

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАТИРЕОИДНОЙ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ

*Хрыщанович В.Я., Третьяк С.И., Кузьменкова Е.И., Писаренко А.М.,
Романович А.В., Харламова А.Н., Большов А.В.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Гипопаратиреоз относится к числу тяжелых эндокринных заболеваний, заместительная терапия которого носит симптоматический характер и заключается в назначении кальций- и витамин Д-содержащих лекарственных средств. Приблизительно в 10% случаев подобное лечение является недостаточно эффективным, что требует дополнительного внутривенного введения растворов солей кальция, поскольку наблюдаемая тетания при гипопаратиреозе может носить угрожающий жизни характер. Весьма перспективным и обоснованным направлением в лечении пациентов с гипопаратиреозом является паратиреоидная аллотрансплантация, возможность которой была обоснована серией экспериментальных исследований, выполненных в прошлом столетии В. Халстедом. Им была сформулирована гипотеза, которая в настоящее время является постулатом: «... функционирование эндокринного трансплантата возможно только в условиях гормонального голода». Вместе с тем, накопленный к настоящему времени мировой клинический опыт паратиреоидной аллотрансплантации ограничивается 30–50 наблюдениями, при этом большинство подобных пересадок производили иммуносупрессированным реципиентам с пересаженной почкой. В настоящее время реакция отторжения является основным препятствием, стоящим на пути «успешной» (полная или частичная компенсация гипопаратиреоза в течение 3 и более месяцев) паратиреоидной аллотрансплантации. В связи с этим целью исследования явилась оценка эффективности аллотрансплантации макроинкапсулированных паратириоцитов в артериальное сосудистое русло у пациентов с гипопаратиреозом без применения иммуносупрессии. Для решения поставленной цели были сформулированы следующие задачи: в до- и посттрансплантационном периоде изучить кальциевый гомеостаз, концентрацию паратгормона, динамику симптомов, качество жизни (SF-36), динамику потребности в кальций-содержащих лекарственных средствах.

Паращитовидные железы получали от 4 живых неродственных доноров в возрасте от 27 до 59 лет с вторичным гиперпаратиреозом, которым выполнялась тотальная паратиреоидэктомия по медицинским показаниям. Донорская паратиреоидная ткань подвергалась обязательному патоморфологическому исследованию, одна из желез пересаживалась в

мышцы предплечья для профилактики послеоперационного гипопаратиреоза, оставшийся материал (2 парацитовидные железы) направляли в лабораторию для культивирования. В результате культуральных работ получали «очищенный» от антигенпредставляющих клеток (фибробласты, макрофаги, лейкоциты) трансплантат. Критериями отбора культивированных паратироцитов для трансплантации были: высокая концентрация паратгормона в культуральной жидкости (≥ 1400 пг/мл), высокая жизнеспособность клеток ($>85\%$). В последующем клеточный трансплантат подвергали криоконсервации, которая позволила длительно хранить культуру клеток, избежать потери клеток в результате микробной контаминации, избежать старения и окончательной дифференцировки клеток, снизить иммуногенность.

Реципиентами были 7 женщин с гипопаратиреозом (длительность 0,5–16 лет) в возрасте от 18 до 60 лет, которым в анамнезе выполнялась тотальная тиреоидэктомия по поводу рака щитовидной железы (5), болезни Грейвса (1) и тиреоидита (1). Все реципиенты соответствовали критериям «послеоперационного» гипопаратиреоза: развитие характерных симптомов отмечалось сразу после операции на щитовидной железе, симптомы купировались после назначения кальцийсодержащих лекарственных средств, возобновление симптомов отмечалось после прекращения приема кальцийсодержащих лекарственных средств. В 6 случаях была произведена аллотрансплантация инкапсулированных паратироцитов в глубокую бедренную артерию и в 1 случае – во внутреннюю подвздошную артерию. Критериями функционирования трансплантата были: повышение концентрации сывороточного кальция >2 ммоль/л, снижение потребности в кальцийсодержащих лекарственных средствах, повышение уровня сывороточного паратгормона в сравнении с предтрансплантационными показателями, купирование или улучшение основных симптомов заболевания (парестезии, онемение, тетания); критериями дисфункции трансплантата – очень низкие или неопределяемые уровни сывороточного паратгормона, сохранение или возобновление клинических симптомов заболевания и гипокальциемии на фоне возрастания потребности в кальцийсодержащих лекарственных средствах до исходного уровня. В соответствии с заданными критериями длительность функционирования паратиреоидного аллотрансплантата составила: 0–1 месяц – 2 случая (28,5%), 1–6 месяцев – 3 (43%), более 6 месяцев – 2 (28,5%). В то же время повышение показателей качества жизни наблюдалось у всех пациентов по шкале физического благополучия, а длительное (>6 месяцев) купирование симптомов гипопаратиреоза отмечено у 5 пациентов. Таким образом, предварительные результаты исследования позволяют надеяться на перспективы применения паратиреоидной аллотрансплантации у па-

циентов с тяжелым гипопаратиреозом. Вместе с тем, в процессе работы возник целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения: выбор источника донорской ткани, четкие критерии отбора пациентов для трансплантации, количество трансплантируемой ткани или клеток, уменьшение травматичности операции, возможность ре-трансплантации, HLA-типирование, необходимость иммуносупрессии, выбор полимерного материала для инкапсуляции.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Тур Г.Е., Ролевич И.И., Тур А.Г., Цемахов Ю.Г.

Минский городской клинический онкологический диспансер,
Минск, Беларусь

Введение. Колоректальный рак, осложненный острой кишечной непроходимостью или перфорацией, встречается, по данным разных авторов, у 25–30% пациентов. Преимущественным методом лечения этой категории пациентов в экстренной хирургии является обструктивная резекция толстой кишки («операция типа Гартмана»). Основным методом хирургической реабилитации пациентов после обструктивной резекции является реконструктивно-восстановительная операция.

Цель исследования. Оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций после обструктивных резекций толстой кишки и определить оптимальную методику операционного доступа и формирования межкишечного анастомоза.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 105 пациентов, которым в УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер» была выполнена реконструктивно-восстановительная операция после обструктивных резекций по поводу колоректального рака за период с 1 января 2002 по 31 декабря 2011 года. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (n=57) были включены пациенты, которым реконструктивная операция выполнялась через срединную лапаротомию с формированием термино-терминального анастомоза 2-рядным ручным швом. Во 2-ю группу включены пациенты (n=48), у которых выполнялась параректальная лапаротомия с одновременным иссечением колостомы и формированием термино-латерального