

6. Маслов, А.А. Профилактика острого послеоперационного панкреатита после спленэктомии у онкологических больных / А.А. Маслов, Н.Д. Ушакова, С.А. Малинин, И.С. Тищенко // Материалы VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. – Душанбе, 2010. – С.461.
7. Пугаев, А.В. Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита / А.В. Пугаев, В.В. Багдасаров // Хирургия. – 1997. – № 2. – С. 79-81.
8. Савельев, В.С. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения / В.С.Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич [и др.] // Анналы хирургии. – 2001. – №3. – С. 58-62.
9. Старостина, М.А. Пути профилактики послеоперационных панкреатитов при резекциях желудка и гастрэктомиях / М.А. Старостина, И.Г. Гатауллин // IX Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда. – Волгоград, 2000. – С.104-105.
10. Тоскин, К.Д. Послеоперационный панкреатит / К.Д. Тоскин, С.Д. Мыркин // Хирургия. – 1995. – №1. – С.122-126.
11. Уханов, А.П. Диагностика и лечение послеоперационного панкреатита после хирургических вмешательств на поджелудочной железе // IX Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда. – Волгоград, 2000. – С.118.
12. Шабанов, В.В. Профилактика острого послеоперационного панкреатита при лапароскопической холецистэктомии / В.В. Шабанов, Б.Ю. Цветков, А.С. Белян // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №1. – С.9-11.
13. Шевченко, Ю.Л. Роль сандостатина в профилактике и комплексном лечении острого послеоперационного панкреатита / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко, А.Л. Левчук, И.В. Степанюк // Анналы хирургической гепатологии.– 2008.– №3.– С. 82.
14. Mariani A. Pharmacological Prevention of Post-ERCP Pancreatitis: Where Therapy is Best // J. Pancreas (Online). – 2003. – Vol.4, N1. – P.68-74.
15. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 800 с.
16. Fagenholz PJ, Castillo CF, Harris NS, et al. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988–2003. Ann Epidemiol 2007;17:491–7.
17. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006;101:2379–400.

УДК 616.45-089; 616.13-004

© М.М. Газымов, Ю.П. Шамитов, Д.С. Филиппов, А.В. Пушкарев, 2014

М.М. Газымов, Ю.П. Шамитов, Д.С. Филиппов, А.В. Пушкарев
**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО И ПОЧЕЧНОГО
 ГЕНЕЗА И НАШ ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ**
*ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
 им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары*

Клиническое значение симптоматической артериальной гипертензии обусловлено ее широкой распространенностью и выраженным отрицательным влиянием на прогноз жизни. Однако проблеме выявления причин симптоматической гипертензии уделяется недостаточно внимания, хотя правильно собранный анамнез и проведенное обследование при участии заинтересованных врачей, специалистов лучевой диагностики, кардиологов, эндокринологов, хирургов позволяют заподозрить наличие у пациента надпочечной или почечной форм гипертензии.

При комплексном подходе к этой проблеме количество выявленных больных увеличивается в два и более раз.

Хирургическое устранение причин гипертензии позволяет нормализовать артериальное давление.

Ключевые слова: симптоматическая артериальная гипертензия, гормонально активные опухоли надпочечника, стеноз почечной артерии, адrenaлэктомия, дилатация и стентирование почечных артерий.

M.M. Gazymov, Yu.P. Shamitov, D.S. Filippov, A.V. Pushkarev
HYPERTENSION OF ADRENAL AND RENAL GENESIS.
OUR EXPERIENCE OF REVEALING AND TREATING PATIENTS

Clinical value of a symptomatic arterial hypertension is determined by its wide prevalence and an expressed negative influence on the life forecast. However the problem of causes identification is paid not enough attention though correctly assembled anamnesis and the carried investigation with the assistance of interested doctors, radiotherapists, cardiologists, endocrinologists, surgeons allows to suspect presence of the adrenal or nephritic form of hypertension.

