

8. Fishman V., Thirwell M.P., Daly D.S. Mallory-Weiss tear: a complication of cancer chemotherapy // Cancer. – 1983. – Vol. 52. – P. 2031-2032.
9. Foster D.N., Miloszewski K., Losowsky M.S. Diagnosis of Mellory-Weiss lesions: A common cause of upper gastrointestinal bleeding // Lancet/ - 1976/ - Vol. 11. - P. 483-484.
10. Kato S., Yamamoto R., Yoshimitsu S. Herpes simplex esophagitis in the immunocompetent host // Diseases of the Esophagus. – 2005. Vol. 18. – P. 340-344.
11. Latham P., Hodgins L.R. A gastric laceration after transesophageal echocardiography in a patient undergoing aortic valve replacement // Anesth. Analg. – 1995. – Vol. 81. – P. 641-642.
12. Levine M.S., Moolten D.N., Herlinger H/ et al. Esophagel intramural pseudodiverticulosis: a reevaluation // A.J.R. – 1986. – Vol. 47. – P. 1165-1170.
13. Pagel J., Lindkaer-Jensen S., Nielsen O.V. The Mallory-Weiss syndrome // Acta. Chir. Scand. – 1975. – Vol. 141. – P. 532-535.
14. Rataller R. Endoscopies sclerotherapy in upper gastrointestinal bleeding duet of the Mallory-Weiss syndrome // Am. J. Gastroenterol. – 1994. – Vol. 89. – P. 2147-2150.
15. Srhuman R.M., Threadgill S.T., the influence of the liver disease and portal hypertension on bleeding in Mallory-Weiss syndrome // J. Clin. Gastroenterol. – 1994. Vol. 18. – P. 10-12.
16. Sugawa C., Steffes C.P., Nakamura R. et al. Upper GI bleeding in an urban hospital etiology, recurrence and prognosis // Ann. Surg. 1990. – Vol. 212. – P. 521-527.
17. Wateha M. F., White P. F. Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment and prevention // Anesthesiology. – 1992. – vol. 77. – P. 162-184.
18. Yamamoto N., Nakamura M., Tachilana S. Esophageal intramural pseudodiverticulosis with Mallory-Weiss syndrome: report of a case // Surg. Today. – 2002. – Vol. 32. – P. 519-522.

УДК 616.12-008.46-036.12-07-085

© В.В. Плечев, И.М. Карамова, И.А. Нагаев, И.Е. Николаева,
И.Ш. Сагитов, Р.М. Галимов, К.И. Губаев, М.В. Назаров, 2010

В.В. Плечев¹, И.М. Карамова², И.А. Нагаев², И.Е. Николаева²,
И.Ш. Сагитов², Р.М. Галимов², К.И. Губаев², М.В. Назаров²
**КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. РЕЗУЛЬТАТЫ
ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа;
²ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Представлен опыт и результаты годичного наблюдения после имплантации кардиоресинхронизирующего устройства пациентам с выраженной хронической сердечной недостаточностью. Анализ полученных результатов свидетельствует о высокой эффективности данного вида терапии, позволяющий рекомендовать имплантацию кардиоресинхронизирующие устройства в качестве стандарта лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, кардиоресинхронизирующая терапия.

V.V. Plechev, I.M. Karamova, I.A. Nagaev, I.E. Nikolaeva,
I.Sh. Sagitov, R.M. Galimov, K.I. Gubaev, M.V. Nazarov
**CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC
HEART FAILURE. ANNUL OBSERVATION RESULTS**

The report presents experience and results of the yearly observation following the implantation cardiac resynchronization therapy pacemaker for patients with the severe chronic heart failure. The analysis of the received results show a high efficiency of this particular type of therapy, thus allowing to recommend an implantation of cardiac resynchronization therapy pacemaker as a standard treatment of patients with a chronic heart failure.

