

временем рН в пищеводе < 4,0 ед., мин., являются уровень субъективного контроля в сфере неудач, достижений и здоровья.

3. Обнаружена обратная корреляционная взаимосвязь между временем рН в пищеводе < 4,0 ед. и выраженностью алекситимии ($r = -0,368$; $p = 0,002$).

Библиографический список

1. Исаков И.А. Терапия «по требованию» гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: проблемы и перспективы / И.А. Исаков // Клиническая фармакология и терапия. — 2005. — №1. — С. 1-5.
2. Ивашкин В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей, руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений / В.Т. Ивашкин. — М., 2003. — 30 с.
3. Kamolz Th. Gastroesophageale Refluxkrankheit — eine psychologische Betrachtungsweise [электронный ресурс] / Th. Kamolz, F.A. Granderath, R. Pointner // J. für Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen. — 2003. — №6. — Режим доступа: <http://www.kup.at/gastroenterologie>.
4. Антоненкова О.М. Аффективные и тревожные расстройства у пациентов с ГЭРБ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.М. Антоненкова. — М., 2003. — 22 с.
5. Ивашкин В.Т. Болезни пищевода и желудка: Краткое практическое руководство / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. — М., 2002. — 143 с.
6. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан. — М., 1999. — 32-55 с.
7. Будневский А.В. Алекситимия / А.В. Будневский, О.В. Лышова, В.М. Проворотов, Ю.М. Чернов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — №6. — С.66-70.
8. Гаранян Н.Г. Концепция алекситимии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — № 1. — С. 128-145.

9. Бажин Е.Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд // Психологический журнал. — 1984. — т.5. — № 3. — С. 152-162.

10. Fass R. Gastroesophageal reflux disease — should we adopt a new conceptual frame work? [Электронный ресурс] / R. Fass, J.J. Ofman // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — № 97. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

11. Anxiety an depression related to the symptoms of gastroesophageal reflux disease [Электронный ресурс] / Xu Z.J., Duan L.P., Wang K., Lin S.R. // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. — 2005. — № 85. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

12. Peterson C. Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty — five year longitudinal study [Электронный ресурс] / C. Peterson, M.E.P. Seligman, G. Vaillant // Journal of Personality and Social Psychology. — 1988. — № 55. — Режим доступа: <http://www.pubmed.gov>.

ЖУРАВЛЕВА Ирина Александровна, ассистент кафедры общей врачебной практики.

ОСТАПЕНКО Владимир Артемьевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии.

КАРЛОВСКАЯ Наталья Николаевна, к.п.н., доцент, заведующая курсом психосоматики.

СТАСЕНКО Владимир Леонидович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой эпидемиологии.

КАЗАКОВА Александра Вадимовна, к.м.н., старший научный сотрудник.

Дата поступления статьи в редакцию: 10.03.06 г.

© Журавлева И.А., Остапенко В.А., Карловская Н.Н., Стасенко В.А., Казакова А.В.

УДК 611.146.2:616-089.843

К. К. ГУБАРЕВ
В. В. МУСОХРАНОВ
М. В. БОРИСЕНКО

Омская государственная
медицинская академия

ТИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

В исследовании проанализировано наблюдение типов формирования почечных вен, что имеет огромное значение при заборе органа и подготовке его к трансплантации.

Трансплантация почки на сегодняшний день является общепризнанным методом замещения утраченной функции почек у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) [1]. Число больных, нуждающихся в трансплантации почки, растет значительно быстрее, чем количество выполняемых операций. Одним из путей решения данной проблемы является увеличение продолжительности функционирования трансплантата, прежде всего за счет снижения частоты возникновения осложнений и повышения эффективности их коррекции [1].

Развивающаяся трансплантация почки ставит перед морфологами, физиологами и клиницистами

новые задачи по дальнейшему изучению анатомо-физиологических и клинических особенностей мочевыделительной системы в условиях трансплантации.

Одним из основных этапов в трансплантации почки является быстро и правильно выполненный забор органа, особенно от асистолического донора, а также правильная подготовка органа к трансплантации. При заборе органа и подготовке его к трансплантации недопустимы повреждения основных и добавочных артерий и вен почки, что может привести к техническим трудностям выполнения сосудистых анастомозов или невозможности выполнить трансплантацию органа.

