

билиарные осложнения, стенка холедоха была разрыхлена на значительном протяжении. Слизистая оболочка с очагами десквамации цилиндрического эпителия. В соединительнотканном слое между волокнами и периваскулярно выявляются сливные кровоизлияния. Артерии мышечного типа с десквамацией эндотелия и выраженным полнокровием.

У реципиентов контрольной группы, у которых в послеоперационном периоде развились билиарные осложнения, до формирования анастомоза в донорском холедохе выявлялись массивные геморрагии и расстройства микроциркуляции по всей толщине стенки. Слизистая оболочка была с очагами десквамации цилиндрического эпителия по всему диаметру. В соединительнотканном слое между волокнами и периваскулярно выявлялись сливные кровоизлияния. Просвет артерий мышечного типа обтурирован фибриново-эритроцитарными тромбами, которые при окраске MSB имеют срок формирования от 1 до 8 часов.

Выводы. Применение артериальной перфузии трансплантата под давлением в комбинации с введением стрептокиназы донору способствует сохранению нормальной структуры стенки донорского холедоха, уменьшению количества тромбообразования в микрососудистой системе желчных протоков, что в свою очередь уменьшает частоту развития билиарных осложнений после ОТП.

САНАЦИЯ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Шестюк А. М., Карпицкий А. С., Дейкало М. В., Журбенко Г. А.,
Юрковский В. В.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время наиболее предпочтительным методом лечения терминальной формы почечной недостаточности является трансплантация почки. Число пациентов, нуждающихся в трансплантации почки, с каждым

годом увеличивается, в том числе со скрытыми очагами бактериальной инфекции.

Цель: обобщить результаты хирургических вмешательств, направленных на санацию гнойных очагов у пациентов перед выполнением трансплантации почки.

Материал и методы. С мая 2011 г. по 2018 г. в отделении трансплантации УЗ «Брестская областная больница» выполнено 42 хирургических вмешательства с целью санации гнойных очагов у пациентов перед выполнением трансплантации трупной почки. Среди реципиентов было 29 мужчин и 19 женщин. Средний возраст составил 44,1 года (23-63 года). В структуре причин развития хронической почечной недостаточности, которые явились показанием к оперативному лечению, преобладали пациенты с поликистозом почек – 37 человек (885%), хронический пиелонефрит на фоне аномалий мочевыводящих путей – 5 пациентов (12%).

Результаты и обсуждение. Основным показанием к проведению хирургических вмешательств, направленных на санацию гнойных очагов у пациентов перед выполнением трансплантации почки, является поликистоз почек. Это врожденное заболевание в своем развитии затрагивает обе почки. В наших наблюдениях перед выполнением трансплантации почки односторонняя нефрэктомия стандартным люмботомическим доступом выполнялась в 34 (80%) случаях. Выбор стороны оперативного вмешательства основывался на анамнестических данных, которые могли указать на наличие эпизодов воспаления или кровотечения в одной из патологических почек. У 3 (8%) пациентов проведена этапная двухсторонняя нефрэктомия стандартным люмботомическим доступом. Причиной выбора такой тактики лечения были большие размеры поликистозных почек, вызывающие косметический дефект, отсутствие положительных сдвигов в общем анализе мочи после первичной нефрэктомии. При патологогистологическом исследовании удаленных измененных почек во всех случаях выявлены воспалительные изменения в паренхиме. Послеоперационный период протекал без особенностей. Летальных случаев в послеоперационном периоде не было. Данный подход позволил

нам в случае развития в посттрансплантационном периоде воспалительного синдрома сузить диагностический поиск для определения очага воспаления, уменьшить риск развития системной инфекции.

Вторым показанием к хирургическому лечению у пациентов, претендующих на трансплантацию трупной почки, было наличие врожденных аномалий мочевыделительной системы, в частности пузырно-мочеточникового рефлюкса. Длительный мочевой рефлюкс в нативные почки приводил к частым воспалением в почечной лоханке, многократной антибиотикотерапии и в итоге – к развитию антибиотикорезистентности флоры, колонизирующей мочевые пути. У 4 (9,5%) пациентов выполнялась односторонняя лапароскопическая нефрэктомия, у 1 (2,5%) – этапная лапароскопическая бинефрэктомия. Малотравматичность вмешательств позволила нам без осложнений и летальности вести послеоперационный период.

Из всех подготовленных ранее пациентов к пересадке трансплантация трупной почки выполнена в 34 случаях. При амбулаторном наблюдении у 11 (32%) реципиентов был эпизод развития воспалительного синдрома с изменениями анализов мочи, которые потребовали госпитализации в стационар. В этих случаях мы выполняли хирургические вмешательства по удалению оставшихся патологически измененных почек и приведению организма в ренопривное состояние, что приводило к нормализации воспалительного фона и анализов мочи.

Выводы. Санация гнойных очагов у пациентов перед выполнением трансплантации почки позволяет обезопасить реципиента от возможных эпизодов воспалительных реакций, которые в условиях индуцированного иммунодефицита имеют жизнеугрожающий характер.