Key words: a chronic heart failure, cardiac resynchronization therapy.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Ежегодные потери трудоспособного

населения от инвалидизации и смертности из-за заболеваний, осложненных ХСН, огромны. Так, 2002 году в Российской Федерации насчитывалось 8,1 млн. человек с признаками ХСН, из которых 3,4 млн. имели терминаль-

ный, III–IV функциональные классы (ФК) заболевания. В 2003 году декомпенсация ХСН стала причиной госпитализаций в стационары, имеющие кардиологические отделения, почти каждого второго больного (49%), а ХСН фигурировала в диагнозе у 92% госпитализированных. Ежегодная смертность больных с клинически выраженной сердечной недостаточностью (СН) достигает 26 – 29%, то есть за один год в РФ умирают от 880 до 986 тыс. больных СН [4].

В Республике Башкортостан по данным на 01.01.2009г. – 33,3% (1065760) взрослого населения страдает заболеваниями сердечно-сосудистой системы. По результатам анализа, проведенного в рамках национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) – ЭПОХА-О-ХСН, установлено, что ХСН является у трети больных, обратившихся за медицинской помощью в Республиканский кардиологический диспансер (РКД) города Уфы. Наибольшая распространенность ХСН зарегистрирована у мужчин, которые были в среднем моложе женщин с ХСН. Главными причинами развития ХСН явились артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Среди больных ХСН преобладали пациенты с II и III ФК заболевания по NYHA (34,2% и 32,4 % от общего числа соответственно). I ФК заболевания установлен у 27,7% пациентов. Тяжелая ХСН (IV ФК заболевания) диагностирована у 5,7 % больных [3].

Таким образом, борьба с ХСН направлена на снижение летальности, повышение толерантности к физическим нагрузкам и уменьшение выраженности симптоматики заболевания. Одним из наиболее перспективных и достаточно новых методов коррекции ХСН является сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ). Первые примеры ее успешного применения за рубежом берут начало с конца 90-х годов прошлого века. В последние годы ресинхронизирующая терапия нашла широкое применение и в крупных российских кардиологических клиниках [1, 7].

Цель нашего исследования – анализ собственного опыта лечения ХСН методом СРТ.

Материал и методы

В период с 2007 по 2009 годы в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 РКД было имплантировано 22 СРТ устройства пациентам (16 мужчин и 6 женщин) с ХСН. Средний возраст больных составил $53,16 \pm 6,06$ года.

Причиной ХСН в 10 случаях была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в 12 - кардиомиопатия. Длительность заболевания в среднем составила $5,53 \pm 3,24$ года. Все больные прошли обследование, которое включало в себя сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, лабораторные (общий и биохимический анализ крови, мочи) и инструментальные методы диагностики: электрокардиография (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография (ЭхоКГ), тканевая доплерография миокарда. Для анализа тяжести течения ХСН учитывали баллы по шкале оценки клинического состояния больных при ХСН (ШОКС), предложенной В.Ю. Мареевым (2000), и качество жизни, измеряемое в баллах с использованием опросника Миннесотского университета, а также проводили тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) с определением ФК заболевания.

Всем больным с ХСН проводилось эхокардиографическое исследование на аппарате HDI 5000 (ATL, USA) по стандартной методике с определением традиционных ЭхоКГ-показателей, а также показателей, характеризующих межжелудочковую диссинхронию (в миллисекундах) – задержка выброса в ЛА (ЗВЛА), задержка выброса в аорту (ЗВА) и механическая межжелудочковая задержка (ММЗ).

Кандидаты для СРТ удовлетворяли следующим критериям отбора:

- 1) ХСН с ФВ < 35% и КДР ЛЖ > 55 мм;
- 2) ФК III–IV (NYHA);
- 3) неэффективная терапия (иАПФ, сердечные гликозиды, диуретики, верошпирон, β – адреноблокаторы);
- 4) наличие межжелудочковой диссинхронии ($QRS \geq 130$ мс, задержка выброса в аорту > 140 мс и механическая межжелудочковая задержка > 40 мс);
- 5) синусовый ритм по ЭКГ;
- 6) клиническая стабилизация пациента перед имплантацией.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2003, Statistica (V. 6.0). Учитывая малый объем выборки, применялись непараметрические методы статистического анализа. При сравнении групп по количественному признаку применялся W-критерий Уилкоксона [2]. При множественном сравнении применялась поправка Бонферрони – перерасчет уровня значимости P^* для парных сравнений по форму-

ле $P^*=P/n$, где P – исходно заданный уровень статистической значимости, n – количество парных сравнений [6]. Данные представлены в виде $\text{Mean} \pm \text{SD}$.