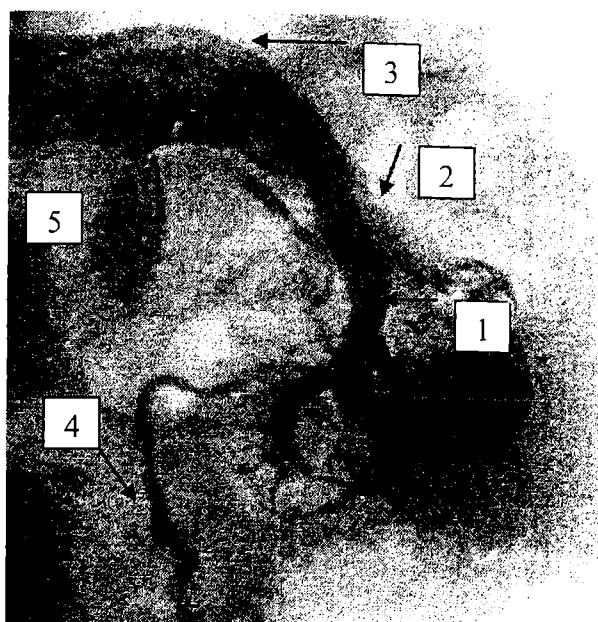


Рис. 1. Тип I формирования почечной вены.
1 - верхний первичный венозный приток, 2 - нижний первичный венозный приток, 3 - почечная вена, 4 - мочеточниковая вена, 5 - левая гоадная вена

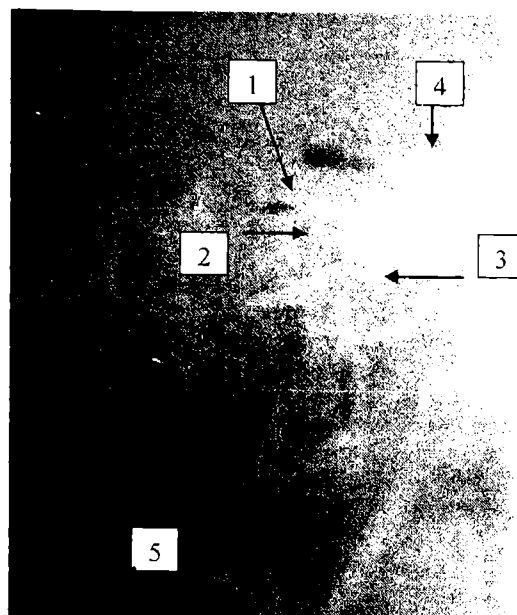


Рис. 2. Тип II формирования почечной вены.
1 - верхний первичный венозный приток, 2 - срединный первичный венозный приток, 3 - нижний первичный венозный приток, 4 - почечная вена, 5 - мочеточниковая вена

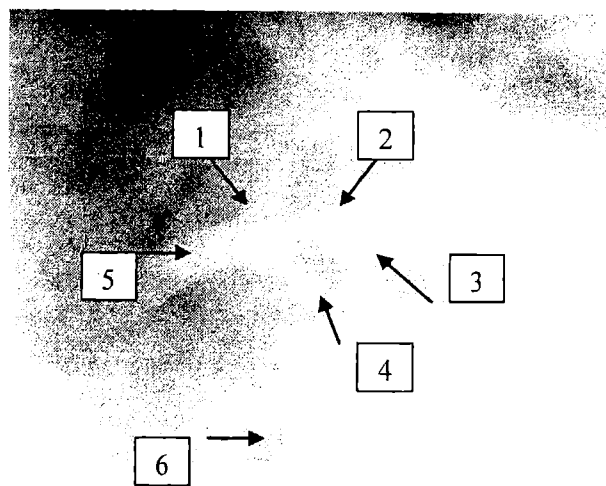


Рис. 3. Тип III формирование почечной вены.
1 - верхний первичный венозный приток, 2 - верхне-срединный первичный венозный приток, 3 - нижне-срединный первичный венозный приток, 4 - нижний первичный венозный приток, 5 - почечная вена, 6 - стентированный мочеточник

