

УДК 616.36-089--07

Н.М. Даминова, К.М. Курбонов, З.А. Азизов

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”

Азизов Зубайдулло Абдуллоевич – научный сотрудник ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”; г. Душанбе, ул. Камонгарон – 3; E-mail: azizov-med76@mail.ru; тел.: +992 239 89 49; +992 91 68 73 17

Цель исследования. Оптимизация диагностики и хирургического лечения осложнений очаговых и диффузных заболеваний печени.

Материал и методы исследования. Проведены комплексная диагностика и неотложное лечение 180 больных с осложнениями ОиДЗП (эхинококкоз, цирроз, непаразитарные кисты, гемангиома, абсцесс). Мужчин было 105 (58,3%), женщин - 75 (41,7%) в возрасте от 18 до 82 лет.

Проведены клиничко-лабораторные, биохимические исследования крови с определением молекул средних масс (МСМ), продуктов окисления липидов (ПОЛ) малонового диальдегида (МД), диеновых конъюгатов (ДК), а также инструментальные методы исследования, включая УЗИ, ФГДС, ЭРПХГ, рентгенографию брюшной полости, лапароскопию и КТ.

Результаты исследований и их обсуждение. Очаговые и диффузные заболевания печени в большинстве случаев сопровождаются тяжелыми осложнениями в виде: нагноения (33,9%) кровотечения (24,4%), механической желтухи (24,4%) и перитонита (17,3%), требующих неотложной хирургической коррекции.

При выполнении оперативных вмешательств по поводу осложнений ОиДЗП в послеоперационном периоде наблюдается высокая частота развития послеоперационных осложнений (42,7%) и летальных исходов (21,1%).

Заключение. Ранее выявление и своевременное выполнение плановых оперативных вмешательств при очаговых и диффузных заболеваниях печени в значительной степени уменьшают частоту тяжелых осложнений.

Ключевые слова: очаговые и диффузные заболевания печени, хирургические осложнения, диагностика, лечение.

N.M. Daminova, K.M. Kurbonov, Z.A. Azizov

SURGERY OF COMPLICATED DISEASES OF THE LIVER

State Institution “Istiklol Health Complex”

Azizov Zubaydullo Abdulloevich - Scientific employee of the State Institution "Istiklol Health Complex"; Dushanbe, Kamongaron str. 3; E-mail: azizov-med76@mail.ru; tel.: +992 239 89 49; +992 91 68 73 17

Aim. To optimize diagnosis and surgical treatment of focal and diffuse liver diseases complications.

Materials and methods. The study focuses on the results of complex diagnosis and urgent treatment of 180 patients with complications of focal and diffused liver diseases (echinococcosis, cirrhosis, nonparasitic cysts, hemangioma, abscess). 105 (58,3%) of patients were men and 75 (41,7%) women of 18 to 82 age range. Clinical, laboratory and biochemistry tests revealing molecules of middle mass (MMM), lipid oxidation products (LOP), malondialdehyde (MD), conjugated diene (CD) and instrumental methods like ultrasound, EGD, ERPC, abdominal x-ray, laparoscopy and CT were conducted.

Results. Focal and diffused diseases of the liver in most of the cases have severe complications like supuration (33,9%), bleeding (24,4%), mechanical jaundice (24,4%), peritonitis (17,3%) that need urgent surgical correction.

The surgery of complications of focal and diffused diseases of the liver brings to a high frequency of complications in the postoperative period (42,7%) and lethal outcomes (21,1%).

Conclusion. Early diagnosis and timely performance of planned surgeries of focal and diffused diseases of the liver significantly decrease severe complications.

Keywords: focal and diffused diseases of the liver, surgical complications, diagnosis, treatment.

Актуальность. Несмотря на высокий уровень развития современной хирургической гепатологии, проблема хирургического лечения очаговых и диффузных заболеваний печени (ОиДЗП) по-прежнему остается весьма актуальной. Поздняя диагностика и выполнение плановых оперативных вмешательств при ОиДЗП нередко становятся причинами развития тяжелых жизнеугрожающих осложнений [1, 2, 6], которые в ряде случаев требуют неотложного хирургического вмешательства.

Следует отметить, что показанием к неотложной лапаротомии при ОиДЗП являются: наличие кровотечений в желудочно-кишечный тракт и свободную брюшную полость, перитонит, нагноение патологического процесса, а также наличие механической желтухи [2, 5].

