

Современные возможности в лечении больных с поздними урологическими осложнениями после трансплантации почки

***Р.Н. Трушкин, А.Е. Лубенников, Н.В. Морозов, Д.А.
Кувырдин, Т.К. Исаев, Д.Ф. Кантимеров, Н.О. Колесников***

ГКБУЗ ГKB 52 ДЗМ г. Москвы, отделение урологии

Стриктура мочеточника

- ▶ Наиболее частая локализация - область мочеточниково-пузырного анастомоза;
- ▶ Встречаемость до 13%¹;
- ▶ В позднем периоде (более 12 мес.) основная причина - ишемия стенки мочеточника²;
- ▶ В настоящее время два варианта коррекции: эндоскопия и реконструкция мочевого тракта;
- ▶ Эндоскопические операции показаны при непротяженной стриктуре (до 1 см) и отсутствии облитерации.

1. He B., Bremner A., Han Y. Classification of ureteral stenosis and associated strategy for treatment after kidney transplant. *Exp. Clin. Transplant.* 2013 Apr;11(2):122-7

2. Karam G., Hétet J.F., Maillet F., Rigaud J., Hourmant M., Soullou J.P., Giral M. Late ureteral stenosis following renal transplantation: risk factors and impact on patient and graft survival. *Am J Transplant.* 2006 Feb;6(2):352-6

Стриктура мочеточника. Эндоскопия

- ▶ 1 группа – операции по расширению просвета мочеточника (бужирование мочеточника, баллонная дилатация);
- ▶ 2 группа – операции с рассечением стенки мочеточника (эндоуретеротомия с использованием холодного ножа, лазера, пуговчатого электрода, деструктора Acucise, уретероэлектроинцизия);
- ▶ Предпочтительнее антеградный доступ;
- ▶ Эффективность не более 60%^{1,2}

1. Aytakin C., Boyvat F., Harman A., Ozyer U., Colak T., Haberal M. Percutaneous therapy of ureteral obstructions and leak after renal transplantation: long-term results. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2007 Nov-Dec;30(6):1178-84

2. Juaneda B., Alcaraz A., Bujons A., Guirado L., Díaz J.M., Martí J., de la Torre P., Sabaté S., Villavicencio H. Endourological management is better in early-onset ureteral stenosis in kidney transplantation. *Transplant. Proc.* 2005 Nov;37(9):3825-7

Стриктура мочеточника. Эндоскопия. Собственный опыт

- ▶ 15 пациентам проведено антеградное бужирование мочеточника до 14 Sn с использованием гибких бужей Алкена;
- ▶ Во всех случаях операция закончилась установкой эндотомического стента, экспозиция 6 мес;
- ▶ Рецидив стриктуры у 7 пациентов (46%) в течение 6 мес наблюдения

Стриктура мочеточника. Реконструкция мочевого тракта

- ▶ Показана при протяженных стриктурах (более 1 см), облитерациях, при рецидиве после эндоскопической коррекции;
- ▶ Пиелoureтероанастомоз с собственным мочеточником более эффективен по сравнению с уретероцистоанастомозом¹