Результаты

Все пациенты страдали рефрактерной к медикаментозной терапии ХСН (табл. 1). В 100% случаев пациенты получали диуретики и в 81,82% спиронолактон. ИАПФ и β -адреноблокаторы – в 90,90% и 86,39% случаев, соответственно, в 36,36% случаев сердечные гликозиды (дигоксин). По показаниям больные получили дезагреганты, антиаритмические препараты, статины, нитраты и т.д. У 15 (68,18%) пациентов определен III ФК у 7 (31,82%) IV ФК заболевания по NYHA. Результат теста с 6-минутной ходьбой, проводившегося на фоне медикаментозной терапии до имплантации СРТ, составил в среднем $180,74 \pm 51,05$. Суточным мониторингом ЭКГ у 4 пациентов выявлены короткие пароксизмы фибрилляции предсердий, у 13 пациентов регистрировались желудочковые экстрасистолы высоких градаций, в 4 случаях имели место пробежки желудочковой тахикардии. Нарушения атриовентрикулярной проводимости (АВ блокада I степени) отмечены у 2 пациентов. На ЭКГ отмечены нарушения внутрижелудочковой проводимости в виде блокады левой ножки пучка Гиса (19 пациентов) или правой ножки пучка Гиса (3 пациента). Длительность комплекса QRS составила в среднем $152,89 \pm 4,11$ мс (от 130 до 190 мс).

Таблица 1

Клиническая характеристика обследуемых больных	
Мужчины, абс. (%)	16 (72,72%)
Женщины, абс. (%)	6 (27,27%)
Возраст, лет	$53,16 \pm 6,06$
Длительность заболевания, лет	$5,53 \pm 3,24$
ИБС, абс. (%)	10 (45,45%)
ДКМП, абс. (%)	12 (54,45%)
III ФК (NYHA), абс. (%)	15 (68,18%)
IV ФК (NYHA), абс. (%)	7 (31,82%)
Тест 6 мин ходьбы, метр	$180,74 \pm 51,05$
ШОКС, балл	$7,63 \pm 4,42$
САД, мм рт.ст.	$115,16 \pm 18,13$
ДАД, мм рт.ст.	$73,63 \pm 11,66$
ЧСС, уд/мин	$85,26 \pm 10,61$
Длительность комплекса QRS, мс	$152,89 \pm 4,11$
Качество жизни, балл	$76,26 \pm 7,94$
Антагонисты альдостерона, абс. (%)	18 (81,82%)
β -адреноблокаторы, абс. (%)	19 (86,36%)
ИАПФ, абс. (%)	20 (90,91%)
Диуретики, абс. (%)	22 (100%)
Дигоксин, абс. (%)	8 (36,36%)
Статины, абс. (%)	6 (27,27%)
Дезагреганты, абс. (%)	19 (86,36%)

На ЭхоКГ выявлена дилатация полостей сердца с увеличением конечных диастолических и систолических размеров и объемов ЛЖ, выраженная регургитация на митральном

и трикуспидальном клапанах (табл. 2). Констатирована явная систолическая дисфункция ЛЖ – ФВ составила в среднем $23,58 \pm 7,59\%$, УО $92,13 \pm 4,56$ мл. У всех пациентов отмечены выраженные явления межжелудочковой диссинхронии: ЗВЛА $83,79 \pm 7,62$ мс., ММЗ $77,84 \pm 10,70$ мс., ЗВА $168,21 \pm 7,43$ мс.

Таблица 2

Эхокардиографические показатели до имплантации СРТ	
Параметр	До имплантации
КДР ЛЖ (мм)	$76,3 \pm 1,10$
КСР ЛЖ (мм)	$64,8 \pm 1,10$
КДО ЛЖ (мл)	$332,31 \pm 128,38$
КСО ЛЖ (мл)	$243,27 \pm 119,11$
ПЖ (мм)	$26 \pm 0,68$
ЛП (мм)	$50,4 \pm 0,80$
ФВ ЛЖ по Симпсону (%)	$23,58 \pm 7,59$
УО, мл	$92,13 \pm 4,56$
Степень митральной регургитации	$2,47 \pm 0,51$
Степень трикуспидальной регургитации	$2,37 \pm 0,68$
ЗВЛА, мс	$83,79 \pm 7,62$
ЗВА, мс	$168,21 \pm 7,43$
ММЗ, мс	$77,84 \pm 10,70$