Развитие вышеуказанных осложнений ОиДЗП является трагичным для больного, т.к. нередко сопровождаются достаточно высокой послеоперационной летальностью, достигающей 30-50% [4, 5].

Цель исследования. Оптимизация диагностики и хирургического лечения осложнений очаговых и диффузных заболеваний печени.

Материал и методы исследований. За последние 25 лет располагаем опытом комплексной диагностики и неотложного лечения 180 больных с осложнениями ОиДЗП. Мужчин было 105 (58,3%), женщин - 75 (41,7%). Возраст больных составил от 18 до 82 лет. Характер заболеваний и осложнений ОиДЗП, требовавших неотложного хирургического вмешательства, приведен в таблице 1.

Таблица 1

Характер осложнений ОиДЗП (n=180)

Заболевание	Общее количество	Характер осложнений			
		кровотечение	перитонит	механическая желтуха	нагноение
Эхинококкоз печени	95		14	42	39
Цирроз печени	46	37	9	-	-
Непаразитарные кисты печени	25	-	3	-	22
Гемангиома Печени	9	7	-	2	-
Абсцесс печени	5		5		
Всего	180	44	31	44	61

При диффузных заболеваниях печени наиболее частым - 80,4% - показанием к неотложным оперативным вмешательствам являлись пищеводно-желудочные кровотечения, а при очаговых заболеваниях - нагноение патологического процесса (58,7%) и механическая желтуха (42,3%).

Для диагностики ОиДЗП и их осложнений больным проводили клиничко-лабораторные, биохимическое исследования крови с определением молекул средних масс (МСМ), продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), малонового диальдегида (МД), диеновых конъюгат (ДК), а также инструментальные методы исследования, включая УЗИ, ФГДС, ЭРПХГ, рентгенографию брюшной полости, лапароскопию и КТ.

Результаты исследований и их обсуждение. Диагностика осложнений ОиДЗП в ряде случаев представляет сложную проблему, особенно в тех ситуациях, когда общее состояние больных очень тяжелое, и проведение всего комплекса диагностических мероприятий при этом не представляются возможным.

Наиболее частым осложнением очаговых заболеваний печени являлось нагноение патологического

процесса в паренхиме печени, наблюдавшееся у 61 больного (33,9%). Ведущим методом диагностики этого осложнения было проведение УЗИ, которое в 53 случаях (86,9%) оказалось высокоинформативным. В 13,1% случаев наличие нагноения патологического процесса установили на основании КТ. Клинико-лабораторные показатели лишь у 32 больных (52,4%) указывали на наличие интоксикации, выражавшейся в повышении МСМ - $1060 \pm 240,8$ мкг/мг, МДА - $4,9 \pm 41$ мкмоль/мг, ДГ - $5,1 \pm 0,3$ мкмоль/мг.

Синдром механической желтухи наблюдали у 44 больных (24,4%) с очаговыми заболеваниями печени. Причиной ее развития у 42 больных (95,4%) являлся прорыв содержимого эхинококковой кисты в желчные протоки, у 2 (4%) больных желтуха развилась в результате механического сдавления бифуркации общего печеночного протока гигантской гемангиомой, а также вследствие гемолиза крови в сосудистых лакунах опухоли. Наряду с выраженными изменениями клиничко-лабораторных данных (повышения уровня билирубина до $150,2 \pm 20,4$ мкмоль/мл, А/Г коэффициент составил 1,2, МСМ - 1112 ± 180 мкг/мг, имеющие место у 39 больных (88,7%), существенную помощь в установлении дан-

ного осложнения оказало УЗИ и ЭРПХГ, информативность которых составила 94% и 97%.

Тяжелым жизнеугрожающим осложнением ОиДЗП явилось кровотечение, отмеченное у 44 больных (24,4%). При этом у 37 больных (84%) наблюдалось кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта при циррозе печени из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и кардиального отдела желудка. У 7 больных (16%) наблюдалось внутрибрюшное кровотечение в результате спонтанного (5) и травматического (2) разрыва гемангиом печени. Ведущими методами диагностики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка являлись ФГДС, УЗИ, а также клинко-лабораторные и биохимические показатели крови, указывающие на наличие цирроза печени (снижение общего белка до 47,4, коэффициент составил 0,9, повышение уровня ферментов: АлАТ $1,031 \pm 0,07$ ммоль/л, АсАТ $1,23 \pm 0,17$ ммоль/л). Наличие внутрибрюшных кровоизлияний при разрывах гемангиом устанавливали на основании лапароцентеза (3), лапа-

роскопии (2), а также УЗИ (2) при наличии свободной жидкости в брюшной полости.

