

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Автандилов, Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. М.: Медицина, 1990. 384 с.
2. Андреев И. А. Оценка размеров боковых желудочков головного мозга на основе МРТ у мужчин и женщин зрелого возраста, имеющих различную форму черепа и соматотип / И. А. Андреев // Математическая морфология. Электронный математический и медико-биологический журнал. 2008. Т. 7, № 3.
3. Гайворонский, И. В. Функциональная анатомия нервной системы: учеб. пособие / И. В. Гайворонский, А. И. Гайворонский, Г. И. Ничипорук. СПб.: СпецЛит, 2016. 16 с.
4. Пукас, Ю. В. Методы нейровизуализации в диагностике черепно-мозговой травмы. Часть 1: Компьютерная и магнитно-резонансная томография / Ю. В. Пукас, Е. В. Григорьева // Нейрохирургия. 2014. № 2. С. 7–16.

**УДК 616.61-089.843-036.88**

**СРАВНЕНИЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧКИ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА НА «BACK TABLE» С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЯМИ**

**Жарикова А. О., Ананченко О. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Лечение терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) относится к числу наиболее актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено неуклонным ростом числа пациентов, страдающих ТХПН и нуждающихся в заместительной почечной терапии [1].

Наиболее перспективным методом лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности на сегодняшний день остается аллотрансплантация почки, позволяющая не только сохранить жизнь пациентам на максимально длительный срок, но и наилучшим образом обеспечить их медицинскую и социальную реабилитацию [2].

Обработка трансплантата на отдельном столе (back-table preparation) является важным шагом в процессе трансплантации: донорскую почку извлекают из тройных пакетов, помещают в стерильный снег. Аккуратно разделяются все элементы почечной ножки. Сосуды подготавливаются к наложению анастомозов. Удаляются лишние ткани — участки жировой капсулы почки, ткани надпочечника, поджелудочной железы (особенно при изъятии почки у трупа). На отдельном столе может быть выполнена биопсия почки. Подозрительные поражения паренхимы также требуют биопсии. Необходимо выявить количество, качество и целостность почечных сосудов и мочеточников. В воротах почки должны быть перевязаны лимфатические сосуды. Необходимо оценить качество интимы донорской почечной артерии. При трансплантации почки от посмертного донора необходимо определить качество аортальной площадки. Если виден тяжелый атероматоз площадки, устья или дистальной части почечной артерии, то аортальная площадка и (или) дистальная часть почечной артерии могут быть отсечены, чтобы обеспечить лучшее качество донорской почечной артерии для имплантации [3, 4].

**Цель**

Сравнить летальные исходы среди пациентов, трансплантация почки которых была осложнена реконструкцией на back table с летальными исходами пациентов, перенесшими неосложненную трансплантацию.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 319 медицинских карт пациентов, перенесших операцию по трансплантации почки на базе хирургического отделения (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Трансплантация была выполнена 194 (60,82 %) мужчинам и 125 (39,18 %) женщинам. Средний возраст пациентов составил  $45 \pm 12,03$  лет, минимальный возраст — 19 лет, максимальный — 71 год. Статистическая обработка данных проводилась в программах «Microsoft Excel 2016», «Statistica» 8.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ медицинских карт установил, что из 319 карт у 33 (10,34 %) пациентов была выполнена реконструкция на back table в связи со сложной анатомией сосудов трансплантата. У 23 (69,7 %) трансплантатов — 2 рядом расположенные артерии на одной аортальной площадке, у 6 (18,18 %) трансплантатов — сформирована одна аортальная площадка, иссечение аневризмы почечной артерии с пластикой у 1 (3,03 %) трансплантата, нижняя полюсная почечная артерия (рисунок 1) 2 мм в диаметре вшита в основной ствол почечной артерии анастомозом «конец-в-бок» у 1 (3,03 %) трансплантата, исполнение 2-х отдельных анастомозов у 1 (3,03 %) трансплантата. В 100 % случаев почечная артерия была анастомозирована с наружной подвздошной артерией.

