

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОЙ АНУРИЕЙ МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

А.В. Колсанов, Б.И. Харитонов, И.А. Бардовский

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий

Колсанов Александр Владимирович,

зав. кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий, руководитель Самарского центра трансплантации органов и тканей, зам. проректора по инновационной работе, д-р мед. наук, профессор,

Харитонов Борис Игоревич,

зав. отделением, врач-хирург, канд. мед. наук,

Бардовский Игорь Александрович,

ассистент кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий, врач-хирург, 443099, Россия, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, тел. 8 (846) 276-77-80, e-mail: Bardo_@mail.ru

Проанализировано 145 реципиентов почки, прооперированных за период с 2006 по 2010 год. Из них – 68 (46,9%) пациентов с периодом анурии более 3 лет. Способ лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки состоит из трех этапов: дооперационного, периоперационного и послеоперационного. В исследовании выделено три группы. Первая группа пациентов – с длительной анурией без дополнительного урологического обследования и лечения. Вторая группа – с длительной анурией, но с проведенным периоперационным и послеоперационным этапами. В третьей группе были проведены все три этапа лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки. Проведенное исследование доказывает эффективность предложенного способа лечения. Улучшены результаты как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. При выполнении полного курса предложенного способа диагностики и лечения пациентов с длительной анурией при трансплантации почки позволяет снизить количество урологических осложнений на 13% за трехлетний период наблюдения.

Ключевые слова: трансплантация почки, урологические осложнения, трансплантация почки, дисфункция мочевого пузыря.

UROLOGICAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH PROLONGED ANURIA BY RENAL TRANSPLANTATION

A.V. Kolsanov, B.I. Kharitonov, I.A. Bardovskiy

Samara State Medical University, Chair of Surgery and Clinical Anatomy with Course of Innovative Technologies

145 recipients of kidneys analyzed, operated from 2006 to 2010. Of these - 68 (46,%) patients with anuria period of more than 3 years. A method for treating patients with prolonged anuria in renal transplantation consists of three phases: preoperative, perioperative, and postoperative. The study is divided into three groups. The first group of patients was with prolonged anuria without urological examination and treatment. The second group with prolonged anuria, but carried out perioperative and postoperative phases. In the third group were held all three stages of treatment for patients with prolonged anuria in renal transplantation. This study proves the effectiveness of the proposed method of treatment. Improved results in both immediate and late postoperative period. When you run the full course of the proposed method of diagnosis and treatment of patients with prolonged anuria in renal transplantation to reduce the number of urologic complications by 13% over a three year period of observation.

The key words: kidney transplantation, urological complications, renal transplantation, bladder disfunction.

Введение

Хирургические осложнения при трансплантации почки являются наиболее тяжелыми и урологические осложнения составляют большую часть таких – от 2,5 до 20%, причем потери трансплантата и летальность достигают 30 и 50% соответственно. Больные с анурией более 3 лет составляют группу повышенного риска. При длительно нефункционирующем мочевом пузыре изменяется его стенка, нормальная нейрорегуляция, бактериальная, грибковая флора.

Цель исследования

Оптимизировать лечение пациентов с длительной анурией за счет внедрения способа диагностики и лечения пациентов группы риска.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе Самарского центра трансплантации органов и тканей. В центре с 2006 года по 2011 год выполнено 145 пересадок почки. 3 трансплантата – от живого родственного донора, 142 – от трупного донора. Следует отметить, что из общего числа прооперированных 68 (46,9%) человек – с анурией более 3 лет. Схема диагностики и лечения пациентов с длительной анурией состоит из трех этапов: дооперационный, периоперационный и послеоперационный.

В исследовании пациенты с длительной анурией разделены на три группы. Первая группа – пациенты без дополнительного обследования и лечения. Вторая группа – пациенты с проведенным дополнительным обследованием и лечением на периоперационном и послеоперационном этапах. Третья группа – пациенты с дополнительным обследованием и лечением на всех трех этапах. Первая группа составила 18 пациентов. Средний возраст – 41,6 год, средняя продолжительность анурии – 5 лет. Вторая группа – 28 человек. Средний возраст – 40,1 год. Средняя продолжительность анурии – 5,2 года. Третья группа составила 23 пациента. Средний возраст – 41,6 год, средняя продолжительность анурии – 5,4 года.

Результаты и обсуждение

Заболевания, которые привели к терминальной почечной недостаточности, во всех группах были аналогичны. На первом дооперационном этапе проводится выявление реципиентов в листе ожидания с длительной анурией. Проводится оценка состояния мочевого пузыря – его объема, состояния мышечной стенки, различных аномалий или последствий ранее выполненных урологических операций. Проводится цистометрия, цистоманометрия, цистография, цистоскопия, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей, предстательной железы. Определяется тип мочевого пузыря: гипорефлекторный, норморефлекторный или гиперрефлекторный. Посев флоры мочевого пузыря. По результатам обследований проводится коррекция плана лечения. Такие пациенты нуждаются в санации очагов инфекции, проведении антибиотикотерапии, противогрибковой терапии, если необ-

