

Аутотрансплантація нирки з екстракорпоральною реконструкцією судин при реноваскулярній патології

Кобза І. І., Жук Р. А., Мота Ю. С., Кобза Т. І., Федорів Д. Є., Ярема Я. І., Зубенко О. А., Гречух Л. Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня

Мета. Аналіз 26-річного досвіду реконструкції ниркових судин з аутотрансплантацією нирки при реноваскулярній патології.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 23 пацієнтів (12 чоловіків та 11 жінок, у т.ч. 3 дітей), яким виконали 24 аутотрансплантації нирок у відділенні судинної хірургії та трансплантації Львівської обласної клінічної лікарні за період з 1997 по 2023 роки. Середній вік пацієнтів склав $46,4 \pm 3,8$ р. (від 22 до 73 р.), дітей – від 4 до 17 р. Показання до аутотрансплантації нирки з екстракорпоральною реконструкцією судин включали анеризми сегментарних гілок ниркових артерій у 15 (65,2%), патологію судин у воротах нирки (фібромускулярна дисплазія з істотними стенозами, гіпоплазія, артеріо-венозні мальформації) у 7 (30,4%) хворих, злоякісну інвазію судин нирки в одному (4,3%) випадку. Реконструкції ниркових судин проводили *ex vivo* в умовах холодової консервації розчином ГТК без пересічення сечоводу з подальшою ортотопічною аутотрансплантацією.

Результати. Безпосередні позитивні результати отримали в 19 (82,6%) хворих. У пацієнтів з реноваскулярною гіпер-

тензією вдалося досягнути нормалізації артеріального тиску впродовж 2–8 місяців. Серед післяопераційних ускладнень спостерігали тромбоз судин аутотрансплантату з подальшою нефректомією у 2 (8,7%) хворих, ниркову недостатність, кореговану сеансами гемодіалізу в одному (4,3%), ниркову недостатність, кореговану медикаментозно в одному (4,3%), динамічну кишкову непрохідність в одному (4,3%) випадках. Післяопераційна летальність склала 4,3%.

Висновки

1. Аутотрансплантація нирки з екстракорпоральною реконструкцією судин – ефективний метод комплексного лікування реноваскулярної патології при неможливості класичної реконструкції *in situ* чи ендоваскулярної корекції.

2. Ортотопічна методика аутотрансплантації нирки без пересічення сечоводу дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з неоуретероцистостомією.

3. Застосування трансплантаційної техніки холодової консервації нирки дозволяє виконати реконструкції сегментарних гілок ниркової артерії з використанням мікроваскулярної техніки при відмінній експозиції операційного поля.

Особливості реконструкції судин трансплантату нирки при пересадці від живого родинного донора

Кобза І. І., Жук Р. А., Орел Ю. Г., Федорів Д. Є., Ярема Я. І., Зубенко О. А., Дячишин Б. І., Савронь Р. Б., Бойків І. Д., Коваль А. І., Мота Ю. С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня

Найефективнішим методом ниркозамісної терапії залишається трансплантація донорської нирки, причому результати пересадки від живого донора переважають можливості трупної трансплантації. Принципи безпеки прижиттєвої донорської трансплантації включають адекватний вибір сторони забору нирки з урахуванням її функції, а також архітекtonіки судинної ніжки. Множинні ниркові артерії (МНА), «коротка» права ниркова вена нерідко ускладнюють як процедуру забору, так і саму трансплантацію органу.

Мета. Вивчення особливостей реконструкції судин трансплантату нирки при пересадці від живого донора.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 154 родинних трансплантацій нирки, у т.ч. у 82 чоловіків (53,2%) та в 61 жінки (39,6%) віком від 18 до 48 років (у середньому – $34,7 \pm 7,5$), а також в 11 (7,2%) дітей віком від 4 до 17 р. Для дослідження топографії ниркових

судин та оцінки видільної функції нирок у донорів застосували мультиспіральну комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням. Класичне формування анастомозів судин трансплантату передбачало використання внутрішньої клубової артерії та зовнішньої клубової вени в дорослих з проксимальними варіаціями в дітей. Хірургічні особливості включали реімплантацію додаткової артерії або формування спільного гирла при МНА, резекцію виявленої асимптомної анеризми, видовження «короткої» правої ниркової вени трансплантату стегноюю або внутрішньою клубовою веною реципієнта.

