лизе выявлено отрицательное влияние на выживаемость пациентов таких факторов, как множественные и билобарные опухоли печени, инвазия в магистральные сосуды.

Выводы

1. Необходимо определение объёма оперативного вмешательства с учетом функциональных резервов печени.

2. При метастатических опухолях печени улучшить непосредственные результаты лечения возможно расширением объема хирургических вмешательств как на первичном очаге, так и в печени.

3. Внедрение методов абляции неудалимых узлов в печени и рентгеноэндоваскулярных вмешательств на печеночной артерии позволяет добиться положительных результатов в плане снижения летальности, увеличения сроков выживаемости и улучшения качества жизни больных.

Сведения об авторах статьи:

Мустафин Айрат Харисович – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Галимов Ильдар Искандарович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Грицаенко Андрей Иванович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург, зав. операционным отделением ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова.

Салимгареев Ильдар Зуфарович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Врач-хирург ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова,

Рахимов Радмир Радимович – клинический ординатор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Операции на печени. / Вишневский В.А. [и др.]. – М.: «МИКЛОШ», 2003. – 155 с.
2. Вишневский, В.А. Практические аспекты современной хирургии печени /В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 28-35.
3. Современные тенденции в комбинированном хирургическом лечении первичного и метастатического рака печени / А.М. Гранов [и др.]// Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 9-17.
4. Сравнительные возможности спиральной компьютерной и магнитно-резонансной томографии в предоперационной оценке объема метастатического поражения печени у больных колоректальным раком /Б.М. Медведева [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – № 1. – С.31-37.
5. Хирургия печени и желчных путей / под ред. М.А. Нартайлакова. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2007. – 399 с.
6. Largiader, F. Checkliste Chirurgie: Viszeral und Allege meinchirurgie – 7, voelig bearb. Und erw. / F. Largiader. – Aufl.-Stuttgart; New York: Thieme; 1998. –338 p.

УДК 616.61-008.64
© В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, Д.Р. Сахаутдинов, А.Т. Мустафин, В.Г. Коржавин, А.А. Казихинуров, 2012

В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, Д.Р. Сахаутдинов,
А.Т. Мустафин, В.Г. Коржавин, А.А. Казихинуров

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

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

В статье показаны результаты наблюдения за больными, перенесшими геморрагическую лихорадку с почечным синдромом тяжелой и осложненной форм, в течение 10 и более лет. Показана структура осложнений и даны рекомендации по диспансерному наблюдению.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, спонтанный разрыв почки, спонтанная забрюшинная гематома.

V.N. Pavlov, R.I. Safiullin, D.R. Sakhautdinov,
A.T. Mustafin, V.G. Korzhavin, A.A. Kazikhinurov

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME COMPLICATIONS

The article presents the results of patients after severe hemorrhagic fever with renal syndrome follow-up for 10 and more years. The structure of complications has been shown and recommendations for clinical observation have been given.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, spontaneous kidney rupture, spontaneous retroperitoneal hematoma

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – эндемическая вирусная инфекция, которая регистрируется на территории всей России. Заболеваемость ГЛПС неуклонно растет, нанося значительный социальный и экономический ущерб [1, 5].

За период с 2000 по 2009 гг. 74 890 случаев ГЛПС было зарегистрировано в 58 из 83

субъектов Российской Федерации (в среднем 5,2 случая на 100 тыс. населения) [1,5].

На территории Республики Башкортостан (РБ) расположен один из самых активных на Земле очагов ГЛПС. Заболеваемость в республике регистрируется ежегодно с 1957 года и составляет 40 – 60% заболеваемости в Российской Федерации и протекает более тяжело и чаще осложняется [1,7,9].

Среди осложнений ГЛПС особое значение имеют спонтанные забрюшинные гематомы (СЗГ), возникающие при спонтанных забрюшинных кровотечениях (СЗК) и спонтанных разрывах почек (СРП). Будучи одним из наиболее частых хирургических осложнений СЗК в значительной степени определяют прогноз и исход заболевания, что придало им общепризнанную репутацию наиболее грозных и опасных [2].

