

Мы проанализировали частоту осложнений воспалительного процесса, которые стали причиной инвалидности при увеитах по материалам Харьковской областной глазной МСЭК за период 1988–1992 гг. и 1998 - 2002 гг. (18 499 историй болезни). Проводился анализ осложнений увеитов, зафиксированных документально в качестве одной из причин инвалидности, и их доля в целом за изученный период, а также их динамика за 10 лет (1988 - 1992 гг. и 1998 - 2002 гг. соответственно).

Исследование показало, что в целом при увеитах у инвалидов по зрению заболевание осложнялось невритом и атрофией зрительного нерва в 7,3 %. Как причина инвалидности неврит и атрофия зрительного нерва осложняли течение эндогенных увеитов в 8,3 %. Экзогенные увеиты у инвалидов по зрению осложнялись невритом и атрофией зрительного нерва значительно реже (в 4,7 % наблюдений). Изучение частоты поражений зрительного нерва как причин инвалидности при эндогенных и экзогенных увеитах в динамике за 10 лет показало, что у больных с экзогенными увеитами снизилась частота атрофии зрительного нерва (на 4,3 %).

При эндогенных увеитах в динамике за 10 лет, напротив, частота поражения зрительного нерва возросла на 3,4 %.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Поражения зрительного нерва являются весомой причиной инвалидности при увеитах.

2. Неврит и атрофия зрительного нерва почти в два раза чаще осложняют течение эндогенных увеитов у инвалидов по зрению, в сравнении с экзогенными увеитами.

3. За последние 10 лет отмечается рост удельного веса поражений зрительного нерва как причины инвалидности при эндогенных увеитах.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки новых методов лечения и реабилитации больных с увеитами, осложненными поражением зрительного нерва.

СПОНТАННЫЕ РАЗРЫВЫ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК

А.С. Переверзев, Д.В. Щукин, Ю.А. Илюхин, В.В. Мегера, В.Л. Ярославский
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина
Белгородская областная клиническая больница, г. Белгород, Россия

Спонтанные ретроперитонеальные кровоизлияния являются редким, но весьма грозным осложнением заболеваний органов и тканей брюшинного пространства. Природа их происхождения не всегда ясна. Они могут возникать при разрывах аневризмы аорты, септических заболеваниях и геморрагических диатезах. Но, при ис-

ключении вышеприведенных причин, самым частым источником формирования самопроизвольной забрюшинной гематомы следует считать опухоль почки. Среди всех новообразований почки несомненное лидерство в плане возможности спонтанного разрыва принадлежит почечно-клеточному раку и ангиомиолипоме почки (АМЛ). В редких случаях кровотечение может носить билатеральный характер.

С 1989 по 2004 г. в клинике наблюдались и проходили лечение 10 пациентов (7 женщин и 3 мужчин) со спонтанной субкапсулярной или паранефральной гематомой, связанной с разрывом опухоли почки.

У всех 10 пациентов отмечались резкие боли в поясничной области, макрогематурия не была отмечена ни у одного из больных, нарушение гемодинамики по гипотоническому типу зафиксировано у 50% (у 4 пациентов – потеря сознания), пальпируемое болезненное образование выявлено у 80%, повышение температуры тела до фебрильных цифр имело место у 2 пациентов (20%).

Определенную причину, с которой можно было бы связать появление жалоб, четко указывали лишь 30% пациентов (после физической нагрузки), у остальных больных резкие боли возникали спонтанно. Морфологическая структура опухолей была представлена следующими нозологическими единицами: ангиомиолипома почки – 4 пациента, почечно-клеточный рак – 6 пациентов. У двух пациентов, страдавших раком почки, имел место опухолевый тромб в почечной и нижней полой вене до ее подпеченочного отдела. Стадия почечно-клеточного рака варьировала от Т2 (60%), Т3а (20%) до Т3b (20%).

Ультрасонография явилась основным методом диагностики самопроизвольного разрыва опухоли почек. Она позволяла четко дифференцировать наличие жиросодержащего компонента новообразования, адекватно определяла объем и границы гематомы.

Пациенты поступали в стационар в среднем через 17 суток от момента возникновения разрыва (от 1 до 60 суток), что существенно затрудняло интерпретацию диагностических изображений. В связи с этим 2 пациентам выполнено магнитно-резонансное исследование, у 3 – компьютерная томография.

В группе пациентов с ангиомиолипомой почки органосохраняющее хирургическое вмешательство (энуклеация, энуклеорезекция) выполнено 3 больным (75%). В группе почечно-клеточного рака удаление опухоли с сохранением почки проведено только в 1 случае (16,6%), в остальных 5 наблюдениях – радикальная нефрэктомия (у 2 пациентов в сочетании с венокаватромбэктомией).

В 90% случаев опухоли локализовались в среднем или среднеполярном сегменте почки, в 70% случаев поражали левую почку. Объем гематомы варьировал от 150 до 1500 мл (в среднем – 480 мл).

Анализ вышеприведенного материала позволяет выделить 3 основных патогенетических фактора разрыва опухолей почек:

- 1) тромбоз почечной вены – выраженная венозная гипертензия – разрыв опухоли почки (20%);
- 2) кровоизлияние внутри опухоли – разрыв опухоли почки (10%);
- 3) измененная сосудистая ткань внутри опухоли (результат ангио-неогенеза) – минимальная травма – разрыв опухоли (70%);
- 4) варикозное расширение вен псевдокапсулы опухоли.

Отдаленные результаты прослежены у всех 4 пациентов с ангио-миолипомой почки и у 4 из 6 больных с почечно-клеточным раком. У пациентов с АМЛ отмечались нормальные геморенальные показатели при наблюдении от 10 до 68 месяцев. Признаков прогрессирования заболевания не отмечено. Период наблюдения за пациентами с разрывами при почечно-клеточном раке составлял от 12 до 98 месяцев (в среднем – 48 месяцев). Ни у одного из больных не было зафиксировано локального рецидива заболевания и отдаленных метастазов.

Таким образом, можно выделить следующие клинические тенденции у пациентов с самопроизвольным разрывом опухолей почек:

- фактически у всех пациентов отсутствует макрогематурия;
- подавляющее большинство опухолей было расположено слева;
- 90% новообразований располагалось в среднем сегменте почки;
- определяющим симптомом самопроизвольного разрыва опухоли почки были острые боли в поясничной области;
- потеря сознания отмечалась лишь при гематомах объемом более 500 мл;
- клиническая картина не зависела от размера первичной опухоли.

ТРАВМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

А.А. Поляков, В.В. Базаев, М.Л. Королев, А.О. Гаврилов, Р.У. Ромашкина
Подольская городская клиническая больница, г. Подольск, Россия
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Повреждения и ранения органов мочеполовой системы и оказание медицинской помощи пострадавшим до сих пор является одной из наиболее актуальных проблем военно-полевой хирургии и урологии [1, 3, 4].

В мирное время разрывы мочевого пузыря носят преимущественно закрытый характер и встречаются очень редко: в 0,4-15% от общего числа различных повреждений [5, 6]. В 48% наблюдений закрытые повреждения мочевого пузыря имеют изолированный характер, а в сочетании с травмами других органов они встречаются в следующих пропорциях: в 40-42% случаев – с переломом таза, в 4-10% – с разрывом кишечника, в 12-36% – с множественными переломами и повреждениями паренхиматозных органов [2].