

УДК 616.61-008.64036.12036.8089:616.61-78036.12:616.61-089.84

*А.С. Никоненко, С.Н. Завгородний, С.Н. Гриценко, Н.Н. Поляков,
Ю.В. Сушко, О.В. Пастухов, И.А. Лактионов,
Т.И. Остапенко, И.С. Кузьмина*

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования»
Запорожский центр трансплантации*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОРРИГИРУЕМОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ И ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ

Отражен опыт работы Запорожского центра трансплантации за период с 1992 по 2011 г. Освещены подходы к лечению пациентов в до- и посттрансплантационный период.
Ключевые слова: трансплантация почки, предтрансплантационный период, посттрансплантационный период.

Хронический гемодиализ и трансплантация почки стали доступными методами лечения терминальной стадии почечной недостаточности, многие сотни тысяч больных получают эти варианты лечения, естественно, что у них могут возникать показания к хирургическому лечению других заболеваний, риск хирургических вмешательств для них значительно выше, чем при стандартных ситуациях. Больные, находящиеся на лечении программным гемодиализом, имеют метаболические нарушения, артериальную гипертензию, анемию, повышающую риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2]. После трансплантации почки больные получают иммуносупрессию, которая также влияет на гомеостаз, устойчивость к инфекциям. Хирургическая техника операции не отличается от общепринятой, но требует педантичности и тщательности исполнения, применения комплекса кровесберегающих методик, ренопротекции для предотвращения нарушения кровообращения в трансплантате [3, 4]. Особенности обеспечения операционного и послеоперационного периодов у этой категории больных недостаточно разработаны [5–7].

Материал и методы. Ежегодно на гемодиализе находится от 120 до 140 человек. За период с 1992 по 2011 г. в Запорожском центре трансплантации выполнено 546 аллотрансплантаций почек пациентам в возрасте от 6 до 64 лет, 12 ортотопических аллотрансплантаций печени, симультантная пересадка поджелудочной железы и почки,

3 пересадки сердца. Выработана концепция ведения больных на каждом из этапов: до-трансплантационном, трансплантационном и посттрансплантационном. Предпочтение отдаем активной хирургической тактике в лечении возникших заболеваний на этапе подготовки пациента к трансплантации и после трансплантации.

Всего прооперировано 142 пациента. В целях санации хронических очагов инфекции выполнено 66 нефрэктомий (22 односторонних, 44 билатеральных). Показанием к превентивной нефрэктомии считали поликистоз почек (42 операции) и хронический пиелонефрит с признаками уроинфекции (11 операций). При вазоренальной гипертензии выполняли одностороннюю или билатеральную нефрэктомию (7 больных; 10 операций), так как труднокорригируемая гипертензия может привести к ранней потере трансплантата.

Как известно, одной из сложных проблем у больных в посттрансплантационном периоде является адинамическая болезнь кости и мочекаменная болезнь, причиной которых в большинстве случаев является вторичный и третичный гиперпаратиреоз. Это требует необходимости раннего выявления данного заболевания и в случаях неэффективности консервативной терапии, проводимой в течение 3 месяцев, выполнения паратиреоидэктоми. При вторичном и третичном (аденоматозном) гиперпаратиреозе выполняли субтотальную паратиреоидэктомию (39 пациентов; 40 операций).

© А.С. Никоненко, С.Н. Завгородний, С.Н. Гриценко и др., 2011

Узловой эутиреоидный зоб был причиной для выполнения 8 струмэктомий как профилактики малигнизации в посттрансплантационном периоде, так как на фоне иммуносупрессии риск малигнизации очень высок. У 1 из больных по данным патоморфологического исследования верифицирована папиллярная карцинома щитовидной железы.

У 8 больных была диагностирована желчнокаменная болезнь, произведена лапароскопическая холецистэктомия. У 2 пациентов выполнена операция Гартмана, в последующем им произведено закрытие стомы; у 2 — выполнялась гемиколэктомия, в 1 из случаев в послеоперационном периоде функция трансплантата утеряна, в последующем произведена трансплантатнефрэктомия.

