

Во втором случае первостепенная роль принадлежит кристалл-независимым механизмам с возможным исходным иммунным характером нефропатии. В обоих случаях отмечено позднее назначение

урат-снижающих препаратов. Продемонстрировано улучшение функции почек и снижение выраженности протейнурии на фоне уратснижающей терапии.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-453-454

## Аваскулярный некроз головки бедренной кости у молодых женщин после трансплантации почки: клинический случай

**Вьюнкова Ю.Н. (dr.yulja@gmail.com), Щекатуров С.В., Алексанян М.М., Куракина Ж.И.**  
**ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, Москва**

## Avascular necrosis of the femoral head in young women after kidney transplantation: a case report

**Vyunkova Yu.N. (dr.yulja@gmail.com), Shchekaturov S.V., Aleksanyan M.M., Kurakina Zh.I.**  
**Russian Scientific Center of Surgery, Moscow**

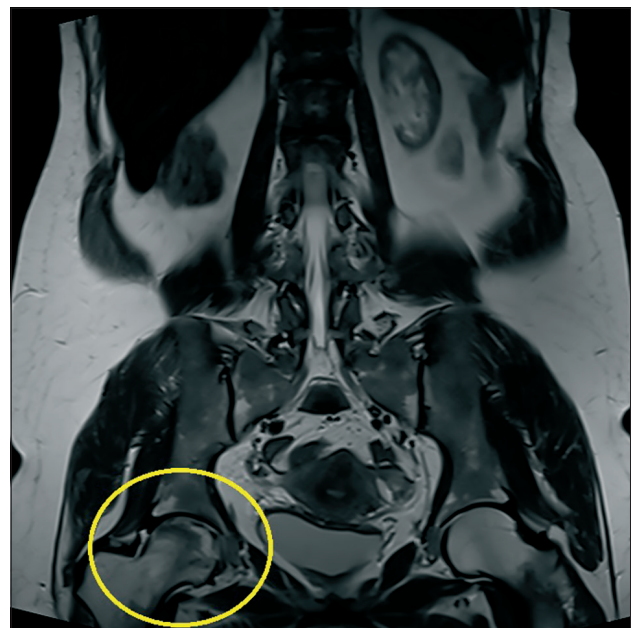
**Цель работы.** Описание двух случаев развития аваскулярного некроза головки бедренной кости (АНГБК) у молодых женщин, перенесших трансплантацию почки и получающих стандартную иммуносупрессивную терапию, включая глюкокортикоиды (ГКС).

**Материалы и методы.** *Первый случай:* пациентка 42 года, вес 58 кг, рост 166 см. Диагноз: хроническая болезнь почек 5 стадии в исходе хронического гломерулонефрита (терапию ГКС не получала), диализ с 07.10.2019 г. Трансплантация почки от умершего человека 13.07.2021 г. Функция трансплантата немедленная, субоптимизация креатинина на вторые сутки. Индукционная терапия: метил-преднизолон, базиликсимаб. Поддерживающая иммуносупрессивная терапия: такролимус с 0 суток, микофенолата мофетил с 3х суток, преднизолон с 1 суток. Послеоперационный период без осложнений. Биопсия трансплантата через 6 месяцев и через год – норма, через 3 года – слабые пограничные изменения, тубулярная атрофия 2 степени. СКФ СКД-EPI 63-74 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

С начала 2023 года стала отмечать появление боли в области тазобедренного сустава справа. Показатели кальциево-фосфорного обмена без существенных отклонений от нормы: кальций общий 2,49 ммоль/л, фосфор общий 1,3 ммоль/л, ПТГ 8,99 пмоль/л. При МРТ: признаки АНГБК, коксартроз справа 3-4 ст. В ноябре 2024 года выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава керамическим протезом, без осложнений. Функция трансплантата почки в послеоперационном периоде удовлетворительная.

*Второй случай:* пациентка 38 лет, вес 52 кг, рост 165 см. Диагноз: хроническая болезнь почек 5 ст.,

в исходе хронического гломерулонефрита (терапию ГКС не получала), диализ с 28.12.2023. Трансплантация почки от живого родственного донора (сестра) 06.03.2024. Функция трансплантата немедленная, субоптимизация креатинина в первые сутки. Индукционная терапия: метил-преднизолон, базиликсимаб. Поддерживающая иммуносупрессивная терапия: такролимус с 0 суток, микофенолата мофетил с 3-х суток, преднизолон с 1 суток. Послеоперационный



**Рис. 1.** МРТ с обозначением зоны АНГБК правого тазобедренного сустава

**Fig. 1.** MRI with designation of the right hip joint

период осложнился отторжением трансплантата (клеточное + гуморальное) от 26.03.2024. Терапия отторжения: анти-Т лимфоцитарный иммуноглобулин (тимоглобулин), иммуносорбция, иммуноглобулин человека нормальный (G) и ритуксимаб. В дальнейшем функция трансплантата стабильно удовлетворительная, СКФ СКД-ЕРІ 70-78 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Контрольная биопсия трансплантата через 6 мес. после трансплантации – без признаков отторжения.

