

1. Наличие учреждений — донорских баз, подготовленных специалистов-реаниматологов (трансплантационных координаторов), возможность донорских баз выявить достаточное количество потенциальных доноров органов.

2. Возможность нефрологической, гастроэнтерологической, других служб территории выявить и подготовить достаточное количество нуждающихся в трансплантации органов пациентов по профилю.

3. Возможность учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов, выполнить достаточное количество операций (наличие соответствующего оборудования, кадров, средств федерального либо территориального бюджетов, либо иного финансового обеспечения).

4. Возможность системы здравоохранения территории обеспечить в итоге пациентов после трансплантации органов наблюдением и лечением.

Е.Г. Юшина, И.В. Феофилов, А.Ю. Быков, Е.В. Григоров

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Цель: выявление преимуществ профилактики несостоятельности и стриктур уретероцистоанастомоза трансплантированной почки и эндоскопических методов коррекции урологических осложнений после пересадки почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2003 по 2011 гг. выполнено 398 трансплантаций почки. У 22 пациентов развились урологические осложнения, что составляет 5,3 %. В структуре осложнений: несостоятельность мочеточника — 4 случая (18,2 %), стриктура мочеточника на различных уровнях — 10 (45,5 %), пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 2 пациентов (9,1 %), нефролитиаз — 4 пациента (18,2 %). С целью профилактики несостоятельности уретероцистоанастомоза с 2005 г. во время операции всем пациентам устанавливается мочеточниковый стент-катетер (Ch 6,25) на 7–14 дней. Данная методика позволила снизить частоту данного осложнения с 21,7 % в 2003 до 3,1 % в 2010 и 2,9 % в 2011 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лечении урологических осложнений 2 пациентам в раннем послеоперационном периоде выполнена открытая реконструкция мочевыводящих путей по поводу несостоятельности нижней трети мочеточника трансплантата. Остальным пациентам выполнялась эндоскопическая коррекция осложнений. Всем пациентам первым этапом выполнялась перкутанная нефростомия. При обструктивных состояниях осуществлялось антеградное или ретроградное бужирование мочеточника трансплантата, с установкой внутреннего мочеточникового стент-катетера Ch 6,25 на срок 2–6 месяца, в 3-х случаях использовался «противоопухолевый» мочеточниковый стент на 4–8 месяцев. В одном случае устанавливался постоянный стент из никелида титана, при этом через 1,5 месяца отмечен рецидив стриктуры мочеточника вследствие прорастания стента соединительной тканью. При этом лишь в двух случаях не удалось ликвидировать стриктуру мочеточника, выходом из данной ситуации явилась постоянная нефростомия. Осложнения эндоскопических операций зафиксированы в двух случаях: кратковременная макрогематурия, купирована консервативно. При пузырно-мочеточниковом рефлюксе выполнялась антирефлюксная коллагенопластика устья мочеточника. За 9 лет наблюдалось 4 пациента с конкрементами в трансплантате (1 %). У всех пациентов нефролитиаз сопровождался нарушением оттока мочи. В 3 случаях выполнена дистанционная литотрипсия, в 1 случае выполнена перкутанная нефролитотомия. При контрольных обследованиях конкрементов не выявлено.

ВЫВОДЫ

Использование малоинвазивных методик (антеградное бужирование, антирефлюксные операции, стентирование мочеточника, перкутанная нефростомия, дистанционная литотрипсия, перкутанная нефролитотомия) уменьшает риск послеоперационных осложнений, сокращает показания для открытых оперативных вмешательств, уменьшает продолжительность стационарного лечения.