

УДК:616.61-006.2-089.843-06

© П. И. ПУСТОВОЙТ, В. В. ГОРЯЧИЙ, В. В. МИЩЕНКО, В. А. САГАТОВИЧ, С. И. ХАРЬКОВСКИЙ

КУ "Одесская областная клиническая больница", Одесский национальный медицинский университет

Нестандартная ситуация в трансплантологии при поликистозе почек

P. I. PUSTOVOYT, V. V. HORIACHYI, V. V. MISHCHENKO, V. A. SAHATOVYCH, S. I. KHARKOVSKYI

MI "Odesa Regional Clinical Hospital, Odesa National Medical University

NON-STANDARD SITUATION IN TRANSPLANTOLOGY AT POLYCYSTIC KIDNEY

Трансплантология относится к сложным разделам медицины в связи с не до конца решенными медицинскими, социальными, и морально-правовыми проблемами. В Украине пересадка почки осуществляется в основном от близкородственных доноров. Несмотря на тщательно продуманную и проводимую пред-, интра- и послеоперационную тактику ведения пациентов, встречаются непредвиденные осложнения, требующие нестандартного решения.

Цель нашего сообщения – показать на примере клинического наблюдения нестандартный подход при выборе алгоритма лечебной тактики у данной категории больных.

Больной Р., 52 года, поступил в отделение трансплантации и диализа Одесской областной клинической больницы 20.06.12 г. для выполнения пересадки почки от сестры. До этого в течение восьми месяцев пациент находился на продленном гемодиализе. Учитывая, что основным заболеванием является поликистоз почек, который на фоне иммунодепрессии может привести к уросепсису, решено предварительно выполнить билатеральную чрезбрюшинную нефрэктомия. Чтобы избежать кровотечения во время удаления гигантских почек, в условиях ангиографической операционной произведена эмболизация обеих почечных артерий. Больной переведен в реанимационное отделение, где он находился сутки, осложнений не наблюдалось. На следующий день был выполнен четырехчасовой предоперационный гемодиализ, во время которого наблюдалась артериальная гипотония (АД – 60/30 мм рт. ст.). После введения дексаметазона АД нормализовалось. Спустя 24 часа произведена лапаротомия, удалена правая почка. Для доступа к левой почке тонкий кишечник перемещен вправо, при этом обнаружено, что левая половина толстого кишечника от селезеночного изгиба до ректосигмоидного отдела черного цвета, сосуды брыжейки тромбированы, кишка дряблая, не перис-

пальтирует. Остальные отделы кишечника без патологических изменений. Вызван хирург. До его прихода без осложнений удалена левая почка. Хирургом произведены левосторонняя гемиколэктомия с резекцией селезеночного изгиба и выведение на переднюю брюшную стенку трансверзостомы. Дистальная кишка пересечена и ушита в верхнеампулярном отделе прямой кишки.

Вследствие наличия гнойного содержимого в некоторых кистах левой почки, а также некроза толстой кишки и инфицированного экссудата в левом фланке в послеоперационном периоде рана нагноилась, образовался абсцесс в левом забрюшинном пространстве. Потребовалось длительное время для санации гнойного очага и заживления раны.

Через месяц после первой операции на консилиуме хирургов и трансплантологов было решено: при лечении больного необходимо первым этапом выполнить пересадку почки, а затем в случае успешной функции почечного трансплантата можно вернуться к вопросу о восстановлении непрерывности желудочно-кишечного тракта.

После окончательного заживления ран больному выполнена пересадка почки от сестры. С восстановлением функции пересаженной почки и в плане подготовки к закрытию колостомы начато снижение дозы вводимых иммунодепрессантов и гормонов. Больной наблюдался в амбулаторном режиме и через 1 мес. поступил для закрытия трансверзостомы. Состояние пациента удовлетворительное, функция почки хорошая, диурез около 2-х литров, креатинин – 120 мкмоль/л, мочевины – 9,0 ммоль/л, Нв – 110 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 5 мм/ч, формула крови без особенностей. Трансаминазы не превышают норму, глюкоза крови – 4,7 ммоль/л, протромбиновый индекс – 97%, трансверзостома функционирует хорошо, раны зажили полностью. При контрастировании барием оставшегося участка прямой кишки длина культи 12 см.

После тщательной подготовки кишечника произведена лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца от лона до пупка и выше него на 10 см. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. С техническими сложностями из спаечного процесса в полости малого таза выделена культя прямой кишки, которая подготовлена для аппаратного анастомозирования. Концевая трансверзостома иссечена из передней брюшной стенки. Для свободного наложения колоректального анастомоза произведена мобилизация печеночного изгиба, а также восходящего отдела толстой кишки. Наложено анастомоз с помощью циркулярно-сшивающего аппарата фирмы "Этикон".

К месту анастомоза подведены два трубчатых дренажа, которые выведены в левой подвздошной области. Операционная рана и рана после трансверзостомии ушиты послойно. В послеоперационном периоде больной получал антибиотики, инфузионную терапию, направленную на улучшение

реологии. Профилактика тромботических осложнений проводилась цибором. Послеоперационный период протекал без осложнений, перистальтика появилась на 3-й день. На 4-е сутки начато энтеральное питание берламин-модуляром. На 9-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии с хорошей функцией почки и нормальным пассажем кишечника.

Нестандартность данного наблюдения заключается в том, что больному с хронической болезнью почек, обусловленной поликистозом обеих почек, для достижения желаемого результата потребовалась вынужденная этапность лечения (гемодиализ, эмболизация почечных артерий, билатеральная нефрэктомия, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзостомией, вскрытие флегмоны забрюшинного пространства, санация послеоперационных ран, пересадка почки, закрытие толстокишечного свища путем наложения колоректального анастомоза).

Получено 16.01.13