С лета 2024 года появились боли в нижней конечности (бедро-колени) справа, которые расценивались как сакроилеит. Назначенная терапия НПВС, физиотерапия, блокады с временным положительным эффектом. Показатели кальциево-фосфорного обмена: кальций общ. 2,26 ммоль/л, фосфор общий 0,9 ммоль/л, ПТГ 20,93 пмоль/л, получала терапию альфакальцитолом, препаратами кальция. При МРТ

в августе 2024 года диагностирован АНГКБ справа (рисунок 1). В октябре 2024 года выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава керамическим протезом, без осложнений. Функция трансплантата почки в послеоперационном удовлетворительная.

**Заключение:** у молодых пациенток в достаточно ранние сроки после трансплантации отмечено развитие ипсилатерального АНГБК на фоне удовлетворительной функции трансплантата. К факторам риска развития данного состояния можно отнести терапию ГКС, доза стероидов у обеих пациенток при этом была относительно небольшой. Тем не менее, в обоих случаях было проведено успешное оперативное лечение с сохранением функции трансплантата, обе пациентки вернулись к нормальной жизни.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-454-455

## Забрюшинный абсцесс, вызванный полирезистентным штаммом *Klebsiella pneumoniae*, у реципиента трансплантата почки: клинический случай

Гадаборшев Д.М. (d.m.gadaborshev@gmail.com), Щекатуров С.В., Вьюнкова Ю.Н., Клименцова Н.С., Куракина Ж.И.

ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского, Москва

## Retroperitoneal abscess caused by a multidrug-resistant strain of *Klebsiella pneumoniae* in a kidney transplant recipient: a case report

Gadaborshev D.M. (d.m.gadaborshev@gmail.com), Shchekaturov S.V., Vyunkova Yu.N., Klimentsova N.S., Kurakina Zh.I.  
Russian Scientific Center of Surgery, Moscow

**Цель работы.** Описание варианта успешного лечения тяжелого инфекционного осложнения (ИО) после трансплантации почки.

**Материалы и методы.** Женщина 33 лет с хронической болезнью почек 5 стадии в исходе хронического пиелонефрита, диализ с 17.05.2023. Донор – мать, 54 лет. Совместимость по АВО: реципиент АВ(IV) Rh(+); донор АВ(IV) Rh(+). HLA фенотип реципиента: А1;68 В14;60 DR11;13. HLA фенотип донора: А1;2 В14;41 DR13;13. Cross Match отрицательный. Трансплантация левой почки в правую подвздошную ямку 15.01.2025 г. Сосудистая реконструкция: два артериальных (общая подвздошная и нижняя надчревная артерии) и один венозный анастомоз (наружная подвздошная вена). Урологическая реконструкция: пиелоуретероанастомоз. Функция трансплантата первичная, субоптимизация креатинина в 0 сутки. Индукция иммуносупрессии (ИС) базиликсимабом и метилпреднизолоном. Назначенная ИС: такролимус, микофенолата мофе-

тил, преднизолон. Уровень креатинина на 14 сутки 97 мкмоль/л, СКФ 68,8 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, протеинурия 1250 мг/сут. При УЗИ: толщина трансплантата 5,0 см, кора 0,66 см; ЧЛС не расширена; скоплений жидкости вокруг почки нет; доплерография сосудов – почечная артерия Vs 2,0 м/с; Ri 0,76; междолевая артерия Vs 0,24 м/с; Ri 0,67; дуговая артерия Vs 0,18 м/с; Ri 0,72.

Через 1,5 мес. пациентка отметила появление болезненного подкожного образования у верхнего угла послеоперационного рубца и субфебрильной лихорадки. При обследовании: рост уровня креатинина, нейтрофилез, лимфопения, гипохромная анемия, повышение С-реактивного белка. При УЗИ выявлены скопления неоднородной жидкости: в верхнем углу ПО рубца подкожно 6,4×3,1 см; по задней поверхности трансплантата почки 10,2×3,7 см; от ворот и к нижнему полюсу 3,4×3,0 см, расцененные как гематомы. При МСКТ: в мягких тканях на уровне верхнего края п/о рубца отграниченное скопление