критериям – 358. Что составило 9,5% от всех поступивших за данный период. Внебольничных случаев развития ОПП – 58 (16,2%). Средний возраст пациентов – 61,062±16,87 (p<0,001) года, женщин – 151 (43%). ОПП выявлено у 237 пациентов (67%), развитие ОПП на ХБП (3-5 стадии) у 121 пациента (33%). Патогенетические варианты ОПП у пациентов ОРИТ представлены в таблице.

Заключение. У пациентов ОРИТ, получающих ЗПТ, острое повреждение почек без предшествующей ХБП отмечено в 67% случаев. Основным вариантом ОПП в исследуемой группе пациентов является ренальный сепсис-индуцированный с абдоминальным, церебральным и легочным очагами инфекции.

Таблица

Варианты ОПП	Количество пациентов (%)	Локализации очага инфекции	
<i>Преренальный</i>	66 (27,3)		
преренальный кардиогенный	42 (63,7)		
преренальный некардиогенный	24 (36,3)		
<i>Ренальный</i>	152 (64,2)		
сепсис – индуцированный	102 (67,1)	Абдоминальная	41
		Легочная	21
		ЦНС	26
		Мягкие ткани	7
		Бактериемия	4
		Мочеполовая	3
сепсис несвязанный	49 (32,9)		
<i>Постренальный</i>	19 (8,5)		

Состояние сердечно-сосудистой системы как фактор риска развития острого почечного повреждения после хирургической реваскуляризации миокарда

Л.А. Кумахова³ (kum693@mail.ru), Н.П. Потехин^{1,2}, А.Г. Борисов^{1,2}

¹ ФГБУ "Главный военный клинический госпиталь имени акад. Н.Н. Бурденко МО РФ", Москва, Россия

² "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования", Москва, Россия

³ ГБУЗ "Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы", Москва, Россия

Cardiovascular system status as a risk factor of the development of acute renal injury after surgical myocardial revascularization

L.A. Kumahova³ (kum693@mail.ru), N.P. Potekhin^{1,2}, A.G. Borisov^{1,2}

¹ Main military N.N. Burdenko Clinical Hospital, Moscow, Russia

² Russian Medical Academy of continuing professional education, Moscow, Russia

³ City Clinical Hospital № 52, Moscow, Russia

Актуальность проблемы. Самым распространенным и эффективным кардиохирургическим вмешательством при лечении ишемической болезни сердца (ИБС) является аортокоронарное шунтирование (АКШ), выполнение которого может сопровождаться развитием острого почечного повреждения (ОПП) которое, несмотря на совершенствование медицинских технологий, зачастую несвоевременно диагностируется и является причиной неблагоприятных исходов, в том числе летальных.

Цель работы. В целях совершенствования профилактики развития ОПП у пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда исследовать состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) как фактор риска развития ОПП.

Материалы и методы. Было изучено состояние ССС у 179 пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко с 2010 по 2015 гг. Деление пациентов на 3 группы сравнения осуществлялось с использованием критериев диагностики ОПП RIFLE: 1-я группа (n=71) – лица, у которых после операции ОПП не развилось; 2-я группа (n=93) – R (риск), 3-я группа (n=15) – I (повреждение). Мужчин было 164 (91,6%), женщин 17 (8,4%). Группы больных с ИБС были сопоставимы по возрасту (средний возраст 1 группы 60,9±7,9, 2 группы – 61±9,9, 3 группы – 61,9±6,9, p>0,05). Всем пациентам наряду с рутинными методами исследования выполнялся расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕРІ.

Результаты. У пациентов с повышенной массой тела достоверно чаще развивалось ОПП после реваскуляризации миокарда (1 группа – 85,3±11,8, 3 группа – 95,3±15,9, p<0,05) и ее проявления были более выражены, что также подтверждается при расчете индекса массы тела – статистически зна-

чимые различия наблюдались между 2 и 3 группой пациентов со средним индексом массы тела во 2 группе – 29,4±3,57 и 30,1±4,73 в 3 группе (p<0,05). В дооперационном периоде не отмечено статистически значимых различий наличия в анамнезе артериальной гипертензии, вместе с тем, длительность существования гипертонической болезни у пациентов 3-й группы была достоверно больше, чем во 2-й группе (соответственно 8,45±7,73 и 11,9±9,0 лет, p<0,05). Уровень артериального давления, как систолического, так и диастолического в предоперационном периоде не различался в группах сравнений и находился в пределах нормальных величин. Достоверно чаще в 3-й группе встречалось постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), однако впервые возникшая стенокардия послужившая поводом для госпитализации не являлась фактором риска развития ОПП. При анализе нарушений ритма и проводимости сердца выявлено, что пациенты с атриовентрикулярной блокадой, нарушением внутрисердечной проводимости, и склонностью к брадикардии, имели более частое развитие ОПП, в то время как наличие мерцательной аритмии, желудочковой экстрасистолии и блокады ножек пучка Гиса не имели прогностического значения в развитии ОПП. Масса миокарда левого желудочка, ударный и минутные объемы, систолический размер левого желудочка, конечно-систолические и конечно-диастолические размеры левого и правого желудочков и левого предсердия по данным Эхо-КГ, были больше у пациентов 3-й группы (p<0,05).