У пациентов с уремическим перикардитом показанием к активной хирургической тактике был риск развития тампонады сердца — выполнено 9 перикардэктомий (3 из которых видеоторакоскопическим методом) и 1 пункционное дренирование перикарда. При варикозной болезни выполнялась флебэктомия — у 5 больных. Прооперировано 10 больных с грыжами передней брюшной стенки различной локализации. В последующем всем оперированным больным была выполнена трансплантация почки с удовлетворительными отдаленными результатами.

Перенесенная трансплантация почки не является противопоказанием для различных оперативных вмешательств у реципиентов. 5 больных были прооперированы по поводу асептического некроза головки бедренной кости (7 протезирований тазобедренного сустава), 1 — стентирование коронарных артерий, 2 — мастэктомии, 2 пациентки после аллотрансплантации почки успешно родоразрешились путем кесарева сечения.

Операции в условиях общей анестезии с ИВЛ у больных, находящихся на хроническом гемодиализе, проводили в междиализном периоде спустя 24 часа после процедуры. Следующий гемодиализ выполняли через 24–48 часов после операции. В качестве антикоагулянта применяли клексан.

У больных с функционирующим почечным трансплантатом оперативные вмешательства выполняли в условиях тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ и ренопротекцией. В периоперационном периоде применяли методику ренопротекции функционирующего почечного трансплантата, которая позволяла предупредить ишемические повреждения трансплантата, обусловленные негативным влиянием на почечный

кровоток операционного стресса и кровопотери. В рамках методики ренопротекции выполняли катетеризацию центральной вены для мониторинга центрального венозного давления. Во время операции и анестезии, а также в раннем послеоперационном периоде волемиической нагрузкой кристаллоидами (30–40 мл/кг) удерживали целевые значения центрального венозного давления в пределах 10–12 мм рт. ст., значения среднего артериального давления в пределах 105–125 мм рт. ст. Кроме того, для профилактики интраоперационного снижения кровотока в почечном трансплантате и увеличения диуреза во время операции применяли маннитол в дозе 1 г/кг, фуросемид — 1 мг/кг и блокатор кальциевых каналов верапамил — 0,15 мг/кг. Функцию почечного трансплантата в послеоперационном периоде оценивали по концентрации креатинина, мочевины и калия в плазме крови, а также суточной экскреции креатинина. В 1-е сутки послеоперационного периода отмечали транзитное увеличение концентрации креатинина и мочевины в плазме крови и снижение суточной экскреции креатинина. Указанные изменения носили временный характер. К 5–7-м суткам послеоперационного периода показатели функции почечного трансплантата были сопоставимы с дооперационными значениями. Потерь почечных трансплантатов в раннем и позднем послеоперационном периоде не было.

Обсуждение. Хирургические вмешательства у больных хронической почечной недостаточностью, получающих диализ либо после трансплантации почки, имеют повышенный риск, потребность в операции у них на этапе диализа — у 5–8 %, после трансплантации — у 7 % больных.

Пациенты на гемодиализе имеют метаболические нарушения, анемию, высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, нарушения обмена калия и свертывающей системы крови. Хирургическое вмешательство может быть выполнено в междиализный период, при этом надо учитывать возможность возникновения кровотечения как после операции, так и в период следующего диализа, в связи с этим операционные раны должны быть дренированы на большие сроки для контроля кровотечения. Перед операцией должны быть откорректированы метаболические нарушения.

Реципиенты почечных трансплантатов даже при благоприятном течении имеют в результате приема циклоспорина нарушение

ния углеводного, липидного обменов, циклоспорин вызывает вазоконстрикцию, что в условиях операционного стресса, кровопотери может привести к ухудшению кровотока в почечном трансплантате и развитию тубулярной ишемии, дисфункции трансплантата. В связи с этим основное внимание должно быть уделено ренопротекции во время операции и раннем послеоперационном периоде.