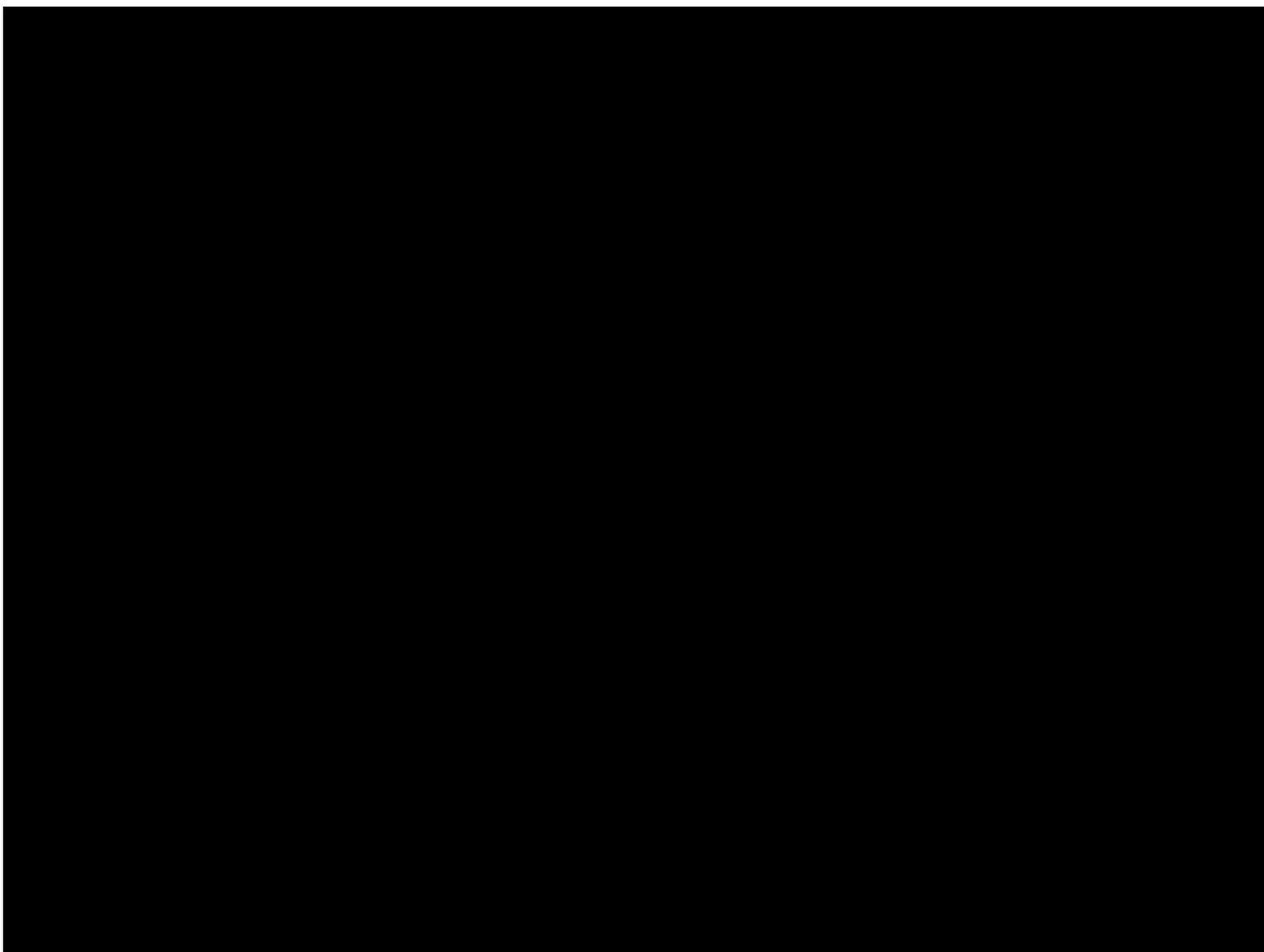


1.Saidi R.F., Elias N., Hertl M., Kawai T., Cosimi A.B., Ko D.S.
Urinary reconstruction after kidney transplantation:
pyeloureterostomy or ureteroneocystostomy. J Surg Res. 2013 May
1;181(1):156-9

Стриктура мочеточника. Реконструкция мочевого тракта. Лапароскопия

- ▶ Сложность лапароскопической коррекции обусловлена выраженным фиброзом, отсутствием послойности тканей, риском травмы подвздошных сосудов;
- ▶ Снизить риск повреждения сосудов позволяет формирование уретеро-уретероанастомоза (*не пиело-уретероанастомоза*) с собственным мочеточником.

Стриктура мочеточника. Реконструкция мочевого тракта. Лапароскопия



Нефролитиаз трансплантированной ПОЧКИ



- ▶ Частота встречаемости 0.2-6%¹;
- ▶ Причины развития: вторичный, третичный гиперпаратиреоз; гиперфосфатемия (на фоне приема стероидов, антацидов); канальцевый ацидоз, обструкция мочевых путей, инфекция мочевых путей, шовный материал.

