

УДК 616.61-006.2-089.843-06

© П. И. ПУСТОВОЙТ, В. В. ГОРЯЧИЙ<sup>1</sup>, В. В. МИЩЕНКО<sup>1</sup>, В. А. САГАТОВИЧ, С. И. ХАРЬКОВСКИЙКУ "Одесская областная клиническая больница", Одесский национальный медицинский университет<sup>1</sup>**Нестандартная ситуация в трансплантологии при поликистозе почек**

P. I. PUSTOVOIT, V. V. HORYACHYI, V. V. MISHCHENKO, V. A. SAHATOVYCH, S. I. KHARKOVSKYI

ME "Odessa Regional Clinical Hospital", Odessa National Medical University

**NONSTANDARD SITUATION IN TRANSPLANTATION IN 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. возрастом 52 года (номер истории болезни 3246) поступил в отделение трансплантации и диализа Одесской областной клинической больницы 20.06.12 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 ч 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 ректо-

сигмоидного отдела черного цвета, сосуды брыжейки тромбированы, кишка дряблая, не перистальтирует. 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, что 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 Т/л, лейкоциты – 9,0 Г/л, СОЭ – 5 мм/ч, формула крови без особенностей. Трансаминазы не превышают норму, глюкоза крови – 4,7 ммоль/л, протромбиновый индекс – 97 %, трансверзостомы функционирует хорошо, раны за-

жили 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. Наложен 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, инфу-

зионную 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 20.01.15