

2. Учитывая высокие диагностические возможности ультразвукового метода в выявлении опухолей почки, рекомендуем всем пациентам проходить ультразвуковое исследование почек не реже 1 раза в год.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Суконко, О. Г. Руководство по онкологии : в 2 т. / Под общ. ред. О. Г. Суконко. – Минск : Беларус. энцыкл. імя П. Броўкі, 2016.– Т. 2, Кн. 2. – С. 62–80.
2. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. – 286 с.
3. Клиническая онкология : справ. пособие / С. З. Фрадкин [и др.] ; под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. – Минск : Беларусь, 2003.– С. 563–575.
4. Капустин, С. В. Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии / С. В. Капустин, Р. Оуен, С. И. Пиманов. – Минск : Издатель А. Н. Вараксин, 2007. – С. 88–92.
5. Митьков, В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В. В. Митьков.– М. : Видар-М, 2003. – С. 387–393.

**УДК 616.61-089.843-003.24-07**

*Т. И. Евдочкова, В. Д. Селькина, Ю. Г. Шамренко*

**Государственное учреждение**

**«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины  
и экологии человека»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОЦЕЛЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

#### ***Введение***

Ультразвуковое исследование (УЗИ) сегодня является основным методом визуализации трансплантата почки. Использование ультразвуковых волн позволяет в реальном времени получить ответы на основные вопросы, встающие перед клиницистом: характеристики размеров, структуры, гемодинамики и уродинамики трансплантатов [1].

Согласно данным медицинской литературы, лимфоцеле ложа трансплантата является наиболее частым хирургическим осложнением после трансплантации почки, частота которого варьирует от 0,5 до 20% [2]. Лимфоцеле относится к ранним (1–4-я нед.) и поздним (4–12-я нед.) осложнениям после трансплантации почки [3].

#### ***Цель***

Демонстрация клинического случая осложнения после трансплантации почки – клинически значимого лимфоцеле больших размеров, алгоритм его диагностики и лечения.

#### ***Материалы и методы исследования***

Пациент Б., 33 лет, поступила в хирургическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») для трансплантации почки с диагнозом основной: диабетическая нефропатия с исходом в нефросклероз на фоне сахарного диабета тип 1; осложнения основного: ХБП 5 стадия Т. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма. ОИ – диабетическая пролиферативная ретинопатия, лазеркоагулированная.

В соответствии с протоколом обследования реципиентов в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» было проведено полное ультразвуковое обследование, в том числе и УЗИ почек: правая почка расположена ниже обычного уровня, размеры 8,0×3,6 см, паренхима истончена, р. до 1.0 см. Левая почка: размеры 7,8×3,6 см, паренхима истончена, р. до 1.1 см. Эхогенность паренхимы повышена, эхоструктура однородная. Собирательная система обеих почек не расширена. Дополнительные образования не визуализируются. Надпочечники не визуализируются. Заключение: эхопризнаки правостороннего нефроптоза, двустороннего нефросклероза.

Была успешно проведена операция по трансплантации почки в правую подвздошную область 19.06.2023 г. Выписана 04.07.2023 г. в удовлетворительном состоянии.

Обратилась к нефрологу ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» с жалобами на слабость около 2 нед., эпизоды тошноты и рвоты, боли в проекции трансплантата и незначительный отек правой нижней конечности 18.09.2023 г. При плановом осмотре обнаружены изменения в анализах мочи (бактериурия), крови (рост мочевины, креатинина до 350 мкмоль/л, гипонатриемия, гипохлоремия). Пациентка госпитализирована с целью дообследования и лечения.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

При проведении ультразвукового исследования в момент поступления: перфузия трансплантата удовлетворительная; определяются признаки гидронефроза трансплантата; мочевого пузырь пуст; медиальнее трансплантата, между трансплантатом и мочевым пузырем определяется жидкостное образование размером 13,6×11,5 см, объемом около 950 мл с неоднородным содержимым за счет мелкодисперстной взвеси.

Проведено дренирование жидкостного образования; получено 1300 мл светло-желтой жидкости, установлен дренаж. Жидкость направлена в клиническую лабораторию на определение креатинина и мочевины. Результаты: мочевина 20,4 mmol/L, креатинин 285 umol/L.