1. Kevin C. Abbott, Noah Schenkman, S. John Swanson et al. Hospitalized nephrolithiasis after renal transplantation in the United States American. *Journal of Transplantation* 2003; 3; 465-470

Нефролитиаз трансплантированной почки. Методы лечения

- ▶ ДЛТ под УЗ и рентгеновским контролем (для конкрементов менее 15 мм);
- ▶ Ретроградные эндоскопические вмешательства;
- ▶ Перкутанные операции

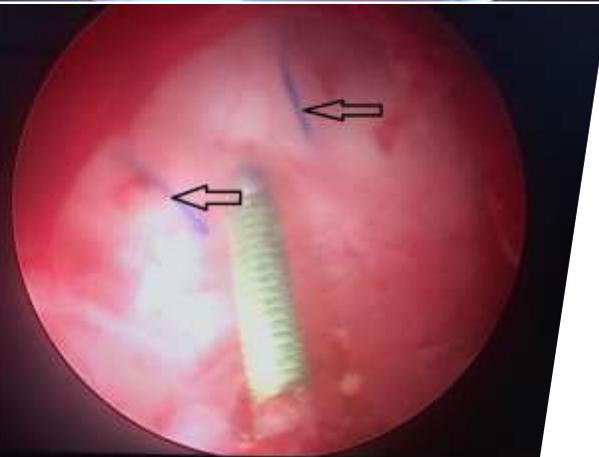
Нефролитиаз трансплантированной почки. Методы лечения. Преимущества и недостатки

ДЛТ		Ретроградные вмешательства		Перкутанные операции	
+	-	+	-	+	-
Не инвазивно	Необходимость нескольких сеансов; Риск обструкции	Малоинвазивно	Артифициальное устье Риск миграции камня в ЧЛС	Позволяет за одну манипуляцию достигнуть stone free	Инвазивно Риск кровотечения

Нефролитиаз трансплантированной почки. Собственный опыт

- ▶ Выполняем только перкутанные вмешательства;
- ▶ Собственный опыт - 13 пациентов;
- ▶ Во всех случаях проведена нефролитоэкстракция без дезинтеграции конкремента. Размер камня не превышал 20 мм;
- ▶ Необходимости в гемотрансфузии не было. Атака пиелонефрита развилась у 3 больных

Нефролитиаз трансплантированной почки. Клинический случай.