Для интра- и послеоперационной ренопротекции функционирующего почечного трансплантата представляется патогенетически обоснованным и целесообразным применение препаратов, способствующих увеличению почечного кровотока и предупреждающих ишемизацию почки.

В исследованиях реципиентов почечного трансплантата, получающих циклоспорин, выявлены активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, подавление синтеза предсердно-натрийуретического фактора, обуславливающего диуретический ответ. В связи с этим кроме ренопротекции использовали волевическую нагрузку для

стимуляции синтеза предсердного натрийуретического пептида. Применение комплексной терапии дало возможность во всех случаях получить хорошие результаты.

Активное выявление и устранение сопутствующих заболеваний у пациентов на хроническом гемодиализе повышает успешность трансплантации впоследствии.

Активная хирургическая тактика в пре- и посттрансплантационном периоде оправдана и приводит к увеличению выживаемости почечного трансплантата и пациентов.

Комплексная программа периоперативной интенсивной терапии, включающая волевическую нагрузку кристаллоидами и фармакологическую ренопротекцию позволила сохранить функцию пересаженных почек в раннем послеоперационном периоде.

Комплексное применение активной хирургической тактики при сопутствующей патологии с интраоперационной ренопротекцией увеличило годовичную выживаемость до 92 % и 5-летнюю выживаемость до 70 % трансплантатов.

Список литературы

1. Отдаленные результаты трансплантации почки и факторы риска хронической нефропатии отторжения / И. Г. Ким, И. И. Стенина, И. М. Ильинский [и др.] // Нефрология и диализ. — 1999. — № 1. — С. 27–38.
2. Перлин Д. В. Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика осложнений при трансплантации почки : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / Д. В. Перлин. — Н., 1998. — 40 с.
3. Томилина Н. А. Отдаленные результаты трансплантации почки / Н. А. Томилина, Э. М. Балакирев // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2001. — № 3–4. — С. 65–75.
4. Трансплантация почки / В. И. Шумаков, Я. Г. Мойсюк, Н. А. Томилина [и др.] // Трансплантология : руководство / под ред. акад. В. И. Шумакова. — М. : Медицина, 1995. — С. 194–196.
5. Goodman W. G. Options for patients with end-stage renal disease / W. G. Goodman, G. M. Danovitch // Handbook of Kidney Transplantation. — Tokio, 2001. — P. 1–16.
6. Діагностика і профілактика дисфункції ниркового алотрансплантату : навчальний посібник / під ред. О. С. Никоненко. — Запоріжжя : Орбіта-ЮГ, 2009. — 128 с.
7. Комплексное лечение хирургических заболеваний у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности / [Ватазин А. В., Шумский В. И., Астахов П. В., Круглов Е. Е.]. — М. : МОНИКИ, 2002.

О.С. Никоненко, С.М. Завгородній, С.М. Гриценко, М.М. Поляков, Ю.В. Сушко, О.В. Пастухов, І.А. Лактіонов, Т.І. Остапенко, І.С. Кузьминова

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ СТАДІЄЮ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЯКУ КОРИГУВАЛИ ГЕМОДІАЛІЗОМ ТА ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ НИРКИ

Відображено досвід праці Запорізького центру трансплантації з 1992 по 2011 р. Висвітлені підходи до лікування пацієнтів у до- і післятрансплантаційному періоді.

Ключові слова: трансплантація нирки, передтрансплантаційний період, посттрансплантаційний період.

A.S. Nikonenko, S.N. Zavgorodniy, S.N. Gritsenko, N.N. Polyakov, Yu.V. Sushko, O.V. Pastukhov, I.A. Laktionov, T.I. Ostapenko, I.S. Kuzminova

SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH TERMINAL STAGE OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY, RECEIVED THE TREATMENT WITH HEMODIALYSIS AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

The experience of The Center of Transplantation in Zaporozhye from 1992 till 2011 year was observed. It was turn on the problem of guidance patients before and after transplantation.

Key words: kidney transplantation, pretransplant period, posttransplant period.