

Шедько Ю.А., Кубеко А.В.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭКТОМИИ ПОЧЕЧНОГО АЛЛОГРАФТА

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Комиссаров К.С.,
канд. мед. наук, доц. Дмитриева М. В.*

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Трансплантация почки является высокотехнологичным методом оказания специализированной помощи пациентам с хронической болезнью почек. Республика Беларусь занимает восьмое место в мире по количеству трансплантаций почек на душу населения, где ежегодно выполняется около 320 таких операций. Одной из ключевых проблем, связанных с транспл9антацией почки, остается риск отторжения пересаженного органа. Несмотря на активное развитие трансплантологии, лишь 85 из 100 пересаженных почек сохраняют свою функцию через три года после операции. В отдаленном послеоперационном периоде, причинами для удаления трансплантата могут стать инфекционные осложнения (до 15%), развивающиеся на фоне иммуносупрессии, острое или хроническое отторжение, рецидив основного или развитие другого заболевания почек, а также опухолевые процессы. Своевременная диагностика и устранение причин отторжения способны значительно повысить выживаемость пересаженной почки.

Цель: определить основные причины потери почечного трансплантата у пациентов после пересадки донорской почки.

Материалы и методы. В рамках исследования была изучена медицинская документация и проанализированы данные биопсийных карт 24 пациентов, прооперированных в ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», в период с 2021 по 2024 год, среди них было 11 мужчин (46%) и 13 женщин (54%) в возрасте от 22 до 74 лет (средний возраст $46,4 \pm 15,1$ лет). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Microsoft Excel 2019» и «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность гемодиализной терапии до трансплантации почки составила 865 ± 280 дней. Большинство трансплантаций было выполнено пациентам впервые – 79,2% (19), 20,8% (5) – трансплантаций было выполнено повторно. Трансплантат в среднем функционировал 845 ± 128 дня. Перед удалением в анамнезе у пациентов имелись сведения о повышении температуры тела (87,5%), снижении диуреза (75%), нарастании гиперазотемии (креатинин $465,3 \pm 72,8$ мкмоль/л, мочевины $16,4 \pm 4,1$ ммоль/л) (70,8%), отеках (58,3%). На УЗИ – увеличение размеров почечного трансплантата, жидкость в брюшной полости. Инфекционные осложнения были причиной трансплантатэктомии у 10 (41,7%) пациентов. Во всех случаях пациенты имели диагноз «рецидивирующий пиелонефрит трансплантата, ассоциированный с *Klebsiella pneumoniae*», в одном случае осложненный сепсисом. В 7 (29,2%) случаях причина удаления трансплантата была сосудистая – тромбозы наружной подвздошной, почечной артерии и почечной вены с инфарктами паренхимы. 4 (16,7%) трансплантэктомий было связано с иммунологическими причинами. У таких пациентов в анамнезе имелись сведения о потере функции почечного трансплантата с выходом на ХБП5 и возвратом на гемодиализ, в также о первично нефункционирующем трансплантате. Редкими причинами были: урологические – некроз мочеточника 1 (4,2%), нефрокальциноз вследствие подагры 1 (4,2%), острое повреждение почек 1 (4,2%).

Выводы. Чаще всего показаниями к удалению почечного трансплантата был рецидивирующий пиелонефрит трансплантата, тромбоз сосудов и утрата функции почки. Своевременная диагностика и устранение выявленных причин отторжения позволит сохранить функционирование почечного трансплантата, уменьшить летальность и определить тактику дальнейшего лечения.