Опухоль трансплантированной почки



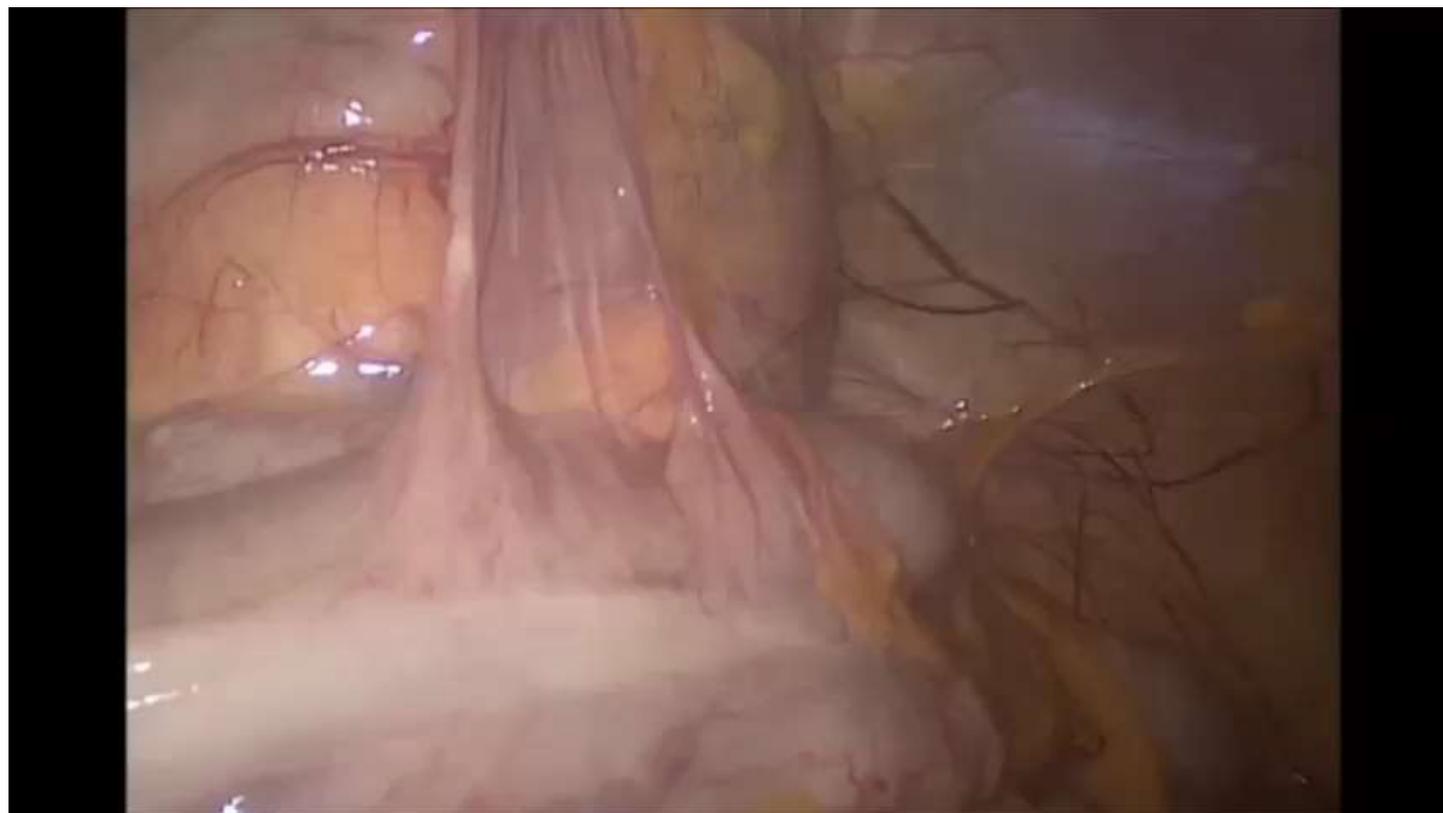
- ▶ Почечной-клеточный рак встречается у 3% в общей популяции населения и у 4.6% больных после пересадки почки, при этом, заболевание развивается преимущественно в собственных почках и лишь 10% случаев приходится на рак в трансплантированной почке¹.
- ▶ Опухоли могут быть «донорскими», метастатическими от реципиента (напр. лимфома), образованиями de novo

