

ТЯЖЁЛАЯ ПНЕВМОНИЯ ОСЛОЖНЁННОЕ РДСВ, СЕПСИС У РЕЦИПИЕНТА ПОЧКИ

Туребеков З.Т.¹, Оразбаев Г.А.¹, Жармухамбет Л.С.¹,

¹АО «Национальный научный медицинский центр», отдел экстракорпоральной гемокоррекции Астана, Казахстан

Цель. Представить клиническое наблюдение- развитие бактериальной пневмонии в позднем после трансплантационном периоде, озвучить трудности диагностики, лечение и практические пути решения на собственном опыте.

Бактериальные патогены являются наиболее частыми причинами пневмонии после трансплантации, подвергаются более высокому риску в отношении осложнений и смертности. В течение длительного периода, в течение многих месяцев и лет в условиях хронической депрессии иммунной системы, бактериальные патогены с низкой внутренней вирулентностью могут вызывать пневмонию. Задержка в диагностике, предотвращающая раннее введение адекватного лечения реципиентам почек с депрессивной иммунной системой, будет влиять на прогноз и исход. Этот клинический случай будет посвящен принципам иммуносупрессии при неординарных ситуациях для достижения эффективной терапии и успешного результата.

Пациент А 38лет, в ноябре 2014г проведена аллотрансплантация почки от живого донора с незамедлительной функцией трансплантата (АО «ННМЦ»). Начата трехкомпонентная иммуносупрессивная терапия (Преднизолон, Програф, Селлсепт), после трансплантации осложнений, инфекционных заболеваний не наблюдалось, в феврале 2016 года, отмечается прирост креатинина до 245мкмоль/л, протеинурия нефротического уровня проведена биопсия трансплантата, тип II-тубуло-интерстициальный ХТН, проведена пульс терапия замена програф на адваграф 5мг/сутки, неоднократно проведена пульс терапия, увеличена доза метипреда. Пациент до конца декабря 2017г наблюдался в ННМЦ в терапевтическом отделении регулярно получал таб. Селл Септ 1000мг/сут, капс. Адваграф 5мг/сут, таб.Метипред 32мг/сут). В январе 2018г ухудшение состояния в виде нарастающей дыхательной недостаточности, олигоурии, отеков, лихорадка повышение температуры тела до 39С, нарастание креатинина до 290-355мкмоль/л, мочевины 18ммоль/л, госпитализирован в АО «ННМЦ». Выявлено нарастание креатинина до 465мкмоль/л, мочевины 39ммоль/л, развилась тяжёлая анемия HGB-65г/л, HCT-23%, гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, по КТ выявлено картина двухсторонней поли сегментарной пневмонии, отека легких, клинический РДСВ, незамедлительно начато ЗПТ (гемодиализ) интермитирующая 3 раза в неделю, широкоспекторная антибактериальная терапия, сосудистая, антиагрегантная, антикоагулянтная терапия на фоне 3-х компонентной иммуносупрессивной терапии (таб.СеллСепт 1000мг/сут, капс.Адваграф 5мг/сут, таб.Метипред 32мг/сут). В течение 7 дней положительная динамика не наблюдалась, присоединился сепсис, Проколцитонин 119,400нг/мл), сохранялась азотемия, с развитием ОПП, олигоурия с переходом в анурию обусловленная нефротоксичностью препаратов, септическим состоянием в связи с высоким риском прогрессирования, плохого прогноза выживаемости, оценивая пользу и вред, решено отменить иммуносупрессивную терапию (СеллСепт, Адваграф, Метипред) под контролем концентрации токразимуса 5,6нг/мл-21,20нг/мл, 8,0нг/мл, 9,0нг/мл, 5,2нг/мл, 4,1нг/мл, контроль ДНК вируса Эпштейн-Барр, ДНК цитомегаловируса в крови, ежедневно проводился ГД, ГДФ, подбор антибактериальной, противогрибковой терапии по результатами бактериологического исследования мокроты смешанная флора Candida, Streptococcus mitis.

Результаты: отмечается полное купирование лихорадки, разрешение ОПП с восстановлением диуреза, отрицательный бактериальный посев мокроты, улучшение рентгенологической картины, пациент выведен из септического состояния но полное

восстановление функции трансплантата не удалось достичь. Пациент был выписан на 26 сутки на 2-х компонентной иммуносупрессивной терапии (метипред 4мг, сандиммуннеорал 150мг) с переходом на программный гемодиализ. На сегодняшний день, пациент находится на программном гемодиализе, клинический и рентгенологический - пневмония с разрешением, минимизирована суточная доза иммуносупрессии метипред 4мг, сандиммуннеорал 50мг.

Вывод: Данный клинический случай демонстрирует важность персонализированный подхода в ведении пациентов после трансплантации почки, своевременность проведения оценки рисков, подбора иммуносупрессивной терапии, повышение самоконтроля.