

Выводы. Высокая травматичность и большой риск значительных интраоперационных кровотечений оставляют проблему выбора метода оперативного лечения эхинококкоза печени до конца не решенной. Применение тотальной сосудистой изоляции позволяет значительно снизить интраоперационную кровопотерю, а также дает возможность осуществить более агрессивный подход к удалению эхинококковых кист печени при инвазии их в крупные сосуды печени, что в свою очередь позволяет избежать обширных резекций и улучшить результаты лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдисаматов Б.С. Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. II-III междунар. науч.-практ. конф. № 2-3(47). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 91-98
2. Толстокоров А.С., Гергенретер Ю.С. Лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5.;
3. Вишневский В. А., Икрамов Р. З., Кахаров М. А., Ефанов М. Г. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы // Бюллетень сибирской медицины. 2007.

НАШ ОПЫТ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ТРУПНОЙ ПОЧКИ

**Белюк К.С., Могилевец Э.В., Поволанский Ю.И., Камарец А.М.,
Сончик А.К., Баркова О.Н., Бруханская Ю.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненская областная клиническая больница*

Актуальность. Трансплантация органов и тканей является одним из выдающихся достижений мировой науки XX века. В борьбе с ХБП с терминальной почечной недостаточностью, трансплантация является единственным радикальным методом заместительной почечной терапии, во многом превосходя диализное лечение. Помимо высоких показателей, определяющих качество жизни, пациенты после трансплантации имеют значительно большую прогнозируемую продолжительность жизни [1, 2]. Успех хирургического лечения данной патологии во многом зависит от предоперационной подготовки, тщательного отбора пациентов, выявления относительных и абсолютных противопоказаний.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с терминальной

стадией ХБП в УЗ «ГОКБ» путем анализа собственных результатов трансплантации трупной почки, обобщения опыта организационной, лечебной работы, оценки частоты осложнений и качества жизни.

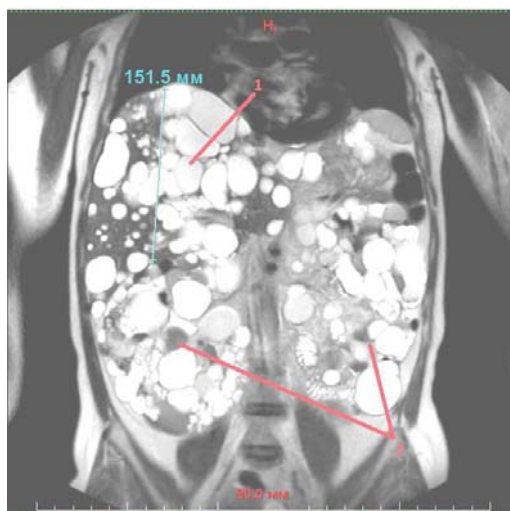
Материалы и методы. С момента открытия отделения трансплантации 1 января 2013 года и по 15 сентября 2017 года, в УЗ «ГОКБ» силами сотрудников больницы и 1-й кафедры хирургии УО «ГрГМУ» выполнено 133 гетеротопические трансплантации трупной почки. Среди реципиентов мужчин было 76 (57,1%), женщин 57 (42,9%). Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет (средний возраст $44,66 \pm 11,6$ года).

Перед трансплантацией всем пациентам проводилась почечная заместительная терапия: с использованием гемодиализа 106 (79,7%) пациентов и перитонеального диализа 27 (20,3%). Средняя продолжительность диализа до трансплантации составила 24 [13; 40] месяцев. Длительность ожидания трансплантации с момента постановки в лист ожидания 12 [6; 24] месяцев.

Все пациенты перед операцией прошли комплексное обследование согласно клинического протокола с целью исключения абсолютных и относительных противопоказаний для трансплантации. С целью санации хронических очагов инфекции перед пересадкой почечного трансплантата 12 пациентам была выполнена нефрэктомия (в 3-х случаях по поводу мочекаменной болезни с наличием коралловидных конкрементов, в 9-ти случаях по поводу поликистоза почки), 11 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни.

Такая тщательная подготовка подтверждается следующим клиническим случаем: пациентка «Т» 46 лет поступила в отделение хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации УЗ «ГОКБ» с диагнозом: двусторонний поликистоз почек, тип взрослых. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Поликистоз печени. На гемодиализе она находилась 8 месяцев.

Состояние при поступлении удовлетворительное. По данным МРТ (рисунок 1): у пациентки имел место выраженный поликистоз печени и почек. С обеих сторон паренхима почек почти полностью была замещена множественными тонкостенными жидкостными образованиями неправильной формы, различного размера.



1. Поликистоз печени 2. Поликистоз почек

Рисунок 1. – МРТ – грамма брюшной полости.

С целью санации хронических очагов инфекции пациентке 01.12.2016 выполнена правосторонняя нефрэктомия. Данное хирургическое вмешательство выполнялось под интубационным наркозом через люмботомический доступ с резекцией 11 ребра. Тупо и остро поликистозно изменённая почка была выделена из окружающих тканей. Мочеточник выделен, перевязан, отсечён. Почечные артерия и вена выделены единым блоком, трижды перевязаны. Почка извлечена. 27.02.2017 была выполнена нефрэктомия слева.