1. Penn I. Primary kidney tumors before and after renal transplantation. *Transplantation*. 1995; 59: 480-485.

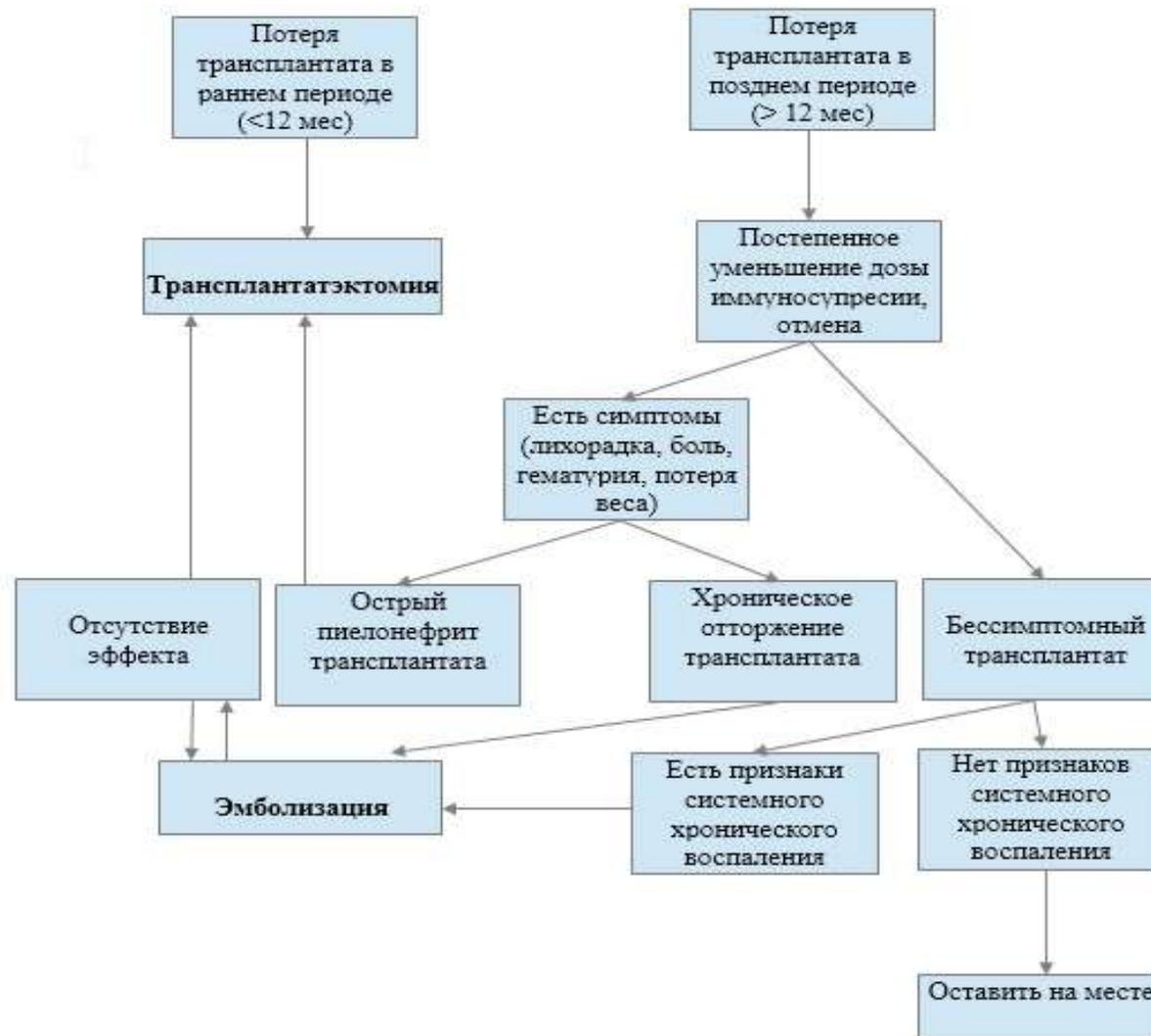
Опухоль трансплантированной почки. Методы лечения

- ▶ Трансплантатэктомия;
- ▶ Резекция трансплантата;
- ▶ Криодеструкция, радиочастотная абляция.

Опухоль трансплантированной почки. Методы лечения. Лапароскопическая резекция трансплантата