В 31 случае (17,3%) перитонит являлся осложнением ОиДЗП. Этиологическими моментами его развития были: разрыв эхинококковой кисты в свободную брюшную полость (14), асцит-перитонит (9), травматические разрывы непаразитарных кист (3) и абсцессов печени (5) в свободную брюшную полость. Наличие перитонита у 29 больных (93,6%) устанавливали на основании УЗИ и лапароскопии, а также на основании результатов клинко-лабораторных исследований: МСМ - $1390,8 \pm 230,8$ мкг/мг, МДА - $5,7 \pm 19$ мкмоль/мг, ДК - $6,1 \pm 0,7$ мкмоль/мг.

Показания к хирургическому лечению у больных с хирургическими осложнениями ОиДЗП ставили после комплексной диагностики и предоперационной подготовки больных. Характер оперативных вмешательств, выполненных по поводу осложнений ОиДЗП, приведен в таблице 2.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при ОиДЗП

Характер оперативных вмешательств	Количество	Осложнения
Холедохотомия. Дренирование холедоха по Керу. Эхинококкэктомия. Дренирование брюшной полости.	15	6 (2)
Холецистэктомия. Холедохотомия. Дренирование холедоха по Робсону. Эхинококкэктомия. Дренирование брюшной полости.	10	4 (1)
Холедохотомия с холедоходуоденостомией по Кришнеру. Эхинококкэктомия. Дренирование брюшной полости.	5	2 (1)
ЭПСТ с последующим эхинококкэктомией. Дренирование брюшной полости.	12	3
Открытая эхинококкэктомия. Дренирование брюшной полости.	14	6 (1)
Тотальная перичистэктомия. Дренирование брюшной полости.	15	3 (2)
Субтотальная перичистэктомия. Дренирование брюшной полости.	10	4
Эндоскопическая склеротерапия	12	(3)
Гастротомия. Прошивание кровоточащих расширенных вен.	25	17 (14)
Околоопухолевая резекция.	4	1 (2)
Атипичная резекция печени	3	-
Обшивание гемангиом	2	2 (2)
Субтотальная перичистэктомия. Санация и дренирование тонкой кишки и брюшной полости.	14	5 (3)
Лапаротомия. Санация и дренирование брюшной полости.	7	4 (3)
Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.	2	-
Фенестрация кисты. Дренирование брюшной полости.	15	4 (2)
Перичистэктомия. Санация и дренирование брюшной полости.	10	3
Вскрытие и дренирование абсцесса. Санация и дренирование брюшной полости	5	3 (2)
Всего	180	77 (38)

При нагноении эхинококковых кист (39) и непаразитарных кист печени (22) больным выполняли открытую эхинококкэктомию (14), тотальную (15) и субтотальную перичистэктомию (10). В послеоперационном периоде гнойно-

септические осложнения наблюдалось у 13 больных с 3 летальными исходами. Больным с нагноением непаразитарных кист печени и цистаденоме ограничивались фенестрацией (12) и перичистэктомией (10), при этом стенки кисты постепенно

отделяли от паренхимы печени с поэтапной перевязкой всех трубчатых структур, подлежащих к стенке кисты, с санацией и дренированием брюшной полости. В 20 наблюдениях отмечались гнойно-септические осложнения со стороны ран и брюшной полости с 3 летальными исходами.

Тактика лечения больных с ОиДЗП, осложненными кровотечением, имела свои особенности. Так, 37 больных этой группы составили пациенты с пищеводно-желудочным кровотечением на почве цирроза печени. Следует отметить, что контингент больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка было гораздо больше, однако, в рассматриваемой статье приводятся данные лишь о 44 больных с заболеванием печени, которые были подвергнуты неотложному оперативному вмешательству ввиду неэффективности консервативных мероприятий, проводимых нами согласно рекомендациям А.К. Ермишанцева и соавт. (2006).

Как показали наши наблюдения, массивные кровотечения, обусловленные ВРВ пищевода 3-й степени, с риском развития кровотечения являлись показаниями к операции. При этом гастротомия с прошиванием кровоточащих вен пищевода и желудка выполнена 25 больным. Различные по характеру послеоперационные осложнения наблюдалось у 17 пациентов с 14 летальными исходами, у 12 больных для остановки кровотечения была использована эндоскопическая склеротерапия. Летальный исход наблюдалось в 3 случаях.