Заключение. Состояние ССС во многом определяет развитие ОПП после хирургической реваскуляризации миокарда. Развитию ОПП способствуют избыточная масса тела оперируемых, длительность существующей артериальной гипер-

тензии, перенесенный ранее инфаркт миокарда, наличие ХСН, нарушения проводимости сердца, увеличение массы миокарда левого желудочка, ударного и минутного объемов, систолических и диастолического размеров левого и правого же-

лудочков и левого предсердия по данным Эхо-КГ. Оценка состояния ССС перед реваскуляризацией миокарда позволит выделить пациентов с риском развития ОПП и определить мероприятия по ее профилактике.

Некоторые особенности ведения пациентов при хирургической реваскуляризации миокарда, ассоциированные с риском развития острого почечного повреждения

Л.А. Кумахова³ (kum693@mail.ru), Н.П. Потехин^{1,2}, А.Г. Борисов^{1,2}

¹ ФГБУ "Главный военный клинический госпиталь имени акад. Н.Н. Бурденко МО РФ", Москва, Россия

² ФГБОУДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования", Москва, Россия

³ ГБУЗ "Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения города Москвы", Москва, Россия

Some features of patient's management of surgical myocardial revascularization associated with the risk of development of acute renal injury

L.A. Kumakhova³ (kum693@mail.ru), N.P. Potekhin^{1,2}, A.G. Borisov^{1,2}

¹ Main military N.N. Burdenko Clinical Hospital, Moscow, Russia

² Russian Medical Academy of continuing professional education, Moscow, Russia

³ City Clinical Hospital № 52, Moscow, Russia

Актуальность проблемы. Наиболее эффективным инвазивным вмешательством при лечении ишемической болезни сердца (ИБС) является хирургическая реваскуляризация миокарда посредством выполнения аортокоронарного шунтирования (АКШ), которое может сопровождаться развитием острого почечного повреждения (ОПП) и несмотря на совершенствование медицинских технологий, зачастую несвоевременно выявляется влияя на исход.

Цель работы. В целях совершенствования профилактики развития ОПП у пациентов с ИБС, после хирургической реваскуляризации миокарда, исследовать некоторые особенности периоперационного ведения пациентов ассоциированные с развитием ОПП.

Материалы и методы. Изучено данные 179 пациентов, после хирургической реваскуляризации миокарда выполненной в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в период с 2010 по 2015 гг. Деление пациентов на 3 группы сравнения осуществлялось с использованием критериев диагностики ОПП RIFLE: 1-я группа (n=71) – лица, у которых после операции ОПП не развилось, используемые критерии позволили отнести во 2-ю группу R (risk) – 93 пациента, в 3-ю группу I (injury) – 15 больных. Мужчин было 164 (91,6%), женщин 17 (8,4%). Группы больных с ИБС были сопоставимы по возрасту (средний воз-

раст 1 группы 60,9+7,9, 2 группы – 61+9,9, 3 группы – 61,9+6,9, p>0,05). АКШ с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) выполнялось 143 пациентам, без АИК – 36 больным. Всем пациентам наряду с рутинными методами исследования выполнялся расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕРІ до операции и первые двое суток после нее. Пациенты с исходно низкой СКФ в исследование включены не были.