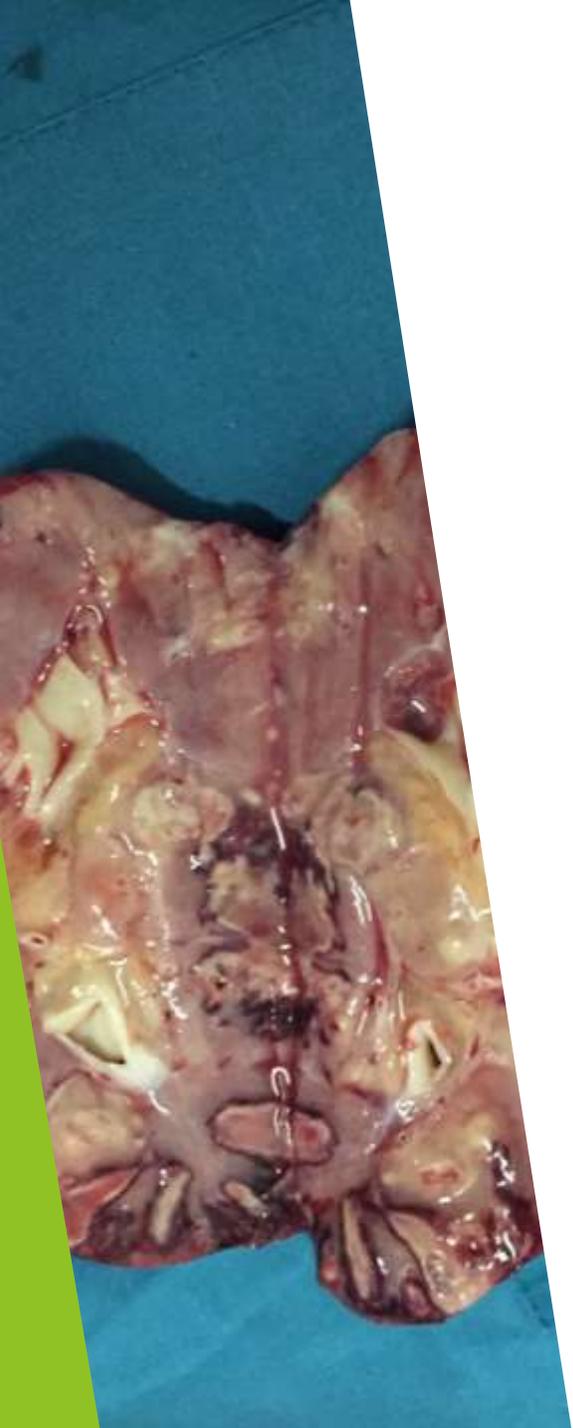


Трансплантатэктомия. Алгоритм

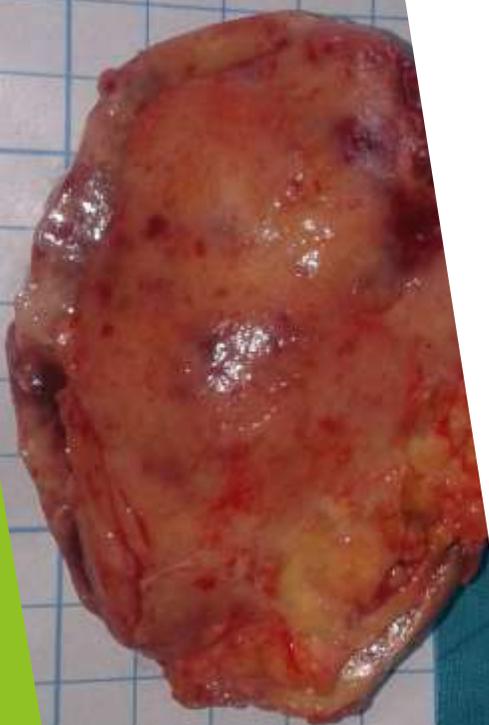


Трансплантатэктомия. «Открытая трансплантатэктомия»

- ▶ Выполняем в случае гнойного пиелонефрита трансплантата или у коморбидных пациентов с рецидивом ТХПН;
- ▶ Используем методику нефрэктомии по Федорову;
- ▶ Средняя продолжительность операции 60 мин;
- ▶ Наиболее частыми осложнениями (10%) являются кровотечение из ложа трансплантата и нагноение в ложе.



Лапароскопическая трансплантатэктомия



- ▶ Применяем в случае хронического отторжения трансплантата или при активном течение пиелонефрита и рецидиве ТХПН без формирования гнойной формы;
- ▶ Основные цели: уменьшение рисков кровотечения и нагноение в ложе, так как почка удаляется экстракапсулярно;
- ▶ Основные цели: создание более благоприятных условий для последующей трансплантации.

Лапароскопическая трансплантатэктомия



- ▶ Перед проведением операции обязательно оцениваем МСКТ с контрастным усилением и 3D моделированием подвздошных сосудов и сосудистого анастомоза.