Частота СРП и СЗГ при ГЛПС составляет 18,5% [2]. Столь высокие цифры, очевидно, объясняются наблюдением в основном тяжелых форм заболевания, требующих интенсивной терапии и экстракорпорального гемодиализа. В практике же инфекционистов и терапевтов СРП и СЗГ встречаются нечасто. Так, среди наблюдавшихся Р.М. Фазлыевой и соавт. [7] 576 больных ГЛПС забрюшинные гематомы отмечены у 4 больных.

Наиболее вероятной причиной разрыва почки считаются отек, разрыхление паренхимы [2,4,6] и повышение почечного интерстициального давления [2,7,8].

Состояние реконвалесцентов, перенесших ГЛПС, интенсивно исследуется. Однако отдаленные последствия спонтанных разрывов и забрюшинных кровотечений при ГЛПС остаются практически не исследованными.

В связи с вышеперечисленным целью нашей работы было изучить отдаленные результаты оперативного лечения таких осложнений, как СРП и СЗГ, и сравнить их с отдаленными результатами лечения ГЛПС тяжелой формы.

Материал и методы

Материалом для анализа клинической картины больных ГЛПС послужили результаты обследования пациентов, проходивших стационарное лечение в урологической клинике на базе Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова в 1990 – 2012 гг. Ретроспективно и проспективно были изучены 50 историй болезней, амбулаторных карт пациентов, перенесших ГЛПС тяжелой формы, и 48 пациентов с осложненными формами ГЛПС после оперативного лечения.

Среди обследованных было 92 мужчины и 6 женщин (соотношение 15:1). Возраст больных колебался от 14 до 68 лет. Средний возраст составил 36,2 года.

Все пациенты были обследованы в различные сроки после лечения (в течение 10 лет). По результатам анализа был предложен алгоритм диспансерного наблюдения за больными ГЛПС с учетом частоты отдаленных осложнений.

С учетом спектра осложнений нами был предложен следующий алгоритм осмотра и обследования – 1 раз в 3 месяца в течение первого года и далее 1 раз в 6 месяцев.

При каждом посещении пациенту проводили лабораторное обследование, включающее биохимический анализ крови с показателями азотвыделительной функции почек, посев мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, общие анализы крови и мочи. При необходимости обследование расширялось.

Также при каждом обращении больного проводили ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря. Ежегодно проводили исследование функции почек и компьютерную томографию.

Распределение больных по возрастным группам и соотношение по половому признаку свидетельствуют о преимущественном поражении социально активных лиц мужского пола.

Результаты и обсуждение

У большинства оперированных – 38 (79,2%) имело место активное продолжающееся кровотечение. Источниками геморрагии в 33 (68,8%) наблюдениях служили СРП. В числе наблюдений состоявшихся кровотечений в 5 (10,4%) случаях были обнаружены огромные (объемом более 1250 мл) гематомы, по всей вероятности, способствовавшие самопроизвольной остановке кровотечений.

В целом СРП из 48 оперированных (50 почек) при ревизии удалось обнаружить у 45 (47 почек). Разрывы локализовались исключительно в корковом слое паренхимы глубиной около 1 – 2 см с диастазом краев дефекта до 1,5 см. В зоне разрыва наблюдалось отслоение фиброзной капсулы вследствие самопроизвольной декапсуляции. В приводимых наблюдениях обнаруживались как одиночные, так и первично-множественные СРП.

Одиночные разрывы были обнаружены у 36 (75% от общего числа оперированных) больных. Они имели чаще продольное – 20 (41,7%), реже радиальное – 16 (33,3%) направления, дефекты располагались по пе-

редней – 21 (43,8%), задней – 10 (20,8), а также по медиальному – 3 (6,3%) и латеральному – 1 (2,1%) краям органа.

Множественные (от 2 до 4) разрывы наблюдались у 12 (25%) больных (14 почек).

Наблюдение за пролеченными больными показало увеличение осложнений в отдаленном периоде после ушивания почек при их спонтанных разрывах при геморрагической лихорадке с почечным синдромом по сравнению с её консервативным лечением при тяжелой форме заболевания. Специфические осложнения, такие как гидронефроз и склерозирующий паранефрит, связаны, по нашему мнению, с повреждением жировой капсулы почки и наличием околопочечной гематомы.