Результаты. В развитии ОПП в послеоперационном периоде выявлена прямая зависимость с продолжительностью операции (1 группа – 236,0+53,5 мин, 2 группа – 238,6+63,9 мин, 3 группа – 280,5+47,4 мин; p<0,05 между всеми группами). Прослежена прямая связь между интенсивностью (объемом) интраоперационного диуреза и развитием ОПП (1 группа – 1762,8+946,8 мл, 2 группа – 1846,2+743,7 мл, 3 группа – 2226,7+601,7 мл, p<0,05 во всех группах), что может рассматриваться, на нашей выборке, как ранние проявления канальцевой дисфункции. Поддержание объема циркулирующей крови (ОЦК) препаратами крови не имело достоверных преимуществ в предупреждении развития ОПП в сравнении с другими инфузионными средами (p>0,05). В ходе операции с одинаковой частотой в группах сравнения использовались норадреналин и дофамин, нами не выявлено различий в частоте развития ОПП при их применении (p>0,05). Также мы не получили до-

стоверных различий в развитии ОПП у пациентов которым вводился или не вводился преднизолон для поддержания артериального давления во время операции, в тоже время имелись достоверные различия в группах сравнения при использовании интраоперационно дексаметазона, чаще его применяли во 2-ой, 3-ей группах (1 группа – 15,5%, 2 группа – 28,0%, 3 группа – 46,7%, $p < 0,05$ во всех группах). Проведение АКШ с использованием АИК чаще вызывало ОПП по сравнению с теми у кого операция выполнялась на работающем сердце (1 группа – 73,2%, 2 группа – 81,7%, 3 группа – 100%, $p < 0,05$ в 1 и 3, 2 и 3 группах). Были получены достоверные различия в группах по времени исполь-

зования АИК (1 группа – 61,1+45,8 мин, 2 группа – 75,8+49,1 мин, 3 группа – 113,5+33,5 мин; $p < 0,05$ в 1 и 3, 2 и 3 группах).

Заключение. Интраоперационный период во многом определяет развитие ОПП после хирургической реваскуляризации миокарда. Развитию ОПП способствуют увеличение длительности вмешательства, полнурия во время операции, интраоперационное использование дексаметазона. Поддержание ОЦК препаратами крови во время вмешательства не влияет на частоту развития ОПП. Снижению риска развития ОПП способствует выполнение реваскуляризации миокарда на работающем сердце и сокращением времени работы АИК.

Аллотрансплантация почки Kidney transplantation

DOI: 10.28996/2618-9801-2019-4-523-527

Опыт применения эверолимуса после трансплантации почки

И.Г. Ким^{1,2} (kig21@rambler.ru), Н.А. Томилина³, В.Е. Виноградов², И.В. Островская²,
И.А. Скрябина², М.Е. Мальцева²

¹ ФБУН Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Роспотребнадзора, Москва, Россия

² ГБУЗ ГКБ № 52 ДЗМ, Москва, Россия

³ ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

The experience of treatment with everolimus after kidney transplantation

I.G. Kim^{1,2} (kig21@rambler.ru), N.A. Tomilina³, V.E. Vinogradov², I.V. Ostrovskaya², I.A. Skryabina², M.E. Maltseva²

¹ G.N. Gabrichevsky Research Institute for Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russia

² City Clinical Hospital № 52, Moscow, Russia

³ Moscow State A.I. Evdokimov Medical and Dental University, Moscow, Russia

Современные режимы базисной иммуносупрессии после трансплантации почки (ТП) направлены не только на поддержание функции трансплантата, но и на снижение ренальных и экстраренальных осложнений отдаленного периода. В связи с этим особый интерес представляет применение ингибиторов пролиферативного сигнала, и специально эверолимуса (ЭВР), способствующих предупреждению нефротоксичности, индуцируемой ингибиторами кальцинейрина (ИКН), а также профилактике онкологических заболеваний.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ЭВР в качестве базисной иммуносупрессии в разные сроки после трансплантации почки.

Материалы и методы. В исследование включено 203 реципиента почечного трансплантата (РПТ), которые в зависимости от сроков назначения ЭВР были разделены на 2 группы. В 1 группу вклю-

чено 69 пациентов (муж. 66,7%), 44 из которых получали препарат с момента ТП, а 25 – через $2,4 \pm 2,2$ мес после операции. Пациентам 2 группы ($n=134$, муж. 51,5%), как правило, в связи с онкологическими осложнениями (у 121 из 134 РПТ) выполнялась конверсия с ММФ на ЭВР через $76,5 \pm 65,6$ мес после ТП. ЭВР применяли в комбинации со стероидами и минимизированной дозой ИКН. Группы были сопоставимы по возрасту ($53,1 \pm 12,2$ г и $53,4 \pm 12,3$ г) и длительности наблюдения после начала лечения ($57,1 \pm 37,3$ мес и $51,2 \pm 36,9$ мес).

Эффективность терапии ЭВР оценивали по выживаемости больных и почечных трансплантатов (ПТ), а также по выживаемости методики лечения и динамике функции ПТ и протеинурии. Под выживаемостью методики лечения понимали вероятностную частоту отсутствия "событий", требовавших отмены ЭВР к определенному сроку после начала