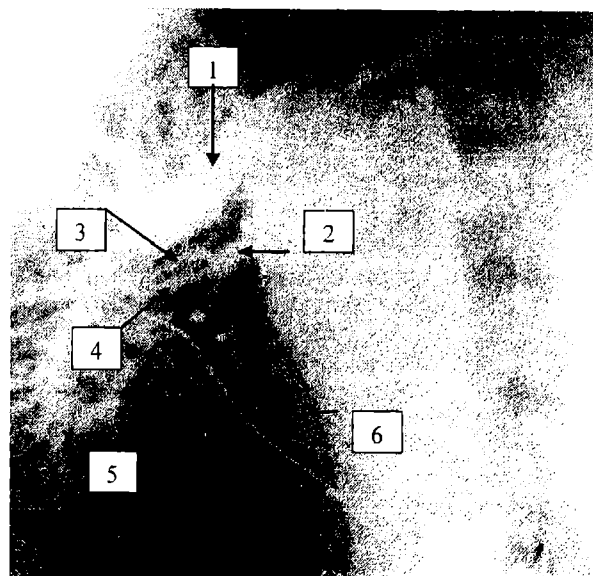


Рис. 4. Тип IV формирования почечной вены.
1 - основная почечная вена, 2 - добавочная нижне-полюсная почечная вена, 3 - верхний первичный приток добавочной почечной вены, 4 - нижний первичный приток добавочной почечной вены, 5 - мочеточниковая вена, 6 - стентированный мочеточник

С целью снижения частоты повреждения почечных вен при заборе и подготовке почки к трансплантации нами были изучены варианты формирования почечных вен и частота их наблюдения у правой и левой почек.

Для решения этой задачи нами были выполнены анатомические исследования на 100 трупах людей. На 45 трупах первоначально выполнялась внутривенная антеградная флебография нижней полой вены, а затем, после контрастирования системы нижней полой вены жидкими незастывающими красителями, выполнялось макро-, микропрепарирование.

После выделения правой и левой бедренных вен на 2 см ниже паховой связки, выполнялась их канюляция. Следующим этапом мы выполняли крестообразную лапаротомию. Кожно-мышечные лоскуты отводились и фиксировались. После мобилизации печеночного угла толстого отдела кишечника перевязывалась нижняя полая вена выше впадения в нее почечных вен. Система нижней полой вены отмывалась физиологическим раствором до чистых вод. Отмывание производилось через одну из канюлированных бедренных вен при открытой канюли с другой стороны. После отмывания мы туго заполняли

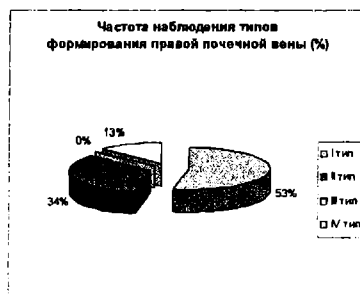


Диаграмма 1

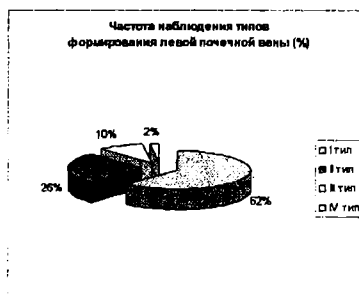


Диаграмма 2

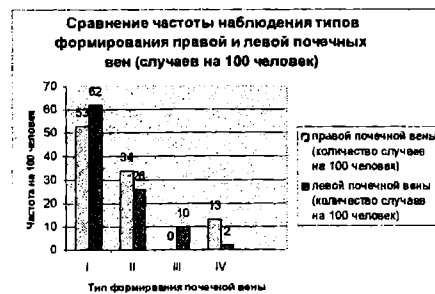


Диаграмма 3

ли систему нижней полой вены рентгенконтрастным раствором. Наполнение вен раствором сопровождалось массированием органов забрюшинного пространства. Результат фиксировался на рентгеновском снимке.

В последующем система нижней полой вены заполнялась жидким незастывающим красящим раствором по такому же принципу. В качестве красителя был использован 10% раствор формалина, окрашенный тушью, в пропорции 3 : 1. По завершении контрастирования производилось макро- и микропрепарирование венозной системы забрюшинного пространства.

Во время забора почек и подготовки органа к трансплантации врача интересует вариант формирования почечных вен. На основании данных анатомического исследования нами предложена классификация типов формирования почечных вен. Данная классификация основана на количестве первичных венозных притоков, которые формируют почечную вену.

Классификация типов формирования почечных вен

Тип I - почечная вена формируется из двух первичных венозных притоков (верхний и нижний) (рис. 1.)