Результати. Прохідність судинних реконструкцій досягнута в 99,35%, в одному (0,65%) випадку невиявлені проксимальні посттромботичні зміни призвели до ургентної трансплантатектомії. У 2 (1,3%) хворих під час ревізії ран зупинено кровотечі. Використання аутовенозних шунтів для корек-

ції МНА чи видовження «короткої» стегнової вени трансплантату ускладненнями не супроводжувалося.

Висновки

МСКТ з КП можна вважати «золотим стандартом» перед-трансплатаційного обстеження судин трансплантату в родинного донора нирки.

Варіабельність НА та супутня патологія можуть спричинити зміни стандартної хірургічної тактики при заборі трансплантату нирки, проте не впливають на остаточний результат пересадки.

Гігантоклітинний артеріїт як рідкісна причина екстракраніальної аневризми внутрішньої сонної артерії

Кобза І. І., Мота Ю. С., Вовк В. І., Щепітко О. С., Мірчук М. З.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня,
Україно-Польський центр серця «Львів»

Вступ. Гігантоклітинний артеріїт (ГКА) – системний гранулематозний васкуліт невідомої етіології з ураженням артерій великого та середнього калібру. Відомим клінічним фенотипом ГКА є скроневий артеріїт (хвороба Хортон), однак, приблизно у третини хворих спостерігається екстракраніальна локалізація васкуліту із залученням аорти та її проксимальних гілок – сонних, підключичних, аксиларних артерій, що загрожує їх розшаруванням та аневризматичним розширенням. Труднощі діагностики ГКА обумовлені неспецифічною симптоматикою при екстракраніальній локалізації або відсутністю клінічних проявів ураження гілок дуги аорти при класичному скроневому васкуліті. У літературі зустрічається декілька публікацій, в основному – поодинокі клінічні випадки, що описують розшарування сонних та хребцевих артерій при ГКА з розвитком важких церебральних ішемічних ускладнень.

Мета. Покращення діагностики та хірургічного лікування екстракраніальних аневризм сонних артерій (ЕАСА) на тлі ГКА.

Клінічний випадок. У нашому клінічному спостереженні, у 57-річної хворої, на підставі результатів клінічного обстеження, інструментальних методів досліджень встановле-

но діагноз псевдоаневризми лівої внутрішньої сонної артерії (ВСА), що стало безпосереднім показанням до хірургічного лікування – резекції псевдоаневризми з редресацією ВСА. Використана методика реконструкції з косим відсіченням ВСА, резекцією аневризми, формуванням анастомозу в формі еліпсу та постійною фіксацією дистальної інтими дозволяє попередити виникнення розшарування, рестенозу, аневризму анастомозу у віддаленому післяопераційному періоді. При патологогістологічному дослідженні у хворої підтверджено ГКА ВСА. Аналізуючи вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, ми знайшли лише один опис клінічного випадку ЕАСА при ГКА, що вказує на унікальність даної патології та неспецифічність клінічних проявів [6]. Даний клінічний випадок підтверджує переваги відкритого хірургічного лікування ЕАСА, що не тільки дозволяє здійснити оптимальну реконструкцію на каротидному басейні, але й встановити етіологію захворювання.

Висновок. Реконструктивна хірургія ЕАСА – високоефективний метод лікування, що дозволяє не лише попередити розвиток важких ускладнень, але й встановити рідкісну етіологію захворювання.

Розшарування екстракраніального відділу сонних та хребцевих артерій

Кобза І. І., Мота Ю. С., Кобза Т. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня

Вступ. Розшарування екстракраніального відділу сонних та хребцевих артерій (ХА) – рідкісна судинна патологія, що є найчастішою причиною ішемічного інсульту серед пацієнтів молодого віку. У 25% хворих, молодших 45 років, з підтвердженим ішемічним інсультом діагностують розшарування шийних артерій (РША). У більшості пацієнтів з РША клінічні прояви – неспецифічні, а загальноприйняті діагностичні методи не завж-

ди розпізнають дану патологію. На сьогодні вибір оптимального методу лікування залишається дискусійним, особливо – питання вибору антиагрегантної та антикоагулянтної терапії, доцільність ендоваскулярного та хірургічного підходів.

Мета. Проаналізувати результати комплексного лікування хворих із розшаруванням екстракраніального відділу сонних та хребцевих артерій.