Анализ качества жизни показал неудовлетворенность пациентов с ХСН не только в физическом, но и в социальном аспекте повседневной жизни (табл. 1). Помимо упоминания проявлений заболевания, (одышка, отеки, утомляемость) особенно остро заболевание воспринималось как ограничивающий фактор в бытовой и трудовой деятельности, необходимость неоднократных госпитализаций на стационарное лечение. В среднем за год было $2,05 \pm 0,91$ госпитализаций (от 4 до 1). Все это в совокупности приводило к очень низким оценкам качества жизни.

За период наблюдения скончались 2 пациента. Один пациент с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом (исходно ФВ 21%, КДР 74 мм и КДО 255 мл). Другой с кардиомиопатией (исходно ФВ 10%, КДР 87 мм, КДО 496 мл). У обоих пациентов по данным суточного мониторинга ЭКГ, до имплантации были выявлены частые полиморфные желудочковые экстрасистолы, короткие пробежки желудочковой тахикардии.

У одного пациента с кардиомиопатией (исходно ФВ 23%, КДР 7,1 мм и КДО 263 мл), не отмечено положительного эффекта от оперативного лечения, что нашло подтверждение по результатам контрольного ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой и клиническим состоянием пациента.

Субъективно самочувствие пациентов улучшалось уже на 3-4-е сутки после имплантации. Стойкое клиническое улучшение самочувствия отмечалось весь период наблюдения. У всех пациентов отмечено улучшение функционального класса по NYHA: у 5 паци-

ентов с IV ФК до II ФК, у 13 с III ФК до II ФК и у одного с III ФК до I ФК. В среднем ФК до операции составлял $3,26 \pm 0,45$ через 12 месяцев - $1,95 \pm 0,23$ ($P=0,002$). Отмечено достоверное увеличение дистанции 6-минутной ходьбы на фоне бивентрикулярной стимуляции с $180,74 \pm 51,05$ до $379,21 \pm 26,58$ м после операции ($P=0,002$). На фоне снижения клинических проявлений заболевания (одышка, отеки, ограничение привычных физических нагрузок) и числа госпитализаций (около $0,84 \pm 0,69$ через 12 месяцев и с $2,05 \pm 0,91$ до имплантации), улучшился психо-эмоциональный статус, уменьшились явления депрессии, тревоги, беспокойства.

Таблица 3
Динамика показателей клинического состояния и ЭхоКГ-параметров через 6 и 12 месяцев после имплантации СРТ

Параметр	До имплантации	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
ФК ХСН	$3,26 \pm 0,45$	$2,58 \pm 0,51a$	$1,95 \pm 0,23b$
Тест 6-минутной ходьбы, м	$180,74 \pm 51,05$	$293,16 \pm 69,71a$	$379,21 \pm 26,58b$
ШОКС, балл	$7,63 \pm 1,42$	$6,53 \pm 1,07a$	$5,63 \pm 0,90b$
КДР ЛЖ, мм	$7,63 \pm 1,10$	$7,42 \pm 1,05a$	$7,26 \pm 1,01b$
КСР ЛЖ, мм	$6,48 \pm 1,10$	$6,27 \pm 1,06a$	$6,16 \pm 1,07b$
КДО ЛЖ, мм	$332,31 \pm 128,38$	$298,45 \pm 94,37$	$283,81 \pm 88,86b$
КСО ЛЖ, мм	$243,27 \pm 119,11$	$206,16 \pm 78,78$	$198,41 \pm 78,47b$
ПЖ, мм	$2,6 \pm 0,68$	$2,67 \pm 0,63$	$2,56 \pm 0,59b$
ЛП, мм	$5,04 \pm 0,80$	$4,91 \pm 0,81a$	$4,78 \pm 0,69b$
ФВ, %	$23,58 \pm 7,59$	$26,89 \pm 4,99a$	$32,63 \pm 3,80b$
УО, мл	$92,13 \pm 4,56$	$98,47 \pm 39,64a$	$102,05 \pm 34,37b$
Степень митральной регургитации	$2,47 \pm 0,51$	$1,74 \pm 0,56a$	$2,00 \pm 0,57b$
Степень трикуспидальной регургитации	$2,37 \pm 0,68$	$1,95 \pm 0,62a$	$2,05 \pm 0,71b$
ЗВЛА, мс	$83,79 \pm 7,62$	$129,58 \pm 5,22a$	$131,11 \pm 4,37b$
ЗБА, мс	$168,21 \pm 7,43$	$158,11 \pm 3,96a$	$157,58 \pm 3,64b$
ММЗ, мс	$77,84 \pm 10,70$	$29,00 \pm 3,44a$	$26,68 \pm 2,58b$
Длительность комплекса QRS, мс	$152,89 \pm 17,90$	$128,16 \pm 12,04a$	$126,84 \pm 11,08b$

