

4. Цель операции в общехирургическом стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости минимально травматичным для больного способом, а именно выведение разгрузочной коло(илео)стомы, с адекватной оценкой стадии онкологического процесса.

5. Цель операции в специализированном стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости с выполнением радикальной операции, что ускоряет социальную реабилитацию больных.

6. При резекции сегмента толстой кишки по поводу острой кишечной непроходимости рекомендуем создать условия, минимизирующие травматичность последующей восстановительной операции, которая должна быть выполнена в специализированном центре.

7. Использование современного технического оснащения, такого как сшивающее-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, позволяет значительно сократить время и травматичность как экстренной, так и реконструктивно-восстановительной операции.

А.В. Юданов, И.А. Поршенников, Е.В. Григоров, Е.М. Зяблицкая, А.Ю. Быков

РАЗВИТИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

ВВЕДЕНИЕ

Трансплантация органов как метод медицинской помощи крайне актуальна в РФ. Трансплантации сердца, печени являются жизнеспасющими операциями и не имеют альтернативы. Трансплантация почки значительно улучшает качество жизни пациентов, в сравнении с другими методами лечения хронической почечной недостаточности (гемодиализ, перитонеальный диализ) имеет финансовые преимущества для территориального бюджета. Трансплантация роговицы глаза не имеет альтернативы и в ряде случаев является единственным способом восстановления зрения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Новосибирской области в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (ГНОКБ) аллотрансплантация почки осуществляется с 1988 г., к настоящему времени выполнено в общей сложности более 400 операций, в том числе от родственных доноров.

С 2008 г. в ГНОКБ проведена подготовительная работа для организации и осуществления ортотопической трансплантации печени: сформирован лист ожидания, осуществляется стационарная помощь данным пациентам по поводу осложнений печеночной недостаточности. Первая ортотопическая трансплантация печени выполнена в августе 2010 г., к настоящему времени выполнено уже 11 таких операций. 1 пациент умер в раннем послеоперационном периоде от сердечно-сосудистых осложнений, остальные продолжают лечение в амбулаторном режиме.

Трансплантации сердца выполняются в ФГУ «ННИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина» МЗСР РФ. Несмотря на большое количество пациентов, нуждающихся в трансплантации роговицы (более 400), до настоящего времени пока нет утвержденного МЗСР РФ порядка, регламентирующего процесс заготовки роговицы глаза у умершего донора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенной на территории области в 2008 — 2011 гг. организационной работы достигнуты следующие результаты.

Организован механизм отбора реципиентов на медицинскую помощь методом трансплантации органов (регистры нуждающихся в аллотрансплантации почки и/или ортотопической трансплантации печени, роговицы). Территориальный лист ожидания на аллотрансплантацию почки и / или ортотопическую трансплантацию печени в настоящее время включает в себя более 70 пациентов и продолжает увеличиваться.

Организован механизм выявления потенциальных доноров: Областной центр трансплантационной координации на базе ГНОКБ, 6 учреждений здравоохранения — донорских баз в городе и области.

Функционирует система наблюдения пациентов с трансплантированными органами специалистами нефрологами, гастроэнтерологами. В настоящее время на территории области проживают и получают лечение 206 пациентов с трансплантатами различных органов: 181 — после аллотрансплантации почки, 20 — после ортотопической трансплантации печени, 5 — с трансплантатом сердца.

ВЫВОДЫ

Для организации эффективной работы методом трансплантации органов на территории необходимы согласования следующих ресурсов:

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 нефролитолапаксия. При контрольных обследованиях конкрементов не выявлено.

ВЫВОДЫ

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