A complex approach to this problem allows to reveal more than twofold patients.

Surgical elimination of the reasons of hypertension allows to normalize arterial pressure.

Key words: symptomatic hypertension, hormone - active adrenal tumors, stenosis of renal artery, adrenalectomy, dilatation and stenting of renal arteries.

В структуре заболеваемости населения индустриально развитых стран доминирующее положение занимают заболевания сердечно-сосудистой системы и среди них ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия (АГ). Принято считать, что в структуре заболеваний, сопровождающихся повышением АД, до 25% составляют симптоматические АГ [1]. По данным ВОЗ, у больных с артериальной гипертензией не менее чем в 2% случаев причинами возникновения болезни являются гормонально активные опухоли

надпочечников. Истинная распространенность почечной артериальной симптоматической гипертензии неизвестна. По мнению различных авторов на долю почечной артериальной симптоматической гипертензии приходится от 0,5 до 15% среди всех пациентов, имеющих повышенное артериальное давление [2,3]. Обычно данная патология встречается у пациентов со злокачественной артериальной гипертензией, что повышает риск летального исхода в 3,3 раза по сравнению с общей популяцией. Тогда как своевременно выполненная

адреналэктомия позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов в 97,4% случаев [4].

Несмотря на это, число выполненных адреналэктомий по поводу феохромоцитомы, синдрома Конна и болезни Кушинга, дилатаций и стентирований почечной артерии при вазоренальной гипертензии все еще незначительно, что, разумеется, не соответствует числу больных, потенциально нуждающихся в подобных операциях. По расчетам В.Н. Чернышева с соавт. в России операций по удалению альдостером потребуются десятки тысяч [5]. При обследовании больных с артериальной гипертензией в специальных клиниках в 71% случаев удается выяснить причину артериальной гипертензии [6], в США количество пациентов с диагнозом вазоренальная гипертензия (ВРГ) составляет 2,2 на 100000 взрослого населения, а количество выполненных стентирований почечных артерий составляет 1,1 на 100000 взрослого населения. По приблизительным подсчетам В.Н. Чернышева (1998) в России число больных с ВРГ может достичь 1,5 млн. [1].

Одной из причин этого считается трудность диагностики, особенно на первом (поликлиническом) этапе, обусловленная рядом причин. Во-первых, недостаточно широкие знания врачей общей лечебной сети в вопросах этиологии АГ [7] приводит к тому, что любое повышение АД расценивается как проявление эссенциальной АГ. Во-вторых, при относительной успешности эмпирической гипотензивной терапии нередко врач отказывается от продолжения поисков возможных причин заболевания. При феохромоцитоме надпочечников (оперировано 106 больных) даже при кризовом течении артериальной гипертензии целенаправленное обследование больных задерживалось на сроки от 6 месяцев до 10 лет [6]. Кроме того, существенных отличий этих видов симптоматической гипертензии (кроме болезни Кушинга и синдрома Конна) от эссенциальной артериальной гипертензии нет. Результаты лечения больных болезнью Кушинга и больных с синдромом Конна в данную работу не включены.

Цель исследования: анализ собственно междисциплинарного подхода к диагностике и хирургическому лечению пациентов с симптоматической артериальной гипертензией надпочечникового и почечного генеза.

Материал и методы

Наблюдались 843 пациента, у которых был поставлен предварительный диагноз артериальной гипертензии надпочечникового

генеза. У 154 (18,2%) – диагноз в дальнейшем подтвердился. Возраст больных – от 3,5 года до 64 лет (средний возраст составил 43 года). Из числа указанных 154 больных с опухолями надпочечников гиперальдостеронизм, феохромоцитома и гиперкортицизм имели место у 92 женщин (59,7%) и у 62 мужчин (40,3%). По нашей рекомендации врачи первичного звена здравоохранения у впервые выявленных больных артериальной гипертензией, особенно у молодых, при отсутствии семейной предрасположенности к возникновению АГ после 45 лет со злокачественным течением стали проводить скрининг-отбор пациентов по выявлению симптоматической АГ.

