

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

дрому поліорганної недостатності (СПОН) початково і на тлі хірургічного лікування ($p > 0,05$). Крім того, не дивлячись на комплексне лікування, явища системного запалення і СПОН у більшості хворих з ГП прогресували або зберігалися до 5 перших діб після операції ($p < 0,05$). На відміну від ГП у більшості хворих з ГС у комплексному лікуванні яких застосовували ІСТД відзначений стійкий регрес явищ системного запалення і проявів СПОН починаючи з 3-ї доби раннього післяопераційного періоду ($p < 0,05$).

Загальна летальність серед всіх хворих з розповсюдженим перитонітом склала у ГП – 13,2%, у ГС – 7,6%. Таким чином, летальність в ГС була в 1,7 рази нижча, ніж в ГП.

Висновки:

1. Інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз у хворих на розповсюджений перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу у черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Додаткове використання інтраабдомінального сорбційно–трансмембранного діалізу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволив знизити частоту післяопераційних ускладнень та знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано зі зниження проявів інтоксикації.

Вплив морфологічних змін в донорській нирці за даними інтраопераційних 0–біопсій на функцію ниркового алотрансплантату

А. В. Траїлін, Т. М. Никоненко, Т. І. Остапенко, С. Р. Вільданов, О. С. Никоненко

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Вступ. Функція ниркових алотрансплантатів є важливим сурогатним предиктором їх виживаності. Прогностичне значення вихідного стану донорської нирки для функції алотрансплантату вивчено недостатньо.

Мета. Оцінити, які індивідуальні гістологічні зміни та композитні гістологічні індекси донорської нирки найкраще пов'язані з функцією ниркового трансплантату в негайному, ранньому та пізньому періодах після трансплантації нирки, а також негативною динамікою змін швидкості клубочкової фільтрації.

Методи. Ми провели дослідження зв'язку гострих та хронічних індивідуальних патогістологічних змін та композитних патогістологічних індексів у предімплантаційних та постреперфузійних 0–біопсіях нирок від померлих донорів ($N = 101$) та живих донорів ($N = 29$) з початковою функцією трансплантата, функцією трансплантата при виписці, через 6 місяців і через 5 років після трансплантації, а також із динамікою швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців і від 6 місяців до 5 років. Для оцінки патогістологічних змін використовували критерії Banff для посттрансплантаційних та предімплантаційних біопсій, критерії Remuzzi та Cosyns. Гострі зміни оцінювали окремо в предімплантаційних і постреперфузійних біопсіях, а для оцінки хронічних змін матеріал обох біопсій об'єднували.

Результати. Гломерулів у предімплантаційних біопсіях дозволяв передбачити відстрочену функцію трансплантату. Гіаліноз артеріол дозволяв передбачити порушення початкової функції трансплантату. Гіаліноз артеріол і артеріосклероз обидва дозволяли

прогнозувати нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації. Гломерулосклероз впливав на швидкість клубочкової фільтрації при виписці і в 6 місяців після трансплантації. Сумарний відсоток клубочків з глобальним і сегментарним склерозом та хронічною ішемічною гломерулопатією передбачав нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці та у 5 років з дати трансплантації. Гломерулярні тромби в предімплантацийних та посттреперфузійних біопсіях передбачали негативну динаміку швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації, відповідно. Фібриноїдний некроз у клубочках у предімплантацийних біопсіях передбачав зниження функції після 6 місяців із швидкістю ≥ 5 мілілітрів за хвилину на рік. Хронічний та сумарний інтегральні гістологічні індекси за Banff-шкалою для предімплантацийних та посттрансплантацийних біопсій передбачали низку швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, через 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації.

Висновки. Інтраопераційні 0-біопсії є корисними для ідентифікації пацієнтів з ризиком гіршої функції трансплантата, зокрема, з відсутністю покращення функції після виписки та з достеменною і швидкою втратою функції в пізньому періоді.

Терапевтичні аспекти хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантату

В. В. Шелест, Р. О. Зограб'ян

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Вступ. В даний час виживання ниркового алотрансплантата (НАТ) протягом першого року після операції перевищує 90%. Але в подальшому річна втрата НАТ сягає 3–5% і більше, та до 10 року підвищується до 50%. Серед причин провідне місце займає хронічне відторгнення трансплантата (30–80% за даними різних авторів). Тому пошук нових дієвих методів профілактики та лікування цього ускладнення є одним з найактуальніших завдань сучасної трансплантологічної науки, вирішення якого дозволило б суттєво подовжити тривалість функціонування трансплантованих нирок, зменшити потребу в повторних операціях, що особливо актуально в умовах гострого дефіциту донорських органів в Україні.

Мета. Метою даної роботи є покращення віддалених результатів операції алотрансплантації нирки за рахунок вдосконалення лікувальної тактики хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантата.

Матеріал та методи. Проведено морфологічне дослідження 83 біоптатів ниркових алотрансплантатів (НАТ) у пацієнтів з хронічною дисфункцією ниркового трансплантата та виявлено 49 випадків хронічного відторгнення (ХВ) НАТ, що склало 59%. При цьому встановлено три форми ХВ: хронічне антитіло-опосередковане відторгнення (ХАОВ) – 59,5% (n = 29), хронічне Т-клітинно-опосередковане відторгнення (ХТ-клОВ) – 28,6% (n = 14) та змішана форма (ЗФ) – 11,9% (n = 6).

На основі морфологічних типів хронічного відторгнення сформовано 3 досліджувані групи: група 1 – 29 реципієнтів з ХАОВ, група 2 – 14 реципієнтів з ХТ-клОВ та 6 реципієнтів із ЗФ. В кожній з груп застосували окрему схему терапії. Оцінка результатів