Спустя два месяца пациентке проведена операция гетеротопической трансплантации трупной почки в правую подвздошную область по отработанной методике с анастомозированием донорских артерии и вены конец в бок в наружные подвздошные артерию и вену реципиента. При этом вена анастомозировалась конец в бок четырьмя нитями пролен 5-0 по четырехточечной методике, а артерия непрерывным обвивным швом нитью пролен 6-0 по методике «парашюта». После этого формировался арефлюксный мочеточниково-пузырный анастомоз по методике Лича-Грегуара монофиламентной нитью с длительным сроком рассасывания дарвин 5-0.

В послеоперационных периодах осложнений не наблюдалось, пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное лечение.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 18 (13,5%) пациентов, среди которых: гематома послеоперационной раны – 2 (1,5%), лимфоцеле – 3 (2,25%), серома –

1 (0,75%), раневая инфекция – 2 (1,5%), кровотечение в области ложа трансплантата 1 (0,75%), уринома (мочевой свищ) – 4 (3,0%), стеноз мочеточнико-уретероанастомоза 1 (0,75%), острая спаечно-кишечная непроходимость 1 (0,75%), тромбоз почечной артерии 2 (1,5%), тромбоз почечной вены 1 (0,75%).

В раннем послеоперационном периоде умерли 4(3%) пациента. Причинами летальности послужили несостоятельность уретероцистоанастомоза с развитием осложнений, тромбоз почечной вены трансплантата с последующим острым отторжением, обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с развитием рецидивирующих кровотечений из язв, а также острая сердечно-сосудистая недостаточность.

В позднем послеоперационном периоде эксплантация почки выполнена у 4 (3,0%) пациентов: по поводу возвратного гломерулонефрита трансплантата – 1 (5 месяцев после трансплантации), восходящей инфекции мочеполовых путей – 1 (4 месяца после трансплантации), дисфункции трансплантата – 2 (1 и 1,5 месяца после трансплантации).

В позднем послеоперационном периоде умерло 6(4,5%) пациентов из-за прогрессирования сопутствующей патологии и развития осложнений (в среднем через $15,6 \pm 9,8$ мес. после трансплантации).

Выживаемость реципиентов почечного трансплантата составила 124 (93,2%), при сроках наблюдения до 5 лет.

Все пациенты после трансплантации почки находятся под наблюдением нефролога УЗ «ГОКБ». Они радикальным образом отмечают улучшение качества жизни. Многие пациенты трудоспособного возраста с пересаженной почкой смогли вернуться к трудовой деятельности. 5 пациенток детородного возраста смогли забеременеть, выносить и родить. Родоразрешение проводилось путём Кесарева сечения. В 2016 году одна из наших пациенток с пересаженной почкой смогла родила естественным путём.

Выводы. Трансплантация почки в Гродненской области находится на достойном уровне. Результаты операций, выживаемость трансплантатов, качество и продолжительность жизни пациентов соответствуют мировым стандартам. Тщательный отбор, обследование и подготовка пациентов к трансплантации оказывает огромное влияние на результаты лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gore J.L., Pham P.T., Danovitch G.M. et al. Obesity and outcome following renal transplantation. Am J Transplant, 2006; 6: p.357–363.
2. Данович Габриэль М. Трансплантация почки / Пер. с англ. под ред. Я.Г. Мойсюка. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013; с.848.

ЭФФЕКТЫ ОЗОНА НА КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ В ОПЫТАХ IN VITRO

Билецкая Е.С., Зинчук В.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Озонотерапия является одним из современных методов неспецифического воздействия на организм [2]. Литературные данные свидетельствуют, что минорные дозы данного газа стимулируют адаптационные и защитно-компенсаторные системы организма, обуславливая широкий спектр физиологических эффектов. Уникальные свойства озона (O_3) обуславливают перспективность его внедрения для повышения эффективности лечебных мероприятий [4]. Однако, данные о механизмах влияния озона на кислородзависимые процессы крови противоречивы [1, 2].

Целью данного исследования являлось изучение эффектов озона на показатели кислотно-основного состояния крови экспериментальных животных в опытах in vitro при различных режимах воздействия.

Методы исследования. Объектом исследования явилась кровь, полученная от самцов белых беспородных крыс (250-300 г.). До забора крови крысы получали стандартный рацион питания один раз в сутки, при свободном доступе к воде. Манипуляции на животных выполнялись в соответствии с рекомендациями и решением комиссии по биомедицинской этике Гродненского государственного медицинского университета. В условиях адекватного наркоза (тиопентал натрия, 50 мг/кг, внутривенно) шприцом с антикоагулянтом проводили забор смешанной венозной крови из правого предсердия.

Кровь животных была разделена на 4 экспериментальные группы, по 10 проб в каждой: 1-я контрольная – вводили 0,9%-й раствор хлорида натрия (0,9% NaCl). В кровь остальных вводили 0,9% NaCl, с концентрацией O_3 2 мг/л (2-я), 6 мг/л (3-я), 10 мг/л (4-я). Физиологический раствор барбатировался озono-кислородной смесью