

2. [A meta-analysis study of laparoscopic versus open splenectomy with or without esophago-gastric devascularization in the management of liver cirrhosis and portal hypertension](#) / X. Zheng [et al.] // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2015. – Vol. 25, N2. – P. 103-111.

3. Comparison of open, laparoscopic, and hand-assisted laparoscopic devascularization of the upper stomach and splenectomy for treatment of esophageal and gastric varices: a single-center experience / T. Akahoshi [et al.] // Asian J Endosc Surg. – 2014. – Vol. 7, N2. P. 138-144.

4. Prevention and treatment of hemorrhage during laparoscopic splenectomy and devascularization for portal hypertension / W.J. Wang [et al.] // J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci. – 2015. – Vol. 35, N1. – P. 99-104.

## ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Могилевец Э.В.<sup>1</sup>, Батвинков Н.И.<sup>1</sup>, Петельский Ю.В.<sup>2</sup>, Визгалов С.А.<sup>2</sup>, Поволанский Ю.И.<sup>2</sup>, Камарец А.М.<sup>2</sup>, Сончик А.К.<sup>2</sup>, Пышко А.Я.<sup>2</sup>, Хмара В.В.<sup>2</sup>, Баркова О.Н.<sup>2</sup>, Абрамович С.П.<sup>1</sup>, Шкель Е.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

**Актуальность.** Трансплантация почки является наиболее эффективным видом помощи для пациентов с терминальными стадиями заболеваний почек. В настоящее время данный вид оперативного вмешательства является широко распространенным и доступным в развитых странах [1,2]. Внедрение современных методик мониторинга пострасплантиционного иммунитета, функции почечного аллографта, своевременная диагностика и контроль в послетрансплантационном периоде специфических инфекционных и неинфекционных осложнений будут способствовать улучшению результатов данного высокотехнологичного вида лечения [3].

**Цель.** Анализ результатов пересадки почки в Гродненской областной клинической больнице.

**Материалы и методы.** За период с февраля 2013 года по ноябрь 2015 в отделении хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации выполнено 65 пересадок почек. Мужчин было 35, женщин 30. Средний возраст составил Me (25%;75%) - 44 (34; 54) года. Пациентам проводилось определение групп крови по системам ABO и фенотипирование вида резус антигена и по системе Kell, HLA-типирование I класса (HLA-A, B) и II класса (HLA-DR), 1 раз в 3 месяца определялись предсуществующие HLA антитела. Рутинно выполнялись общий анализ крови, общий анализ мочи при ее наличии, биохимический анализ крови. Исследовались показатели гемостаза. Производилось бактериологическое исследование мочи, бактериологическое исследование мокроты. Пациентам выполнялись ФГДС, ЭКГ, профиль артериального давления, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости и почек, доплер-УЗИ подвздошных сосудов, рентгенография органов грудной клетки, вирусологическое обследование методом ПЦР-ДНК и методом ИФА(Ig G и Ig M), комплекс серологических реакций на сифилис, обнаружение антител к ВИЧ, кожный туберкулиновый тест, консультации смежных

специалистов. Периоперационное медикаментозное сопровождение проводилось согласно клиническому протоколу.