Сложную хирургическую ситуацию создали 7 больных с внутрибрюшными кровотечениями, обусловленными разрывом гемангиом печени. Для остановки кровотечения 4 больным выполняли околоопухолевую резекцию печени, 2 пациентам ввиду крайне тяжелого состояния произвели обшивание гемангиом, еще одному больному была произведена атипичная резекция печени. В послеоперационном периоде наблюдалось 3 гнойно-септических осложнения. Из этой группы больных летальные исходы отмечались в 4-х случаях.

Показанием к неотложным оперативным вмешательствам у 44 больных (24,4%) с очаговыми заболеваниями печени явилась механическая желтуха, обусловленная обструкцией желчных протоков эхинококковой кистой и ее фрагментами (22), а также сдавлением желчных протоков гигантской гемангиомой (2). Операция при механической паразитарной желтухе преследовала две цели: 1) декомпрессию желчных путей, восстановление проходимости желчных протоков, купирование явлений холангита; дренирование желчных протоков и обеспечение свободного оттока желчи; 2) удаление эхинококковой кисты и минимальное уменьшение поступления содержи-

мого эхинококковой кисты в желчные протоки. Так, 30 больным выполняли открытые оперативные вмешательства в виде холедохотомии с дренированием желчных протоков по Керу с эхинококкэктомией (15), холецистэктомии с холедохотомией, дренированием холедоха по Робсону с эхинококкэктомией (10) и холедоходуоденостомии по Кришнеру с эхинококкэктомией (5). Послеоперационные осложнения наблюдалось в 12 случаях с 4 летальными исходами. У 12 больных с паразитарной механической желтухой на первом этапе лечения производили эндоскопическую декомпрессию желчных путей и купированием явлений холангита. После чего им выполняли в отсроченном порядке эхинококкэктомию. Осложнения имелись в 3 наблюдениях. Летальных исходов не было. Атипичную резекцию печени выполняли 2 больным с гемангиомой печени, осложнений и летальных исходов не было.

Распространенный перитонит был показанием к лапаротомии при ОиДЗП у 31 больного (17,3%). Во время лапаротомии практически во всех случаях старались ликвидировать источник перитонита, тщательно производили санацию, дренирование брюшной полости и тонкой кишки. При этом 14 больным выполнена субтотальная перицитэктомия с санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки, а у 7 больных при наличии асцит-перитонита ограничили лапаротомией с санацией и дренированием брюшной полости. 2 больным произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. В 8 наблюдениях при лечении распространенного перитонита наряду с вскрытием и дренированием абсцессов печени (5) и фенестрацией кист печени (3) операцию завершали тщательной санацией и дренированием брюшной полости и кист печени (5). В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 12 больных. Умерло 8 больных от интоксикации вследствие перитонита.

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что при выполнении оперативных вмешательств по поводу осложнений ОиДЗП в послеоперационном периоде наблюдается высокая частота развития различных по характеру послеоперационных осложнений (42,7%) и летальных исходов (21,1%), что требует дальнейшего всестороннего поиска путей оптимизации лечения этого тяжелого контингента больных.

Выводы

1. Очаговые и диффузные заболевания печени в большинстве случаев сопровождаются тяжелыми осложнениями в виде: нагноения (33,9%) кровотечения (24,4%), механической желтухи (24,4%) и перитонита (17,3%), требующих неотложной хирургической коррекции.

2. Исход оперативного вмешательства при хирургических осложнениях очаговых и диффузных заболеваний печени во многом зависит от функционального резерва печени, характера и тяжести развившегося осложнения и своевременной его диагностики и лечения.

3. Раннее выявление и своевременное выполнение плановых оперативных вмешательств при очаговых и диффузных заболеваниях печени в значительной степени уменьшают частоту развития тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов С.М., Сафаров Б.Дж., Табаров З.В., Раджабов А.М. Диагностика и хирургическое лечение альвеококкоза печени // Здравоохранение Таджикистана.- 2014.- №1.- С.60-65.