Примечание аР*-оценка достоверности между группами до и через 6 месяцев после имплантации; бР*-оценка достоверности между группами до и через 12 месяцев после имплантации; вР*-оценка достоверности между группами через 6 и 12 месяцев после имплантации.

На фоне оптимизированной ресинхронизирующей терапии зарегистрированы достоверные изменения ЭКГ и ЭхоКГ параметров. По данным ЭКГ длительность комплекса QRS с $152,89 \pm 17,90$ до имплантации

через 6 месяцев составила $128,16 \pm 12,04$ мс и $126,84 \pm 11,08$ мс, ($P=0,001$ и $P=0,001$ соответственно). Клиническое улучшение самочувствия пациентов нашло подтверждение по данным ЭхоКГ. Выявлены признаки улучшения систолической функции ЛЖ – увеличение фракции выброса до $32,63\%$, исходно $23,58\%$ ($P=0,0003$), УО до $102,05$ мл., исходно $92,13$ мл ($P=0,055$).

Обсуждение

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности ресинхронизирующей терапии, выражающейся в улучшении клинического состояния пациентов, снижении числа госпитализаций, улучшении качества жизни, положительной динамикой ЭКГ и ЭхоКГ – параметров, что находит подтверждение в многочисленных многоцентровых исследованиях [8,9]. По мнению многих авторов, СРТ следует рассматривать как неотъемлемую часть стандартной терапии у пациентов с умеренной и выраженной ХСН и диссинхронией ЛЖ, подтвержденной инструментальными методами исследования. Важным фактором перед имплантацией является тщательный отбор пациентов, включающий в себя не только оценку клинического состояния пациента, рефрактерность к проводимой терапии, но тщательный анализ инструментальных методов диагностики (ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ, ЭхоКГ с оценкой межжелудочковой диссинхронии).

Заключение

Таким образом, в настоящее время имплантацию СРТ пациентам с ХСН следует рассматривать как стандарт терапии. Имплантация СРТ устройства пациентам с ХСН на фоне стандартной медикаментозной терапии улучшает клиническое состояние и качество жизни пациентов. В процессе отбора пациентов и выбора ресинхронизирующего устройства в алгоритм поиска следует включать не только клиническое состояние пациента, длину комплекса QRS и показатели систолической дисфункции, но и ЭхоКГ - признаки диссинхронии желудочков, оценку риска внезапной смерти.

Сведения об авторах статьи

Плечев В.В. зав. кафедрой госпитальной хирургии БГМУ, д.м.н., профессор,

член-корреспондент АН РБ, заслуженный деятель науки РБ

Каримова И.М. Главный врач ГУЗ РКД, заслуженный врач РБ, к.м.н.

Нагаев И.А. Заместитель главного врача по хирургии ГУЗ РКД, заслуженный врач РБ, к.м.н.

Николаева И.Е. Заместитель главного врача по лечебной работе, заслуженный врач РБ, к.м.н.

Сагитов И.Ш. Заведующий отделением Рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2, к.м.н.

