

пациента с ПТ в Республике Беларусь и в странах СНГ.

Материал и методы. В торакальное отделение ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» поступил пациент, 28 лет, с объемным образованием в нижней доле правого легкого до 30 см в наибольшем измерении. Состояние при поступлении тяжелое, дыхательная недостаточность, кислородзависимость. Проведено хирургическое лечение в объеме: нижняя лобэктомия справа в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). В послеоперационном периоде применялась вено-венозная ЭКМО, неинвазивная ИВЛ.

Результаты и обсуждение. При контрольном обследовании спустя 6 месяцев состояние пациента удовлетворительное, он вернулся к активному образу жизни. В литературе описано только 3 солидных узла ПТ с максимальными размерами до 3 см. Мы сообщаем о первом опубликованном случае лечения пациента с ПТ в Республике Беларусь и в странах СНГ, а также первом в мире случае гигантского солидного узла ПТ, занимающего объем почти всей доли легкого весом 5 кг.

Выводы. Впервые проведено успешное хирургическое лечение по поводу плацентоидной трансформации легкого гигантских размеров с хорошим результатом.

ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЛЕГКИХ ПАЦИЕНТУ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Еськов С. А., Островский А. Ю., Ерохов В. В., Дзядзько А. М.,
Гурова М. Ю., Минов А. Ф., Качук М. В., Шарипов Ш. З.,
Авлас С. Д., Войтко Т. А., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Муковисцидоз – системное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора транспорта электролитов и

характеризующееся поражением желёз внешней секреции, тяжёлыми прогрессирующими нарушениями функции легких.

Цель: демонстрация успешного опыта внедрения в Республике Беларусь билатеральной трансплантации легких в лечении муковисцидоза.

Материал и методы. Пациентка М., 25 лет, поступила в торакальное отделение с жалобами на одышку в покое, непереносимость минимальных физических нагрузок, общую слабость, дефицит массы тела в состоянии средней степени тяжести. При обследовании: ФЖЕЛ – 30%, ОФВ 1 – 18%; pO_2 артериальной крови 45,4 мм рт. ст., p_aCO_2 36,8 мм рт. ст.; SpO_2 при дыхании атмосферным воздухом 63%, тест 6-минутной ходьбы – 70 м.

По результатам обследования установлен клинический диагноз: муковисцидоз, смешанная (легочно-кишечная) форма, тяжелое течение: хронический непрерывно рецидивирующий бронхолегочный процесс в виде деформирующего бронхита, бронхоэктазов, выраженного диффузного пневмофиброза, эмфиземы с частыми обострениями, синдромом бронхиальной обструкции с хроническим выделением мультирезистентных возбудителей. Состояние после двусторонней верхней лобэктомии (1998 г.) по поводу бронхоэктазов, ДН 2. Хроническая экзокринная панкреатическая недостаточность тяжелой степени, компенсированная приемом ферментных препаратов и эндокринной недостаточностью с формированием сахарного диабета специфического типа, состояние клинικο-метаболической компенсации. Пациентка включена в лист ожидания трансплантации легких в июне 2016 г. В связи с ухудшением состояния с августа 2017 г. находилась на стационарном лечении в торакальном отделении. В ноябре 2017 г. выполнена билатеральная аллотрансплантация легких.

Результаты и обсуждение. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Искусственная вентиляция легких после операции продолжалась 3 часа. Протокольная биопсия легкого, выполненная после операции, не выявила признаков отторжения трансплантата. Реабилитация проводилась на базе торакального отделения. К моменту выписки на 42-й день

пациентка в тесте 6-минутной ходьбы преодолевала 470 метров с ЧСС до 70 уд/мин и SpO₂ 96-97%. По результатам контрольного обследования спустя 8 месяцев констатировано штатное течение отдаленного послеоперационного периода. Пациентка ведет активный образ жизни, занимается спортом.

Выводы. В настоящее время в Республике Беларусь пациентам с муковисцидозом доступен метод радикального хирургического лечения поражения органов дыхания – трансплантация легких.

ПРЕДИКТОРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Зыблев С. Л.¹, Дундаров З. А.¹, Петренко Т. С.¹,
Зыблева С. В.², Величко А. В.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

²ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной
медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Первичным при трансплантации органов является ишемическое, а в последующем – реперфузионное повреждение (ИРП) донорского органа разной степени тяжести. ИРП является многокомпонентной патологией, оказывающей влияние на функцию донорского органа. Экспериментально-клинические исследования указывают на взаимосвязь активности процессов перекисного окисления и антиоксидантной защиты организма с функционированием почечного трансплантата, а также указывают на необходимость проведения дальнейших исследований в области ишемически-реперфузионных повреждений ввиду ограниченных данных (Omotayo O. E. et al., 2013).

Своевременная диагностика и адекватная коррекция выявленных нарушений гомеостаза при трансплантации органов во многом обуславливают успех хирургического вмешательства.

Цель: изучить показатели баланса про-антиоксидантного состояния организма реципиента в посттрансплантационном