Тип II - почечная вена формируется из трех первичных венозных притоков (верхний, срединный и нижний) (рис. 2.).

Тип III - почечная вена формируется из четырех первичных венозных притоков (верхний, верхне-срединный, ниже-срединный, нижний) (рис. 3.).

Тип IV - наличие основной почечной вены и добавочной нижнеполюсной вены. Основная и добавочная почечные вены представлены любым типом формирования (рис. 4.).

Результаты исследования типов формирования правой почечной вены представлены на диаграмме № 1. Из диаграммы видно, что с наибольшей частотой (53%) встречается тип I формирования правой почечной вены. На втором месте по частоте наблюдения отмечается тип II (34%). Тип формирования правой почечной вены III не встретился ни в одном случае. Наличие добавочной нижнеполюсной вены, что соответствует типу формирования IV, мы наблюдали в 13% случаев.

Результаты исследования типов формирования левой почечной вены представлены на диаграмме № 2. Было выявлено, что в 62% случаев наблюдался I тип формирования левой почечной вены.

На втором месте по частоте наблюдений был тип II - 26 %. III тип наблюдался в 10 % случаев. Наличие дополнительной почечной вены слева (IV тип формирования почечной вены), выявлено в 2% случаев.

В целях сравнения частоты наблюдения разных типов формирования почечных вен правой и левой

почек, данные, полученные при исследовании методом флебографии и макро-, микропрепарированием венозной системы обеих почек, представлены в интенсивных показателях в расчете на 100 человек (диаграмме № 3).

Таким образом, наиболее часто встречающимся типом формирования почечных вен правой и левой почки является тип формирования I. Тип II наблюдался как в правой, так и в левой почечных венах с незначительной разницей в частоте наблюдения. При III типе формирования почечных вен отмечено наибольшие отличия формирования почечных вен справа и слева. Так, справа тип III формирования почечной вен не отмечен ни в одном из рассмотренных случаев, в то время как слева он наблюдался в 10 случаях из 100. IV тип формирования почечных вен с большей частотой наблюдался справа (13 случаев на 100), тогда как слева только 2 случая на 100.

Во время подготовки почек к трансплантации знание типов формирования почечных вен и частоты их наблюдения справа и слева уменьшит риск повреждения первичных венозных притоков почечных вен и улучшит результаты трансплантации почки.

Библиографический список

1. Лопаткин Н.А. Урологические осложнения при трансплантации почки / Н.А. Лопаткин, М.Ф. Трапезникова, Д.В. Перлин, С.Б. Уренков. — М, 2004 — С. 3 — 4.
2. Тарабарко Н.В. Варианты реваскуляризации почечного аллотрансплантата / Н.В. Тарабарко, А.В. Пинчук, Р.В. Сторожев, С.Ю. Елифанов // Клиническая трансплантация органов: Матер. конф. — 2005. — С. — 108 — 109.
3. Тарабарко Н.В., Пинчук А.В., Сторожев Р.В., Арзуманов С.В. Удлинение короткой почечной вены при трансплантации почки // Клиническая трансплантация органов: Матер. конф. — 2005. — С. — 109 — 110.
4. Ackermann J.R. Cadaveric renal transplantation: a technique for donor kidney removal / J.R. Ackermann, M.E. Shell // Br. J. Urol. — 1969. — 40. — P. 515 — 521.
5. Abrams H.L. Renal venous washout time in renovascular hypertension / H.L. Abrams, S. Baum, T. Stamey // Radiology — 1964. — 83. — P. 597 — 609.
6. Belzer F. O. Preservation and transplantation of human cadaver kidneys / F. O. Belzer, S.L. Kountz // Ann. Surg. — 1970. — 172. — P. 394.
7. Satyapal K.S. The renal veins: a review / K.S. Satyapal // Eur. J. Anat. Suppl. — 2003. — 1. — P. 43 — 45.

ГУБАРЕВ Константин Константинович, аспирант кафедры общей хирургии.

МУСОХРАНОВ Вадим Валерьевич, аспирант кафедры судебной медицины.

БОРИСЕНКО Марина Васильевна, врач патологоанатомического отделения ГБ № 1.

Дата поступления статьи в редакцию: 13.04.06 г.
© Губарев К.К., Мусохранов В.В., Борисенко М.В.