

Трансплантация почки (вследствие терминальной стадии почечной недостаточности)

1. Медицинское состояние

Этиология терминальной стадии почечной недостаточности, требующей трансплантации, должна быть хорошо документирована и подтверждена лечащим хирургом и нефрологом. Хотя пересадка почки не часто встречается у спортсменов высокого уровня, недавно сообщалось о случаях пересадки почки у данных спортсменов.

2. Диагностика

Диагностика последней стадии почечной недостаточности должна сопровождаться соответствующими документами, подтверждающими анамнез снижения функции почек, подтвержденными нефрологом.

Также необходимо предоставить медицинское заключение от лечащего хирурга, включающее хирургические процедуры.

Необходимо предоставить анамнез, подтверждающий снижение функции почек и указывающий на наличие критериев, необходимых для трансплантации почки. Данная информация может быть предоставлена семейным врачом с соответствующим одобрением сертифицированного нефролога.

3. Хорошая медицинская практика

При ведении пациентов, перенесших пересадку почки, возможно, может потребоваться комбинированная терапия, включающая использование:

1. Глюкокортикоидов (ГКС)
2. Бета-блокаторов
3. Диуретиков
4. Эритропоэтина (ЭПО) или препаратов, стимулирующих выработку эритропоэтина (вещества, стимулирующие эритропоэз в разных формах, такие как CERA и др.)

4. Способ приема

Все препараты необходимо принимать перорально за исключением либо внутривенных, либо подкожных инъекций эритропоэтина.

5. Частота приема.

Ежедневные дозы ГКС (5-10 мг. ежедневно как поддерживающая терапия), бета-блокаторы, диуретики и эритропоэтин в соответствии с последним руководством (смотри список литературы). При применении эритропоэтина, настоящее руководство рекомендует достижение уровня гемоглобина до 120 г/л. Эритропоэтин не должен назначаться или его прием не должен продолжаться, если уровень гемоглобина превышает 120 г/л. В настоящее время, ингибиторы пролилгидроксилазы гипоксия-индуцируемого фактора (GSK 1278863 и FG 2216) не рекомендуются для клинического применения, и не должен использоваться.

6. Рекомендуемая продолжительность лечения

Лечение является пожизненным с рекомендуемым ежегодным пересмотром нефрологом.

7. Другие незапрещенные альтернативные виды лечения

После осуществления пересадки почки, не существует других подходящих незапрещенных методов лечения.

8. Последствия для здоровья, если в лечении будет отказано

Если есть соответствие критериям для пересадки почки, последствия отказа в лечении для этих лиц существенно повлияет на функцию трансплантированной почки, а также на здоровье этого лица. Это применимо к иммуносупрессивной терапии (ГКС) и сердечно-сосудистым препаратам (включая бета-блокаторы).

У большинства пациентов с пересаженной почкой будет присутствовать в анамнезе вторичная гипертензия по отношению к хронической почечной недостаточности. При отсутствии лечения, гипертензия, как представляется, связана со сниженной долгосрочной выживаемостью транспланта и пациента. Поэтому, при наличии показаний жизненно важно провести антигипертензивную терапию, включая терапию диуретиками.

В случаях, когда подтверждено умеренное повреждение транспланта, пациентам может потребоваться добавление эритропоэтина в связи со сниженной выработкой эритропоэтина. Терапия эритропоэтином показана согласно руководству по лечению анемии, сопутствующей хронической болезни почек.

9. Мониторинг лечения

Оценка функции почек, включая мониторинг давления, предоставляется на усмотрение нефролога. Обычно измеряются гематологические и биохимические параметры, поэтому запись значений, позволяющих обнаружить любые неожиданные изменения, всегда легко доступна. Как было отмечено ранее, эритропоэтин не должен назначаться или его прием не должен продолжаться, если уровень гемоглобина превышает 120 г/л.

10. Срок действия ТИ и рекомендуемый процесс оценки

Проводится пожизненная терапия в соответствии с клиническим статусом, и ежегодным пересмотром проводимой терапии. Любые изменения в режиме терапии, включая запрещенные препараты, должны быть хорошо подтверждены документами и одобрены нефрологом и должны формировать основу для пересматриваемого разрешения на ТИ.

При ежегодном обследовании, спортсменам, которые находятся на эритропоэтине, должен быть проведен анализ крови с исследованием гемоглобина, гематокрита, подсчетом количества эритроцитов и ретикулоцитов. Должны быть предоставлены и оценены значения этих параметров за предшествующие 12 месяцев для обнаружения любых неожиданных изменений.

Рекомендуемый срок действия разрешения на ТИ при трансплантации почки – 10 лет, с ежегодным обследованием, требуемым для подтверждения/продления разрешения на ТИ, как описано выше.

11. Любые подходящие предостерегающие замечания

Трансплантация почки у элитных спортсменов не является распространенным явлением. Однако, такие случаи недавно зарегистрированы, и необходимо использовать опыт и рекомендации лучших практик.

Список литературы

- 1.2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology New Guidelines for treatment of Hypertension J Hypertens. 2003 Jun; 21(6):1011-53
- 2.KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J
- 3.Kidney Dis 39:S1-S266, 2002 (suppl 2)
- 4.Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. JAMA 289:2560-2572, 2003
- 5.Drueke TB, Parfrey PS. Summary of the KDIGO guideline on anemia and comment: reading between the (guide) line (s). Kidney International 2012; 82:952-960
- 6.Gupta N, Wish JB. Hypoxia-Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inhibitors: A Potential New Treatment for Anemia in Patients With CKD. Am J Kidney Dis. 2017 Jun;69(6):815–26.
- 7.Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney inter., Suppl. 2012; 2: 279–335.