Лапароскопическая трансплантатэктомия. Собственный опыт

- ▶ 26 пациентов;
- ▶ Средняя продолжительность операции 120 мин;
- ▶ Интраоперационная кровопотеря в каждом случае не превышала 100 мл;
- ▶ Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено, пациенты не требовали анальгезии наркотическими препаратами;
- ▶ Выписаны в среднем на 4 сутки после вмешательства

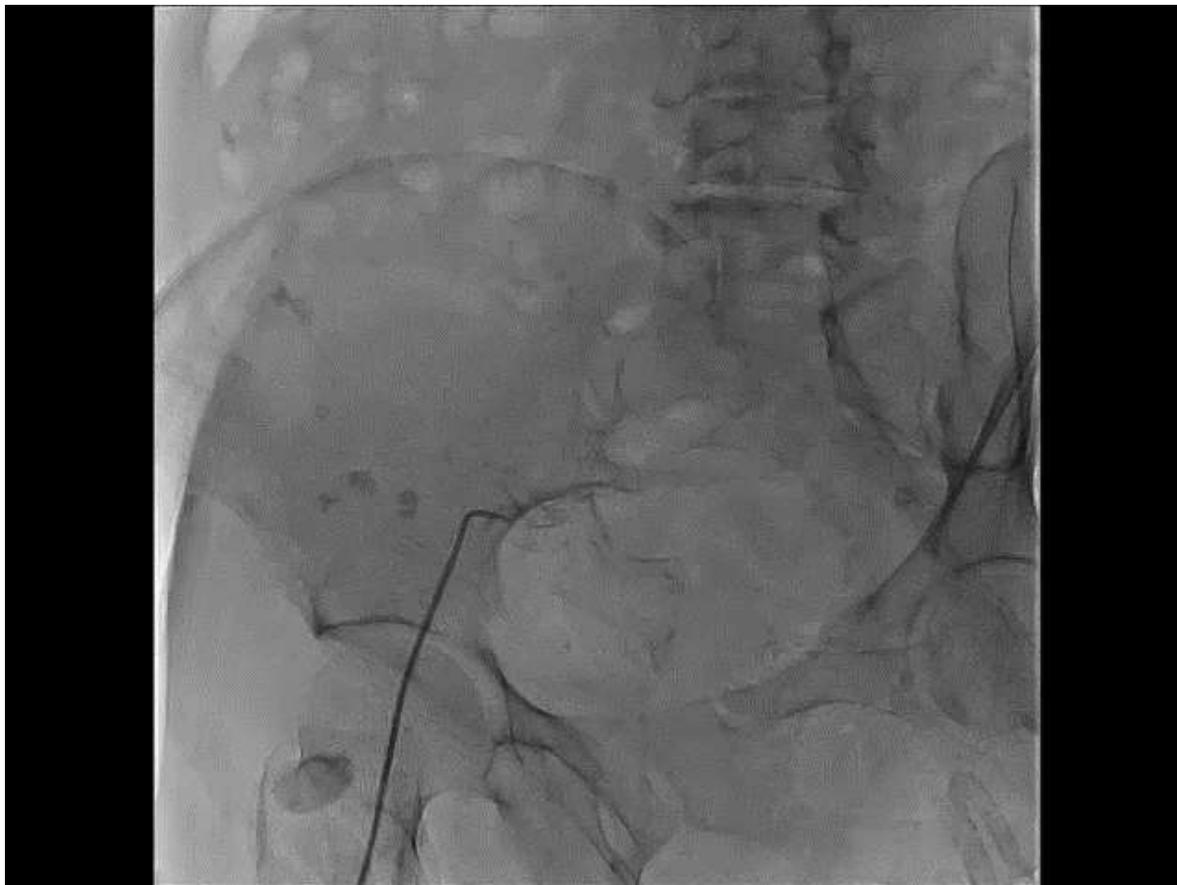
Сравнение лапароскопической и открытой трансплантатэктомии

	Открытая ТЭ (N30)	Лапароскопическая ТЭ (N26)
Время операции	60 мин	120 мин
Кровотечение	3	0
Нагноение в ране	4	0
Активизация на 1 сутки	18	24
Стационарное лечение	8 к/д	4 к/д

Билатеральная лапароскопическая трансплантатэктомия. Первый мировой опыт



Эмболизация трансплантата



- ▶ Применяем только у пациентов с субклиническими и лабораторными признаками хронического отторжения без инфекции мочевых путей



**Спасибо за
внимание!!!**