На следующий день было проведено контрольное УЗИ трансплантата: сохраняется гидронефроз; медиальнее трансплантата, между трансплантатом и мочевым пузырем определяется жидкостное образование размером 2,6×1,2 см, в просвете определяется дренаж.

При динамическом наблюдении в течение недели отмечалось нарастание жидкостного образования объемом до 400 мл с наличием функционирующего дренажа.

Проведена лапароскопическая фенестрация лимфоцеле трансплантата, что является «золотым стандартом» лечения лимфатических скоплений в ложе трансплантата почки [4, 5].

Проведена ревизия органов брюшной полости: в правой подвздошной области определяется субперитонеальное жидкостное скопление до 15 см в диаметре без четких границ. Рассечена брюшина над жидкостным скоплением, вскрыта полость со светло-желтым содержимым до 200 мл. Содержимое аспирировано. Сформировано окно в париетальной брюшине. В малый таз установлен дренаж.

Через 2 дня на УЗИ: между трансплантатом и мочевым пузырем определяется жидкостное скопление с капсулой, анэхогенным однородным содержимым объемом 800 мл.

Проведено повторное дренирование под ультразвуковым контролем, удалено 500 мл жидкости, установлен дренаж.

Через неделю после удаления дренажа вновь определяется нарастание объема жидкостного образования до 500 мл с сохраняющимся гидронефрозом трансплантата.

Была проведена релапароскопическая фенестрация. На УЗИ в операционной визуализирован почечный трансплантат и прилежащее к нему жидкостное скопление, про-

должающееся в таз. Ревизия органов брюшной полости: в малом тазу умеренный спаечный процесс, фенестрация брюшины от 11.10.2023 г. спаяна, сращена плотной рубцовой тканью. УЗ-ножницами рассечена брюшина, вскрыта полость с серозным содержимым. Содержимое удалено (около 500 мл). Сформировано окно в париетальной брюшине. В малый таз установлен дренаж.

При последующих контрольных УЗИ трансплантата происходило уменьшение гидронефроза трансплантата и отсутствие жидкостного образования.

### **Заключение**

Данное клиническое наблюдение демонстрирует пример формирования лимфоцеле после трансплантации почки в позднем периоде. Оно доказывает диагностическую значимость и эффективность ультразвукового метода исследования. Своевременная коррекция данного осложнения позволяет устранить его последствия. Проведенная лапароскопическая фенестрация брюшины способствовала устранению компрессии трансплантата и восстановлению пассажа мочи, а также ликвидации лимфостаза, что выразилось в отеке правой нижней конечности. Динамическое ультразвуковое наблюдение позволило оценить эффективность проведенного лечения.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Калачик, О. В. Трансплантация почки: основные хирургические методы, ультразвуковая визуализация и минимально инвазивная коррекция патологии аллографта почки / О. В. Калачик, А. М. Федорук. – Минск : Парадокс, 2016. – С. 7–8.
2. Хамидова, Л. Т. Лимфоцеле ложа трансплантата: клиническое наблюдение / Л. Т. Хамидова [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2023. – № 2. – С. 117.
3. Федорук, А. М. Основы ультразвукового исследования трансплантата почки / А. М. Федорук // Здоровоохранение. – 2006. – № 2. – С. 50–51.
4. Калачик, О. В. Обзор минимально инвазивных методов коррекции хирургических осложнений трансплантации почки / О. В. Калачик // Инновационные технологии в медицине. – 2018. – № 2. – С. 143.
5. Khauli, R. B. Post-transplant lymphoceles: a critical look into the risk factors, pathophysiology and management / R. B. Khauli // The J. of Urol. – 1993. – Vol. 150, № 1. – P. 22–26.

**УДК 617.557-007.43-089:[611.631:612.189]-053.9**

**С. А. Жук, Е. А. Файзулова, С. М. Смотрин**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

## **ВЛИЯНИЕ ОТКРЫТЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ НА ОБЪЕМ ЯИЧКА ПРИ КОСЫХ И ПРЯМЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

### **Введение**

На современном этапе развития хирургии при лечении паховых грыж «натяжные» методы хирургического лечения постепенно вытесняются современными «ненатяжными» методами [3]. В настоящее время в структуре натяжных методов герниопластики в Гродненской области ведущее место занимает герниопластика по методу Бассини, а среди атензионных – операция Лихтенштейна и атензионная герниоластика, разработанная в клинике хирургических болезней № 2 [1].