Хроническим пиелонефритом страдали 60,4% пациентов, оперированных по поводу СРП и лишь 18% после консервативного лечения ГЛПС тяжелой формы. Мочекаменная болезнь зарегистрирована у 14 (29,2%) пациентов, оперированных по поводу СРП, против 4 (8%), получавших консервативное лечение (см. таблицу).

Достаточно часто у одного и того же больного были выявлены два и более осложнений одновременно. Так, осложнения со стороны мочеполовой системы в позднем периоде наблюдения были диагностированы у 31 (64,6%) из 48 обследованных. При этом одно осложнение было выявлено у 25 пациентов, два – у 17, три – у 5 и 4 осложнения – у 2 обследованных (см. рисунок).

Таблица

Осложнения геморрагической лихорадки с почечным синдромом в позднем периоде наблюдения

Осложнения	ГЛПС, тяжелое течение, лечение консервативное (n=50)		ГЛПС, осложненное течение, лечение оперативное (n=48)		P
	абс.	%	абс.	%	
Хронический пиелонефрит	9	18	29	60,4	<0,001
Образование камня в почке	4	8	14	29,2	<0,001
Кисты почки	1	2	5	10,4	<0,001
Склерозирующий паранефрит	–	–	4	8,3	<0,001
Гидронефроз	–	–	2	4,2	<0,001
Нефрогенная артериальная гипертензия	5	10	24	45,8	<0,001

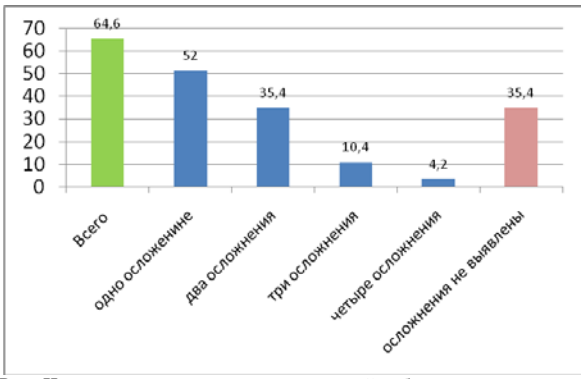

Рис. Частота возникновения осложнений у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, связанных со спонтанными разрывами почек в позднем послеоперационном периоде (%)

Из резидуальных проявлений у переболевших с давностью заболевания до 3-х лет в 18,4% случаев отмечался астеноневротический синдром (слабость, утомляемость, головная боль, периодическое сердцебиение, нарушение сна, боли в мышцах конечностей, парастезии) и в 23% – пояснично-болевой синдром (тупые ноющие боли в области поясницы, особенно после физической нагрузки и длительной ходьбы, жажда и сухость во рту).

У 59% обследованных в первые 3 года после заболевания наблюдалось снижение относительной плотности мочи, которое зависело от тяжести перенесенной ГЛПС.

В последние годы были опубликованы работы о развитии нефрогенной артериальной гипертензии после травмы почки [3]. Существенное значение в возникновении гипертензии, по мнению этих авторов, имеет забрюшинная околопочечная гематома (урогематома) с последующим развитием перинефрита и склерозирующего паранефрита. Мы выявили нефрогенную артериальную гипертензию в позднем периоде наблюдения у 24 (45,8%) из 48 больных, при этом в течение первого года после получения травмы почки повышения артериального давления не было выявлено ни у одного пациента, в течение второго года после травмы почки повышение артериального давления выявлено у 15 (31,25%) из 48 больных, в течение третьего года – у 20 (41,7%), в течение четвертого-пятого годов – у оставшихся 13 (27,1%) пациентов этой группы.

Кисты почек развились у 5 пациентов из 48, что составило 10,4%, причем у 2 (40%) они образовались в течение первого года после ГЛПС осложненной формы.

Сроки возникновения гидронефроза после лечения у наблюдаемых нами больных были различными: спустя 6 месяцев после операции гидронефроз был выявлен у одного больного, спустя 12 месяцев – еще у одного.

Причиной гидронефроза являлось затруднение оттока мочи из почки из-за рубцовых стриктур и искривлений мочеточника или образовавшегося в лоханке камня, сдавления прилоханочного отдела мочеточника рубцовой полостью после имеющихся гематом или урогематом, а также после склерозирующего паранефрита. Склерозирующий паранефрит выявлен у 4 (8,3%) наблюдаемых больных.