С учетом определенной значимости отдельных симптомов, характерных для симптоматических гипертензий, нами был составлен перечень обязательных исследований: ортостатическая проба, проведение биохимические исследования крови, предусматривающие определение уровня мочевины, креатинина, электролитов, сахара; аускультация почечных сосудов, УЗИ почек, надпочечников, доплерография почечных артерий, исследование глазного дна.

Показаниями для продолжения следующего этапа обследования явились: ортостатическая гипотония (около 30 мм рт. ст.), устойчивый мочевого синдром с протеинурией, гипоизостенурией; щелочная реакция мочи, гипокалиемия; злокачественное или кризовое течения АГ, толерантность к гипотензивной терапии; асимметрия размеров почек, шум в почечных артериях.

В урологическом, эндокринологическом, кардиологическом кабинетах Республиканской клинической больницы, кардиоцентре и Республиканской детской больнице осуществлялись дополнительные и повторные исследования: УЗИ, КТ, МРТ, ангиография почечных сосудов и гормональные исследования (катехоламины, кортизол, альдостерон, ванилин-миндальная кислота (ВМК)).

Результаты и обсуждение

Целенаправленные УЗИ, КТ, МРТ способствовали выявлению объемных образований надпочечников в 0,6 – 42,6% случаев среди различного контингента обследуемых. Случайное выявление опухоли надпочечников было у 17 пациентов при проведении УЗИ внутренних органов по разным причинам. Результатом проведенной работы стало почти двукратное увеличение количества выявленных больных с феохромоцитомой (ФХЦ) и синдромом Конна. Так, если в клинике за период с 1991 до 2000гг. оперированы 52 боль-

ных с надпочечниковой гипертензией. Из них с феохромоцитомой – 25, альдостеромой – 9, то за последние десять лет были оперированы 102 больных, из них 48 с ФХЦ и 34 с альдостеромой. Мы связываем это с улучшением диагностики. Таким образом, выявляемость ФХЦ в нашем регионе за последние годы составило 4-5 пациентов на 1 млн. населения в год, тогда как некоторые авторы приводят данные о выявлении ФХЦ у 1 больного на 1-2 млн. [8].

Адреналэктомия при гормонально-активных опухолях проводили, используя тораколюмбальный доступ. Летальный исход имел место на 10-й день после адреналэктомии по поводу двусторонней ФХЦ. Больной был оперирован в крайне тяжелом состоянии при выраженной сосудистой и дыхательной недостаточности, являющейся следствием длительной неадекватной медикаментозной терапии. После адреналэктомии по поводу гиперкортицизма в ближайшее время требовалась заместительная гормональная терапия, а после удаления катехоламинпродуцирующих опухолей и альдостеромой заместительная гормональная терапия не требовалась. За период послеоперационного наблюдения после адреналэктомии устойчивая нормализация АД наступила у 84,4% больных, что совпадает с данными других авторов [4]. Потребность гипотензивной терапии сохранилась в 14,0%, но АД ни у одного из наблюдаемых больных не достигало дооперационного уровня.

Начиная с 1997 года, в рентгенооперационном отделении Республиканского кардиологического диспансера начали проводить эндоваскулярные вмешательства – транслюминальную баллонную ангиопластику и имплантацию стентов в артерии с целью устранения вазоренальной гипертензии (ВРГ).

Отбор больных с подозрением на ВРГ основывался на неинвазивных методах исследования: УЗИ, доплеровское картирование кровотока, экскреторная урография, спиральная компьютерная томография и МРТ. При УЗИ у пациентов с подозрением на ВРГ выявлялась асимметрия почек более чем на 1,5 см по длине, при доплеровском картировании в ¾ наблюдений отмечались признаки нарушения кровотока в почечных артериях.

