

период осложнился отторжением трансплантата (клеточное + гуморальное) от 26.03.2024. Терапия отторжения: анти-Т лимфоцитарный иммуноглобулин (тимоглобулин), иммunoсорбция, иммуноглобулин человека нормальный (G) и ритуксимаб. В дальнейшем функция трансплантата стабильно удовлетворительная, СКФ CKD-EPI 70-78 мл/мин/1,73 м². Контрольная биопсия трансплантата через 6 мес. после трансплантации – без признаков отторжения.

С лета 2024 года появились боли в нижней конечности (бедро-колено) 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 альфа-кальцидолом, препаратами кальция. При МРТ

в августе 2024 года диагностирован АНГКБ справа (рисунок 1). В октябре 2024 года выполнено эндо-протезирование 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 ипсолатерального 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., Климентцова Н.С., Куракина Ж.И.

ФГБНУ РНИХ 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., Klementsova 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 АBO: реципиент AB(IV) Rh(+); донор AB(IV) Rh(+). HLA фенотип реципиента: A1;68 B14;60 DR11;13. HLA фенотип донора: A1;2 B14;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 иммunoупрессии (ИС) базиликсимабом и метилпреднизолоном. Назначенная ИС: такролимус, миофеномолата мофе-

тил, преднизолон. Уровень креатинина на 14 сутки 97 мкмоль/л, СКФ 68,8 мл/мин/1,73 м², протеинурия 1250мг/сут. При УЗИ: толщина трансплантата 5,0 см, кора 0,66 см; ЧАС не расширена; скоплений жидкости вокруг почки нет; допплерография сосудов – почечная артерия Vs 2,0 м/с; Ri 0,76; междоловая 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, нейтрофиллез, 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 ограниченное скопление

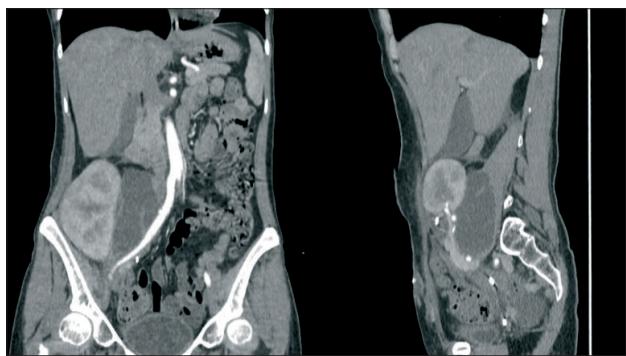


Рис. 1. МСКТ пациентки до лечения

Fig. 1. MSCT of the patient before treatment

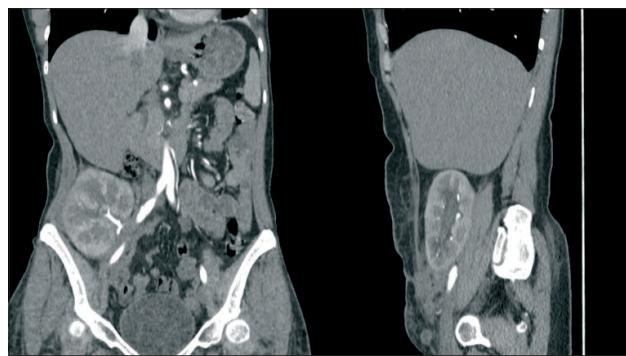


Рис. 2. МСКТ пациентки после лечения

Fig. 2. MSCT of the patient after treatment

с четкими контурами $63 \times 40 \times 65$ мм, неоднородной плотности +20+40HU. В подвздошной области справа кзади от трансплантата и кпереди от поясничной мышцы жидкостное скопление объемом до 170 см^3 , +10+20HU. Еще одно скопление книзу от трансплантата 50 см^3 (+20HU), рисунок 1. Была выполнена пункция и дренирование подкожного образования, получено 50 мл гнойного содержимого. Начата антибактериальная терапия (АБТ) меропенемом, отменен миофенолат мофетил и снижена доза такролимуса. В посеве отделяемого выявлен рост полирезистентной Klebsiella pneumoniae 10^7 с геном CTX-M. На фоне лечения отмечено появление подкожного образования в области нижнего края п/о рубца. Выполнена его пункция, получено гнойное содержимое, посев последнего роста не дал. В дальнейшем на фоне нормотермии и отсутствия значимых провоспалительных лабораторных изменений при контрольном УЗИ образования в забрюшинном пространстве приобрели эхо-признаки, характерные для абсцесса. Выполнена открытая ревизия забрюшинного пространства (вид вмешатель-

ства выбран в связи с особенностью расположения предполагаемого абсцесса, окружающего артерию трансплантата). Интраоперационно вскрыт субфасциальный абсцесс правой поясничной мышцы. В посеве содержимого рост полирезистентной Klebsiella pneumoniae. В п/о периоде на фоне АБТ и минимизации ИС проводилось промывание полости абсцесса раствором повидон-йода постоянно в течение трёх суток, а далее в интермиттирующем режиме с использованием диоксицида 1% и клебсиеллезного бактериофага. Проведенное лечение привело к полному нивелированию симптомов воспаления как местного, так и общего характера, рисунок 2. Дренажи удалены на 8 сутки.

Заключение: ИО, возникающие в разные сроки после трансплантации почки, могут в значительной степени влиять на выживаемость трансплантата и самого реципиента. При этом особенности клинического течения подобных осложнений после трансплантации требуют более внимательного подхода к обследованию и лечению реципиента почечного трансплантата.

DOI: 10.28996/2618-9801-2025-4-455-456

Прогностические возможности индекса резистентности почек, индексированного на сосудистую жесткость, у пациентов с хронической болезнью почек старшей возрастной группы

Ефремова Е.В. (lena_1953@mail.ru), Шутов А.М.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск

Features of cardiorenal relationships in patients with ischemic heart disease and renal artery stenosis

Efremova E.V. (lena_1953@mail.ru), Shutov A.M.

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk