

ПРИЧИНЫ «ПОТЕРЬ» ПОЧЕЧНЫХ АЛЛОГРАФТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

*Карпицкий А.С., Шестюк А.М., Лавринюк Р.П., Дейкало М.В.,
Михалюк Д.Г., Журбенко Г.А.*

УЗ «Брестская областная больница»
Брест, Беларусь

Трансплантация почки является методом выбора при лечении больных с хронической формой почечной недостаточности. Внедрение в практику новых иммуносупрессивных препаратов, повышение уровня оказания медицинской помощи в послеоперационном периоде значительно улучшили кратковременные результаты функции почечных трансплантатов у реципиентов. В настоящее время общемировой показатель выживаемости трупного почечного графта составляет 90%, 60–70% и 30–40% в первый, пятый и на 10-й год жизни пациента после пересадки почки.

Цель. Изучить структуру и причины «потерь» почечных аллографтов на примере опыта работы отделения трансплантации Брестской областной больницы.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 11 пациентов, которые «потеряли» почечный трансплантат на амбулаторном этапе лечения. Эти пациенты наблюдались в отделении трансплантации УЗ «Брестская областная больница» в период с 2011 по 2013 гг. Среди них были 2 пациента, прооперированных в г. Бресте, 7 – в РНПЦ «Трансплантация органов и тканей», по одному – получившие трансплантат в Российской Федерации и Исламской Республике Пакистан. Мужчин было 9 (81%), 2 женщины (19%). Средний возраст пациентов составил 42 года (24–66 лет).

Результаты и обсуждение. Основная причина развития хронической формы почечной недостаточности у всех (100%) пациентов – хронический гломерулонефрит. Основные причины потери почечных трансплантатов: у 5 пациентов (45%) – острое, резистентное к медикаментозному лечению, отторжение аллографта, у 4 (37%) – хроническая его дисфункция, по одному (9%) – сепсис и рецидивирующая тромбоэмболия легочных артерий. Схема приема иммуносупрессивных препаратов у 6 (54%) пациентов включала прием такролимуса и микофенолата мофетила, у 3 (28%) – циклоспорина и микофенолата мофетила. По одному случаю (9%) – применение схем, содержащих циклоспорин+азатиоприн, азатиоприн+медрол.

Срок службы почечного трансплантата составил от 2 до 226 месяцев. Необходимо отметить, что летальный исход зафиксирован у 4 пациентов из этой группы. Однако на момент смерти у 3 (27%) из них функция

трансплантата была удовлетворительной. Почечный трансплантат потерял свою функцию по причине хронической его дисфункции в среднем через 80,5 месяца (33-192 мес.). Острое отторжение наступило в сроки от 2 до 36 месяцев (среднее – 26,5 мес.). Нами выявлено, что пусковым механизмом развития острого отторжения у 4 (37%) пациентов явилось самостоятельное нарушение приема и несоблюдение рекомендуемых дозировок лекарственных средств. Следует отметить, что средний возраст в этой группе больных составил 30 лет, а схема лечения включала назначение такролимуса и микофенолата мофетила. В одном случае (9%) установлен факт передозировки иммуносупрессивных препаратов также по вине пациента, что привело в дальнейшем к сепсису и летальному исходу.

Выводы. Почти в половине случаев причиной «потери» почечных трупных аллографтов явилось невыполнение пациентами врачебных рекомендаций, что выражалось в самостоятельном изменении количества принимаемых ими иммуносупрессантов. По нашему мнению, решение этой проблемы заключается в более глубокой психологической работе с реципиентами на всех этапах лечения.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Довнар И.С., Дубровицк О.И., Козак Е.И., Амоев Р.В., Сухоцкий Д.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Гродно, Беларусь

В настоящее время в лечении заболеваний органов брюшной полости предпочтение отдается миниинвазивным технологиям, в том числе операциям под контролем УЗИ. Преимуществами операций под сонографическим наведением являются подход к патологическому очагу наиболее коротким доступом; возможность контроля прохождения инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный орган; минидоступ; не требуют пневмоперитонеума и в большинстве случаев наркоза. Эти обстоятельства позволяют применять данные операции у больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте.

В клинике общей хирургии операции под контролем УЗИ при заболеваниях органов брюшной полости применяются с 2002 г., что позволяет подвести некоторые итоги.