**Результаты и их обсуждение.** Время проведения различных видов почечно-заместительной терапии до трансплантации составило Me (25%;75%) - 28 (17; 55) месяцев, время нахождения в листе ожидания трансплантации – Me (25%;75%) - 14 (9; 26) месяцев. В большинстве случаев операция гетеротопической аллотрансплантации почки протекала без технических особенностей. На операции подготовки почечного трансплантата «back table» осуществлялось удаление паранефральной клетчатки, перевязка с прошиванием надпочечниковой и гонадной вен левостороннего донорского органа и удлинение сосудов за счет перевязки ветвей почечной артерии и вены. При этом чаще выявлялся анатомический вариант с наличием одной магистральной артерии и вены. Операция трансплантации в большинстве случаев производилась в правую подвздошную область с анастомозированием донорских артерии и вены конец в бок в наружные подвздошные артерию и вену реципиента. Выбор обуславливало более поверхностное расположение подвздошных сосудов, а также их удовлетворительное функционирование по данным УЗИ исследования. При этом вена анастомозировалась конец в бок четырьмя нитями пролен 5-0 по четырехточечной методике, а артерия непрерывным обвивным швом нитью пролен 6-0 по методике «парашюта». После этого формировался арефлюксный мочеточниково-пузырный анастомоз по методике Лича-Грегуара монофиламентной нитью с длительным сроком рассасывания дарвин 5-0. У 18 пациентов вариантная сосудистая анатомия артерии либо вены почечных аллотрансплантатов потребовала дополнительно использования микрохирургической техники с целью реконструкции магистральных сосудов. Продолжительность операции равнялась Me (25%;75%) - 3,45 (3; 4) часа. Продолжительность нахождения в стационаре составила Me (25%;75%) - 14 (11; 18) дней. Ранняя послеоперационная летальность составила 3,1% (2 случая) и была обусловлена в одном случае острой сосудистой недостаточностью, в другом наблюдении тромбозом сосудов кишечника. У одного пациента с избыточной массой тела диагностировано острое отторжение почечного трансплантата. Интенсификация иммуносупрессивной терапии не привела к купированию данного осложнения, что послужило показанием к выполнению трансплантэктомия с возобновлением сеансов гемодиализа. В позднем послеоперационном периоде у данного пациента наступило обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (12-пк) с развитием рецидивирующих кровотечений из язв. Комплексное консервативное лечение, своевременное выполнение оперативных вмешательств позволили избежать ранней и поздней послеопера-

ционной летальности, однако полиорганная недостаточность, несмотря на проводимое этапное лечение, явилась причиной смерти в отдаленном послеоперационном периоде.

**Выводы.** Результаты трансплантации почки в Гродненской областной клинической больнице соответствуют статистическим данным большинства трансплантационных центров. Требуется дальнейшего совершенствования протокол ведения пациентов в перитрансплантационном периоде с целью своевременной профилактики, диагностики и коррекции различных осложнений.

#### Литература

1. Ebpq Expert Group on Renal Transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Longterm management of the transplant recipient // Nephrol Dial Transplant. – 2002. – Vol. 17, Suppl 4. – P. 1-67.
2. [Efficacy and Safety of Basiliximab Versus Daclizumab in Kidney Transplantation: A Meta-Analysis](#) / Z.J. Sun [et al.] // Transplant Proc. – 2015. – Vol. 47, N8. – P. 2439-2445.
3. ARDALAN, M.R. GLOBAL SCIENTIFIC VISION WITH LOCAL VIGILANCE: RENAL TRANSPLANTATION IN DEVELOPING COUNTRIES / M.R. ARDALAN // NEPHROUROL MON. – 2014. – VOL. 20, N7. – P. 22653.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.

*Могильникая О.Э., Егорова Т.Ю.*

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — наиболее частая эндокринная патология, встречающаяся у 8-10% женщин репродуктивного возраста, у 73% женщин с ановуляторным бесплодием и у 85% женщин с гирсутизмом [3]. В настоящее время СПКЯ рассматривается как гетерогенная патология, характеризующаяся ожирением, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, нарушением гонадотропной функции, инсулинорезистентностью, увеличением размеров яичников и особенностями их морфологической структуры [4]. Заболевание имеет высокое социальное значение, приводя к нарушениям репродуктивной функции - первичному бесплодию, что снижает качество жизни женщин и ведет к более частому развитию депрессии у молодых пациенток [5].

**Цель исследования:** определить частоту встречаемости СПКЯ среди женщин фертильного возраста с бесплодием в анамнезе.

**Материалы и методы:** обследовано 56 женщин фертильного возраста с бесплодием. На этапе скрининга проводились сбор анамнеза, антропометрическое, общеклиническое и гинекологическое обследование, оценка выраженности гирсутизма, ультразвуковое сканирование матки и яичников, гормональное обследование. Для определения типа ожирения рассчитывали индекс массы тела. Степень выраженности гирсутизма оценивали по шкале Ferriman –