2. Ахмедов С.М., Сафаров Б.Дж., Раджабов А.М., Табаров З.В., Рахимов С.С., Мансуров В.Х., Марсаков П.А. Хирургическое лечение гемангиом печени // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана.- 2015.- №1 (13).- С.3-13

3. Вишневецкий В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А. и др. Современные принципы техники оперативных техники определенных вмешательств на печени //Анналы хирургической гепатологии.- 1996.- Т.1. С. 15-23.

4. Гальперин Э.И., Игнатьев В.Г. Методика резекции печени с помощью интрапаренхиматозного пересечения сосудисто-секреторных ножек без выделения их. //Аналы хирургической гепатологии.- 2005.- №3.- С 108-113.

5. Ерамишанцев А.К., Кищенко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, диагностика и лечебная тактика // Аналы хирургической гепатологии.- 2006.- №2.- С.105-110.

6. Рашидов Ф.Ш., Сангов Д.С. Видеолaparоскопическая эхинококкэктомия печени - первые шаги // Вестник Авиценны.- 2009.- №2.- С.19-23.

7. Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Гүлмурадов Т.Г. Видеозендоскопическая хирургия эхинококкоза печени // Здравоохранение Таджикистана.- 2013.- №3.- С.53-57.

REFERENCES

1. Akhmedov S. M., Safarov B. Dzh., Tabarov Z. V., Radzhabov A. M. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie alveokokkoza pecheni [Diagnosis and surgical treatment of liver alveococcosis]. Zdravookhranenie Tadjikistana - , 2014, No. 1, pp. 60-65.

2. Akhmedov S. M., Safarov B. Dzh., Radzhabov A. M., Tabarov Z. V., Rakhimov S. S., Mansurov V. Kh., Marsakov P. A. Khirurgicheskoe lechenie gemangiom pecheni [Surgical treatment of liver hemangiomas]. Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana - , 2015, No. 1 (13), pp. 3-13

3. Vishnevskiy V. A., Chzhao A. V., Nazarenko N. A. Sovremennye printsipy tekhniki operativnykh tekhniki

opredelennykh vmeshatelstv na pecheni [Modern principles of the technique of operational techniques of certain interventions on the liver]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii - , 1996, Vol. 1, pp. 15-23.

4. Galperin E. I., Ignatyuk V. G. Metodika rezektsii pecheni s pomoshchyu intraparenkhimatoznogo peresecheniya sosudisto-sekretornykh nozhhek bez vydeleniya ikh [The procedure for resection of the liver with the help of intraparenchymal intersection of the vascular secretory parts without isolating them]. Analý khirurgicheskoy gepatologii - , 2005, No. 3, pp. 108-113.

5. Eramishantsev A. K., Kishhenko E. A., Shertsinger A. G., Zhigalova S. B. Krovotечение iz varikozno-rassherennyykh ven pishchevoda i zheludka, diagnostika i lechebnaya taktika [Bleeding from varicose-dilated veins of the esophagus and stomach, diagnosis and treatment tactics]. Analý khirurgicheskoy gepatologii - , 2006, No. 2, pp. 105-110.

6. Rashidov F. Sh., Sangov D. S. Videolaparoskopicheskaya ekhinokokkektomiya pecheni - pervye shagi [Video laparoscopic liver echinococcosis - the first steps]. Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna, 2009, No. 2, pp. 19-23.

7. Sangov D. S., Nazarov F. N., Gulmuradov T. G. Videoendoskopicheskaya khirurgiya ekhinokokkoza pecheni [Video endoscopic surgery of liver echinococcosis]. Zdravookhranenie Tadjikistana - , 2013, No. 3, pp. 53-57.

ХУЛОСА

Н.М. Даминова, К.М. Курбонов, З.А. Азизов

ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ АВОРИЗҶОИ БЕМОРИҶОИ ҶИГАР

Муҳимият. Новобаста аз инкишофи ҷарроҳии муносири ҷигар муаммои табобати бемориҳои ҷузъӣ ва пахнфтаи ҷигар то ҳол муҳим боқӣ мемонад. Ташхиси дермонда ва иҷрои ҷарроҳӣ хангоми бемориҳои ҷузъӣ ва пахнфтаи ҷигар аксар вақт боиси оризаҳои барои ҳаёт таҳдидкунанда мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Муносибгардонии ташхис ва табобати ҷарроҳии оризаҳои мавзей ва пахнфтаи ҷигар.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи ташхис ва табобати 180 бемор бо оризаҳои бемориҳои ҷузъӣ ва пахнфтаи ҷигар (эхинококкоз, сирроз, кистаҳои ғайрипаразитӣ, гемангиома, думмали ҷигар) дар давоми 25 соли охир оварда шудааст. Синни беморон аз 18 то 82 соларо ташкил додааст.