Галимов Р.М. Врач-электрофизиолог отделения Рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2

Губаев К.И. Врач-электрофизиолог отделения Рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2,

к.м.н. e-mail: kamil_gubaev@mail.ru

Назаров М.В. Врач сердечно-сосудистый хирург отделения Рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л.А. Лечение сердечной недостаточности методом ресинхронизации сердца / Л.А.Бокерия, А.Ш.Ревитшвили, Н.М.Неминуший // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2008. - № 1. - С. 5-11.
2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика, 1999. - 459 с.
3. Закирова, А.Н. Хроническая сердечная недостаточность в клинической практике в Республике Башкортостан / А.Н.Закирова, З. Р.Альбеева, И.М.Карамова, Е.Р.Фахретдинова // Сердечная Недостаточность. - 2008. - Т. 9, № 3. - С. 104-106.
4. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журнал сердечная недостаточность. - 2009. - Т. 10, № 2. - С. 64-103.
5. Покушалов, Е.А. Ресинхронизирующая электротерапия при хронической сердечной недостаточности / Е.А.Покушалов, А.Н.Туров, Я.В.Сырцева, С.В.Панфилов // сердечная недостаточность. - 2006. - Т. 7, №2. - С. 93-101.
6. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. - М.:Медиа сфера, 2002. - 312 с.
7. Ревитшвили, А.Ш. Сердечная ресинхронизирующая терапия в лечении хронической сердечной недостаточности / А.Ш.Ревитшвили, Н. М.Неминуший // Вестник аритмологии. - 2007. - №48. - С. 47-57.
8. McAlister F.A., Ezekowitz J.A., Wiebe N. et al. Systematic review: cardiac resynchronization in patients with symptomatic heart failure // Ann Intern Med. - 2004. - №141. - P. 381-390.
9. Moss A J., Hall W. J. Cannom D. S. et all for the MADIT-CRT Trial Investigators Cardiac-Resynchronization Therapy for the Prevention of Heart-Failure Events // The New England journal of medicine. - 2009. - V. 361. - №.14. - P. 1329-1338

УДК 616.147.22-007.64-089

© Р.М.Гарипов, В.В. Плечев, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец,
А.В. Кондрашов, М.О. Логинов, И.Ф. Мухамедьянов, О.С. Шимков, И.Д. Утенская, 2010

Р.М. Гарипов, В.В. Плечев, О.В. Галимов, В.Ш. Ишметов, Л.Г. Чудновец,
А.В. Кондрашов, М.О. Логинов, И.Ф. Мухамедьянов, О.С. Шимков, И.Д. Утенская
**ЛЕВОСТОРОННЯЯ ПОЧЕЧНАЯ ФЛЕБОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

ГОУ ВПО Клиники «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

Представлен опыт обследования и оперативного лечения пациентов с варикоцеле — 550 случаев, в 3 из которых диагностирована аневризма левой почечной вены. Обследование пациентов включает все основные современные виды диагностики данной патологии, главная из которых — левосторонняя почечная флебография, позволяющая на достаточно высоком уровне определить причину заболевания и разработать тактику хирургического лечения.

Ключевые слова: варикоцеле, аневризма левой почечной вены, эмболизация, левая внутренняя семенная вена.

R.M. Garipov, V.V. Plechev, O.V. Galimov, V.Sh. Ishmetov, L.G. Chudnovets,
A.V. Kondrashov, M.O. Loginov, I.F. Muhamedjanov, O.S. Shimkov, I.D. Utenkaya
**LEFT RENAL PHLEBOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF ANEURISM
OF THE LEFT RENAL VEIN IN PATIENTS WITH VARICOCELE**

Our experience in diagnostics and surgical treatment of 550 patients with varicocele is presented in this paper. Aneurism of the left renal vein has been diagnosed in three out of the patients. Patient examination includes all main modern methods of diagnosing this pathology. The basic one is left renal phlebography that allows to find causes of the disease, and develop surgical treatment techniques with high validity.

Key words: varicocele, aneurism of the left renal vein, embolization, left internal seminal vein.

Расширение вен гроздьевидного сплетения как правило носит идиопатический характер, но может наблюдаться и как симптом при вторичном варикоцеле. И это расширение вен в орто- и клиностазе может свидетельствовать об органическом поражении венозной

системы, ущемлении левой почечной вены между верхней брыжеечной артерией и стволом аорты, так называемый аортомезентеральный «пинцет», о тромбозе печеночных вен, сдавлении новообразованием венозных магистралей и т.п. (Лопаткин Н.А. с соавт., 1998)