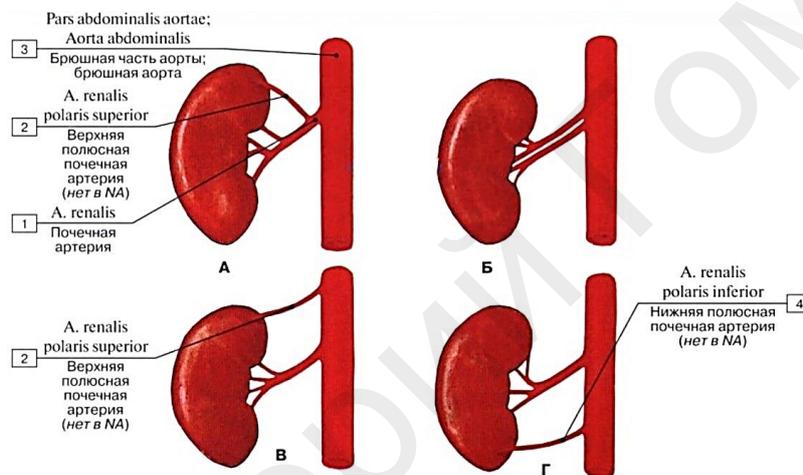


Рисунок 1 — Варианты отхождения почечных артерий

Среди пациентов (33 пациента), перенесших осложненную реконструкцией трансплантацию почки в стационаре, умерло 4 (12,12 %) человека, причины смерти которых могут быть связаны с вмешательством (сепсис, ТЭЛА, отторжение трансплантата). Среди пациентов без реконструкции (286 пациентов) умерло в стационаре 8 (2,8 %) человек, причины смерти которых могут быть связаны с вмешательством (сепсис, полиорганная недостаточность, пневмония, ТЭЛА).

Пациенты, умершие в стационаре с реконструкцией на back table и без нее находились в одном возрастном диапазоне — 42–64 года.

Стоит отметить, что среди пациентов с такими хирургическими и терапевтическими осложнениями, как стеноз анастомоза, уринома, раневая инфекция, гематома, ЦМВИ, рвота, никто не умер [5].

### Выводы

По результатам исследования прослеживается взаимосвязь между проведенной сложной реконструкцией почечного трансплантата на back table и летальным исходом в сравнении с классической операцией, не осложненной реконструкцией сосудов трансплантата ( $p = 0,029$ ). Летальный исход чаще на 9,32 % у пациентов, операция которых включала реконструкцию трансплантата, чем у пациентов, у которых анатомия сосудистого русла почечных трансплантатов не осложнена дополнительными неклассическими сосудами.

Вероятнее всего, повышенная частота смертей пациентов, перенесших такие осложненные реконструкцией операции, объясняется изменением гемодинамики

трансплантата, в сравнении с той, что была у донора. Наличие дополнительных анастомозов с использованным в их создании шовным материалом вносит дополнительные риски развития инфекции, а создание дополнительного адинамического рельефа в виде стенок соусть артерий, объединенных в одну, повышает риск тромбообразования путем усиленной инициации турбулентного кровотока.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Варианты реконструкции и наложения сосудистых анастомозов при родственной трансплантации почки с множественным кровоснабжением / С. Ю. Епифанов [и др.] // Трансплантология. 2009. № 2. С. 18–21.
2. Вопросы трансплантации органов: учеб. пособие / А. В. Колсанов [и др.]. М., 2008. 118 с.
3. Значение аномалий развития сосудов почки при проведении трансплантации / А. В. Тобохов [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 4. С. 39–41.
4. Клинические рекомендации: Трансплантация почки, наличие трансплантированной почки, отмирание и отторжение трансплантата почки (проект актуализированных национальных клинических рекомендаций по профилю «трансплантация», 2020 г.) / Профессиональная ассоциация: Общероссийская организация трансплантологов «Российское трансплантологическое общество». URL: <http://transpl.ru/specialists/rto/> (дата обращения 10.03.2022).
5. Трансплантация почки: Клинические рекомендации Европейской Ассоциации Урологов, 2010 / T. Kable [и др.]; пер. с англ.; под ред. Д. В. Перлина. М.: АБВ-Пресс, 2010. С. 100.

УДК 621.395.623.65:378.6-057.875(476.2)

### ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМНЫХ И ВСТАВНЫХ НАУШНИКОВ НА ОСТРОТУ СЛУХА У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Камрукова Я. В., Казакевич С. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Кравцова**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

На сегодняшний день люди все чаще стали использовать наушники для прослушивания музыки, обучения, общения и т. д. Ими пользуются люди разной возрастной категории и во всем мире. В последнее время популярными стали вакуумные и вставные наушники. Но из-за своих малых размеров и плохой звукоизоляции они не способны обеспечить хороший звук. Поэтому люди, находясь в шумных местах, особенно в транспорте, увеличивают громкость на устройстве. Прослушивание музыки в наушниках на высокой громкости будет оказывать травмирующее действие на структурные компоненты слухового анализатора. Особенно чувствительными являются рецепторные волосковые клетки, расположенные в кортиевоом органе.

Прослушивание громкой музыки, шумные места, возраст, а также прием токсических лекарств могут наносить необратимые повреждения волосковым клеткам. Гибель этих клеток может привести к потере слуха.

Исследования, проведенные американскими учеными, доказали, что при остром шумовом действии страдают не только волосковые клетки, но и волокна слухового нерва. Это приводит к немедленной гибели нейронов, которые отвечают за передачу слуховой информации в мозг. Чарльз Либерман с соавторами выяснили, что сильный шум, превышающий порог слышимости, необратимо повреждает те волокна слухового нерва, которые проводят акустическую информацию в мозг [2].

Последующее действие шума будет приводить к суммации повреждений слухового нерва, отчего в дальнейшем такие способности как преобразование воспринятого и анализ услышанного будет ухудшаться. К первым признакам