Барои ташхиси бемориҳо усулҳои клиникӣ-ташхисгоҳӣ, биокимиёӣ бо муайян намудани молекулаҳои ҳаҷми миёна (МХМ), маҳсулоти оксидшавии ҷарбҳо (МОЧ), диалдегиди малонӣ (ДМ), коњуатҳои диенӣ (КД) ва ташхиси таҷҳизотӣ - фавқусадой, ФГДС, ЭРПХГ, рентгенографияи ковокии шикам, лапароскопия ва томографияи компютерӣ гузаронида шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Бемориҳои мавзей ва пахнфтаи ҷигар дар аксар ҳолатҳо оризанок мешаванд: фассодгирӣ (33,9%), хунравӣ (24,4%), зардпарвини механикӣ (24,4%), перитонит (17,3%), ки мудохилаи ҷарроҳиро талаб мекунад.

Дар 42,7% ҳолатҳои баъдазҷарроҳӣ оризаҳо мушоҳида карда мешаванд. Марговарӣ дар ин гурӯҳи беморон ба 21,1% баробар аст.

Хулоса. Ташҳиси саривақтӣ ва иҷрои ҷарроҳиҳои нақшавӣ ҳангоми бемориҳои ҷузъӣ ва пахнёфтаи ҷигар

боиси кам гаштани оризаҳои баъдичарроҳӣ ва марговарӣ мегарданд.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои ҷузъӣ ва пахнёфтаи ҷигар, оризаҳои ҷарроҳӣ, ташҳис, табобат.

УДК 616-093/-098

У.А. Достиев, П.Х. Назаров

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ НА ФОНЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ И СЕПСИСА

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Назаров Парвиз Халимович - соискатель кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992901005500; email-salim9115@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов родственной трансплантации почки путем оптимизации лечения бактериальных осложнений.

Материал и методы исследования. В исследование включены результаты 80 аллотрансплантаций родственной почки (АТП), выполненных пациентам с 2011 по 2017 гг. в отделении по пересадке почки ННЦТОиТЧ, а также в отделении трансплантации почки в областной больнице г. Дангары. Среднее время наблюдения после трансплантации почки составило 1276 ± 52 дней. В исследуемой группе было 56 (70%) мужчин, 24 (30%) - женщины. Средний возраст реципиентов на момент выполнения трансплантации почки составил $38,19 \pm 0,917$ лет, медиана возраста - 39,0 лет (14,4 - 62,5 лет), максимальный возраст - 62,5 лет, минимальный - 14,4 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. Проанализированы изменения иммунного статуса реципиентов почек на фоне раневой инфекции и сепсиса. Выявленные изменения подтверждают глубокие нарушения в гуморальном звене иммунитета.

Заключение. При раневой инфекции незначительно изменяется концентрация С3- и С4-компонентов комплемента, а на фоне сепсиса происходит снижение С3-компонента при достоверном повышении С4-компонента, что свидетельствует о запуске альтернативного пути активации комплемента. Наблюдается повышение уровня «осторофазовых» белков при раневой инфекции и при сепсисе.

Ключевые слова: трансплантация почки, сепсис, раневая инфекция.

A.R. Dostiyeu, P.H. Nazarov

IMMUNE STATUS OF PATIENTS AFTER RELATED TRANSPLANTATION OF THE KIDNEY ON THE BACKGROUND OF THE EARLY INFECTION AND SEPSIS

Department of General Surgery No. 1-Head of chain-Boymurodov OS

Nazarov Parviz Halimovich - the applicant of the Department of General Surgery No. 1 of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino.; tel.: +992901005500; email-salim9115@mail.ru

Aim. To improve the results of related kidney transplantation by optimizing the treatment of bacterial complications.

Material and methods. The study included the results of 80 allotransplantations of the related kidney from 2011 to 2017 in the kidney transplant department of the NSCOTT and in the department of kidney transplantation of the Dangara regional hospital. The average follow-up time after kidney transplantation was 1276 ± 52 days. The study group included 56 (70 %) men and 24 (30%) women. The average age of recipients at the time of kidney transplantation was 38.19 ± 0.917 years, the median age was 39.0 years (14.4-62.5 years), the maximum age was 62.5 years and the minimum age was 14.4 years.