ходимо – удаление собственных инфицированных почек. При выявлении показаний проводится подготовка пузыря с использованием методов физиотерапии – ультразвуковая терапия, электростимуляция области мочевого пузыря. Фармацевтическая подготовка с помощью блокаторов адренергических рецепторов, антихолинэстеразные препараты. Пациент продолжает находиться в листе ожидания. При необходимости цикл обследования, лечения и подготовки повторяется. Второй периоперационный этап проводится непосредственно перед операцией и во время трансплантации почки. Проводится обследование мочевого пузыря аналогично, как и на первом этапе. Интраоперационно выполняется биопсия слизистого, подслизистого и мышечного слоев мочевого пузыря. Во время операции выбирается наиболее оптимальный вариант восстановления мочевыводящего тракта трансплантата. Выполнялись следующие виды анастомозов: погружная методика Drop-in, по Мебелю-Шумакову, по Lich, по Starzl, по Красинцеву – Баркеру, суправезикальный анастомоз. Третий послеоперационный этап начинается в раннем послеоперационном периоде. Мочевой пузырь дренируется уретральным катетером обычно от 2 до 7 суток. После стабилизации состояния и удаления катетера пациенту назначался строгий режим мочеиспускания. Объем порции мочи должен быть в пределах 50 мл, затем он постепенно увеличивается и к трем неделям достигает 150-200 мл. Проводится курс физиотерапии – ультразвуковая терапия, электростимуляция области мочевого пузыря. У всех пациентов измеряли объем остаточной мочи и оценивали состояние чашечно-лоханочной системы трансплантата при помощи ультразвукового исследования. Исследуются такие лабораторные показатели как общий анализ мочи и посев на стерильность. При нарушениях мочеиспускания назначается терапия блокаторами адренергических рецепторов, антихолинэстеразных препаратов. При выраженных нарушениях эвакуаторной функции мочевого пузыря возможна многократная катетеризация или формирование цистостомы. В нашем Центре отдается предпочтение пункционной цистостомии. На третьем этапе также проводится контроль функционального состояния мочевого пузыря, аналогичный предыдущим этапам. Всем пациентам проводится цистоскопия. В отдаленном послеоперационном периоде выполняется нефроцинтиграфия с определением эвакуаторной функции почки и мочевыводящих путей трансплантата. При возникновении на любом этапе послеоперационного периода неустраняемых консервативно урологических осложнений важно своевременное и адекватное хирургическое вмешательство.

Проведенное исследование выявило определенные закономерности. Группы схожи по возрасту, длительности нахождения на заместительной почечной терапии, длительности анурии, схеме проведенной операции. Однако послеоперационный период и результаты лечения в группах различны.

В послеоперационном периоде у некоторых больных наблюдались умеренные дизурические

расстройства, купированные консервативной терапией. Урологические осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства, в группах указаны в таблице 1. Данные за 3-летний период наблюдения.

Таблица 1
Урологические осложнения, потребовавшие хирургического вмешательства

№	Урологическое осложнение	I группа	II группа	III группа
1	Некроз мочеточника трансплантата	1	1	-
2	Обструктивная уропатия	-	1	-
3	Орхоэпидидимит	-	1	-
4	Кровотечение в мочевой пузырь, неоднократные острые задержки мочеиспускания (потребовавшие троакарной эпицистостомии)	-	1	2
5	Несостоятельность пузырно-мочеточникового анастомоза	3	-	-
6	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (в отдаленном послеоперационном периоде)	-	2	-
	Всего	4 (22%)	6 (22%)	2 (9%)

Выводы

1. Длительная анурия у пациента с ХПН, ожидающего трансплантацию почки, не является противопоказанием к проведению операции.

2. Необходим индивидуальный подход к лечению каждого пациента с длительной анурией.

3. Выполнение способа диагностики и лечения пациентов с длительной анурией позволяет снизить количество урологических осложнений на 13% за трехлетний период наблюдения.

Список литературы

1. Закс Л. Статистическое оценивание. - М.: Статистика, 1976. - 598 с.

2. Руководство по трансплантации почки пер. с англ. / под ред. Я.Г. Мойсюка, Габриель М. Данович - Тверь: Изд-во "Триада", 2004. - 471 с.

3. Трансплантология: руководство для врачей / под ред. В.И. Шумакова: 2-е изд., испр. и доп. - М.: МИА, 2006. - 544 с.

4. Luke P.P., Herz D.B., Bellinger M.F., Chakrabarti P., Vivas C.A., Scantlebury V.P et al / Long-term results of pediatric renal transplantation into a dysfunctional lower urinary tract // Transplantation. - 2003. - №76. - P. 1578-1582.

5. Mishra S.K., Muthu V., Rajapurkar M.M., Desai M.R. et al. / Kidney transplantation in abnormal bladder // Indian J Urol. - 2007 - Vol. 3 - № 23. - P. 299-304.

6. Neild GH, Dakmish A, Wood S, Nauth-Misir R, Woodhouse CR / Renal transplantation in adults with abnormal bladders // Transplantation. - 2004. - Apr. - Vol. 5. - №7 - P. 1123-1127.

7. Sager C, Burek C, Durán V, Corbetta JP, Weller S, Paz E, López JC / Outcome of renal transplant in patients with abnormal urinary tract // Pediatr Surg Int. 2010. - Aug 31. - Vol. 4. - №6. - P. 324-329.

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Д.М. Красильников, М.М. Миннуллин, Я.Ю. Николаев

**ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет
ГАЗУ Республиканская клиническая больница, г. Казань**

Красильников Дмитрий Михайлович, зав. кафедрой хирургических болезней № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии, руководитель хирургической службы республиканской клинической больницы, д-р мед. наук, профессор,

Миннуллин Марсель Мансурович, первый зам. глав. врача республиканской клинической больницы, канд. мед. наук,
Николаев Ярослав Юрьевич, врач-хирург, заочный аспирант кафедры хирургических болезней № 1 с курсами онкологии, анестезиологии и реаниматологии,
420064, Россия, Республика Татарстан,
г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138,
тел. 8 (843) 269-05-47,
e-mail: Yarosniko@mail.ru