Заключение

Таким образом, изучение отдаленных результатов после консервативного лечения геморрагической лихорадки тяжелой формы и оперативного лечения осложнений показало, что пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении с частотой осмотра не менее одного раза в 6 месяцев.

Выявление таких осложнений, как хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, кисты почек, склерозирующий паранефрит, гидронефроз и нефрогенная артериальная гипертензия, на ранних стадиях позволяет начать своевременное адекватное лечение.

Сведения об авторах статьи:

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Сафиуллин Руслан Ильясович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. e-mail: russafiullin@yandex.ru.

Сахаутдинов Дамир Расимович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: sahautdinov@gmail.com.

Мустафин Артур Тагирович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: sqwer1@yandex.ru.

Коржавин Виталий Германович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: vitaly1970@mail.ru.

Казихинуров Альфред Альтафович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко, Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в России – проблема XXI века/ Е.А. Ткаченко, Т.К. Дзагурова, А.Д. Бернштейн, Н.М. Окулова, Н.А. Коротина [и др.] // Вестник Российской академии естественных наук. –2012. – №1. – С. 48-54.
2. Мухаметзянов, Ш.А. Разрывы почек у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом / Ш.А.Мухаметзянов, А.А.Кипенский, Т.А.Измайлова, А.С.Кац, В.И.Ненашкин // Каз. мед. журн. – 1976. – №5. – С. 436-438.
3. Башков, В.А. Оптимизация лечения закрытых травм почек: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Саратов, 2005. – 25 с.
4. Газымов, М.М. Причины острой почечной недостаточности и смертности при ней / М.М. Газымов, В.Г. Доброе, А.А. Карушкин // Нефрология и диализ. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 310.
5. Хунафина, Д.Х. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Современная эпидемиология (обзор литературы) / Д.Х. Хунафина, А.Т. Галиева, Л.Р. Шайхуллина [и др.] // Медицинский альманах. – 2009. – № 2.
6. Евсеев, А.Л. Морфологические изменения в почках при геморрагической лихорадке с почечным синдромом / А.Л. Евсеев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2003. Д.Х. Хунафина № 3. – С. 99.
7. Мухетдинова, Г.А. Клинико-диагностические особенности геморрагической лихорадки с почечным синдромом в эндемичном регионе / Г.А. Мухетдинова, Р.М. Фазлыева, В.Х. Мустафина // Казанский мед. журн. – 2008. – Т. 89, № 5.
8. Фигурнов, В.А. Особенности клинического проявления и некоторые закономерности патогенеза при тяжелом течении геморрагической лихорадки с почечным синдромом / В.А. Фигурнов, Н.А. Маруних, А.В. Гаврилов, Е.В. Фигурнова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – № 2.
9. Хасанова, Г.М. Особенности заболеваемости, течения, осложнений и исходов геморрагической лихорадки с почечным синдромом в крупном промышленном городе / Г.М. Хасанова // Вестник Башкирского университета. – 2007. – Т. 12, № 4. – С. 45.

УДК 616.127-07-053.2
© Р.Р. Раянова, К.В. Червякова, Л.В. Яковлева, И.Е. Николаева, Т.И. Мустафин, А.В. Мелитицкая, 2012

Р.Р. Раянова[1], К.В. Червякова[1], Л.В. Яковлева[2],
И.Е. Николаева[1], Т.И. Мустафин[2], А.В. Мелитицкая[2]

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ

[1]ГБУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», г. Уфа
[2]ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Минздрава России, г. Уфа

В статье представлены данные о редкой форме патологии сердца у детей – некомпактном миокарде левого желудочка. Приводится клиническое наблюдение пациентки с некомпактным миокардом левого желудочка.

Ключевые слова: некомпактный миокард левого желудочка, эхокардиография, дети.

R.R. Rayanova, K.V. Chervyakova, L.V. Yakovleva,
I.E. Nikolaeva, T.I. Mustafin, A.V. Melititskaya

DIFFICULTIES IN DIAGNOSING NON-COMPACT MYOCARDIUM OF THE LEFT VENTRICLE IN CHILDREN