Для верификации ВРГ, определения показаний, тактики и объема предстоящего оперативного вмешательства необходимо проводить ангиографию. В настоящее время за правило должно быть принято положение Doss: «Ни один больной с гипертензией, с подозрением на вазоренальную гипертензию не мо-

жет считаться полностью обследованным, если ему не производилась ангиография».

Нами выявлен 81 больной с ВРГ, ее причинами были атеросклероз почечных сосудов у 48 (59,5%), фибромускулярная дисплазия почечных сосудов у 18 (22,2%), неспецифический артериит у 2 (2,5%) и болезнь Такаясу у одного пациента (1,3%). Аналогичные данные имеются и в литературе [9].

Среди 67 пациентов с ВРГ, подвергнутых эндоваскулярным методам лечения, основными патогенетическими факторами являлись: атеросклероз – у 48 (71,6%) и фибромускулярная дисплазия почечных артерий – у 18 (26,8%), у одной девочки двенадцати лет была болезнь Такаясу. У этой группы больных сужение почечной артерии достигало 70% и более. Всем им окончательный диагноз был установлен на основании ангиографии и были проведены эндоваскулярные вмешательства: транслюминальная баллонная ангиопластика с имплантацией стентов «Нирроcampus» диаметром 5,0-6,0 мм, длиной 15-20 мм в зону вмешательства стеноза почечных артерий.

В результате был восстановлен адекватный кровоток, снизились цифры артериального давления до нормальных показателей. Одна пациентка 12 лет после успешной ангиопластики после выписки из стационара не выполняла рекомендаций по проведению дезагрегантной терапии, вследствие чего развился тромбоз стента. Этой больной с техническими трудностями проведена реканализация тромботической окклюзии левой почечной артерии. Анатомически и рентгенологически проходимость артерии в зоне стентирования сегмента восстановлена – средняя ветвь, кровоснабжающая 70-80% массы левой почки, заполняется, а нижняя и верхняя ветви не заполняются. АД на фоне продолжающейся гипотензивной терапии – в пределах верхних границ нормы. Больная находится под контролем врачей. В период наблюдения, составляющий в среднем 24 месяца, рестеноз наступил у 2 пациентов (2,9%), у одной больной через 2 года после ангиопластики на стороне вмешательства возник камень – проведено контактное дробление конкремента.

Заключение

Совместная работа врачей различных специальностей по программе «Симптоматическая гипертензия» позволяет своевременно выявлять пациентов с симптоматической артериальной гипертензией надпочечникового и почечного генеза. Современные методы диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) дают возможность

достаточно точно диагностировать гормонально-активные опухоли надпочечников. Тщательно собранный анамнез, использование неинвазивных методов исследования – УЗИ, доплеровское картирование кровотока, экскреторная уретрография, спиральная КТ – позволяют установить предварительный диагноз, а ангиография – верифицировать ВРГ и определить объем оперативного вмешательства.

После адреналэктомий по поводу гормонально-активных опухолей надпочечников нормализация АД наступает у 84,4% пациентов.

Ангиопластика с стентированием почечной артерии при ее стенозе практически при нулевой летальности обеспечивает надежный гипотензивный эффект у подавляющего большинства больных.

Сведения об авторах статьи:

Газымов Минвалей Мингалеевич – д.м.н., профессор, зав. курсом урологии ФГБОУ ВПО ЧГУ им. И.Н. Ульянова.

Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, 9. Тел./факс: 8 (8352) 58-21-51. E-mail: urocheb@mail.ru.

Шамитов Юрий Порфирьевич – зав. рентгенооперационным отделением БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии. Адрес: 428020, г. Чебоксары, ул. Гладкова, 29А. Тел./факс: 8 (8352) 56-35-83.

