

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

САНАЦИЯ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ТРАНС- ПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

*УЗ «Брестская областная клиническая 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.

Материалы и методы. В отделении трансплантации УЗ «Брестская областная клиническая больница» выполнено 52 хирургических вмешательства с целью санации гнойных очагов у пациентов перед выполнением трансплантации трупной почки. Среди реципиентов было 34 мужчин и 18 женщин. Средний возраст составил 46,2 года (23-66 лет). В структуре причин развития хронической почечной недостаточности, которые явились показанием к оперативному лечению, преобладали пациенты с поликистозом почек — 46 человек (88%), хронический пиелонефрит на фоне аномалий мочевыводящих путей — 6 (12%).

Результаты и обсуждения. 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 41 (89%) случае. Выбор стороны оперативного вмешательства основывался на анамнестических данных, которые могли указать на наличие эпизодов воспаления или кровотечения в одной из патологических почек. У 5 (11%) 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 патологистологическом исследовании удаленных измененных почек во всех случаях выявлены воспалительные изменения в её паренхиме. Послеоперационный период про-

текал 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 воспалениям в почечной лоханке, многократной антибиотикотерапии и в итоге, к развитию антибиотикорезистентности флоры, колонизирующей мочевые пути. У 5 (9,6%) пациентов выполнялась односторонняя лапароскопическая нефрэктомия, у 1 (1,9%) — этапная лапароскопическая бинефрэктомия. Малая травматичность вмешательств позволила нам без осложнений и летальности вести послеоперационный период.

Из всех подготовленных ранее пациентов к пересадке трансплантация трупной почки выполнена в 38 случаях. При амбулаторном наблюдении у 12 (32%) реципиентов был эпизод развития воспалительного синдрома с изменениями анализов мочи, который потребовал госпитализацию 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.