Филиппов Давид Станиславович – к.м.н., доцент курса урологии ФГБОУ ВПО ЧГУ им. И.Н. Ульянова. Адрес: 428015, г. Чебоксары, Московский проспект, 9.

Пушкарев Александр Васильевич – магистр МГТУ им. Н.Э. Баумана, специалист кафедры медицинской техники ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Адрес: г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чернышев, В.Н. Артериальная гипертензия в практике хирурга и терапевта. – Самара 1998. – 256 с.
2. Эндovasкулярное лечение стеноза почечных артерий: техника, показания и результаты. Роль противоземблической защиты / М. Анри [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т. 13, №4. – С. 57-66.
3. Ближайшие и отдаленные результаты стентирования почечных артерий у больных атеросклеротической вазоренальной гипертензией / А.З. Шарафеев [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, №2. – С. 113-117.
4. Наш опыт хирургического лечения артериальной гипертензии надпочечникового происхождения / А.Ф. Романчишен [и др.] // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XIX Российского симпозиума с международным участием. – Челябинск, 2011. – С.216-220.
5. Чернышев, В.Н. Опухоли надпочечников и артериальная гипертензия – проблема социальной значимости / В.Н. Чернышев, А.М. Аюпов, Г.В. Михеев // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XIX Российского симпозиума с международным участием. – Челябинск, 2011. – С. 388-392.
6. Покровский, А.В. Хирургическое лечение гипертензии артеросклеротической этиологии / А.В. Покровский, Л.С. Коков, Д.С. Сунцов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 16, №4. – С. 142-153.
7. Зятенков, А.В. Современные подходы к диагностике и лечению вазоренальной гипертензии / А.В. Зятенков, О.М. Драпкина, Я.И. Ашихмин // Российские медицинские вести. – 2010. – Т. XV, №3. – С. 4-14.
8. Хирургическая эндокринология: руководство / под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб., 2004. – 960с.
9. Галеев, Р.Х. Современные подходы к диагностике и лечению окклюзирующих поражений почечных артерий / Р.Х. Галеев, Ш.Р. Галсев // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3. – Вып.2. – С. 24-29.

УДК612.172.2:616.12-008.3-073-053.6:796.355

© Г.Н. Шангареева, 2014

Г.Н. Шангареева

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЮНЫХ ХОККЕИСТОВ ОЛИМПийСКОГО РЕЗЕРВА

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Анализ волновой структуры синусового ритма весьма информативен при проведении оценки функционального состояния сердца и его вегетативной регуляции, в том числе в спортивной кардиологии.

Целью данного исследования явилось изучение показателей variability сердечного ритма у юных хоккеистов. Обследовано 65 спортсменов в возрасте 14,7±0,5 года. Группу сравнения составили 30 здоровых подростков, сопоставимых по возрасту. Всем испытуемым проводилось эхокардиографическое исследование. Исходно в покое регистрировались артериальное давление и ритмограмма. При обработке ритмограммы рассчитывались среднее и стандартное отклонение RR интервалов, общая мощность спектра и его составляющих.

Полученные результаты показали, что согласно данным variability сердечного ритма у спортсменов выявляется преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы по сравнению с лицами, не занимающимися спортом. Взаимосвязь между структурно-функциональным состоянием миокарда и показателями variability ритма сердца регистрируется у спортсменов с выраженным преобладанием парасимпатического тонуса.

Ключевые слова: variability сердечного ритма, юные хоккеисты.

G.N. Shangareeva

HEART RATE VARIABILITY INDICES OF YOUNG HOCKEY PLAYERS OF OLYMPIC RESERVE

Analysis of the wave patterns of sinus rhythm is very informative when assessing the functional state of the heart and its autonomic regulation, including sports cardiology.

The aim of this study was to examine the parameters of heart rate variability of young hockey players. 65 sportsmen aged 14.7±0.5 have been examined. The comparison group consisted of 30 healthy adolescents, comparable by age. All of them were ex-