

А.А. Фокин, О.С. Терешин, К.В. Лаптев, А.А. Лукин, И.О. Панов

ЭКСТРЕННАЯ АНГИОХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИИ

**ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава» (г. Челябинск)
ГУЗ Областной онкологический диспансер (г. Челябинск)**

Сфера деятельности ангиохирургов в лечении онкологических больных достаточно широка. Это объясняется следующими реальными обстоятельствами:

1. Частотой опухолевой инвазии магистральных сосудов в условиях, когда 56 % больных, с впервые установленным диагнозом онкологического заболевания в 2005 г., относятся к III – IV стадии.

2. Высокой вероятностью сочетания рака с критической атеросклеротической артериальной патологией. Не от рака, а в основном от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает 12 – 14 % онкологических больных в Российской Федерации.

3. Повышенной тромбоопасностью онкологического пациента.

4. Возможностью развития отдаленных осложнений специальных видов терапии опухолей, с учетом улучшения результатов лечения и увеличения продолжительности жизни.

Наш многолетний опыт сосудистых вмешательств в онкологии привел в 1999 г. к созданию центра онкоангиохирургии и систематизации принципов совместной деятельности. Всего произведено 1170 операций. Удаление, инвазирующих крупных сосудов, опухолей – 492. В 63 наблюдениях произведено временное наружное шунтирование при синдроме сдавления верхней полой вены (паллиативное лечение) перед лучевой терапией. Критические атеросклеротические изменения аорты и артерий в 110 случаях подвергнуты оперативному лечению перед, во время или после онкологического лечения. Оперированы 32 случая стенозов и окклюзий артерий (28) и вен (4), вследствие отдаленных последствий лучевой терапии. С целью профилактики венозного тромбоэмболизма выполнены 325 кроссэктомий и перевязок вен, 14 кавапликаций и 14 имплантаций кавафилтра. От общего количества операций экстренно произведено – 121 (10,34 %). Структура причин экстренных вмешательств следующая: опухолевая инвазия сосудов не диагностированная до операции – 51 (42,16 %), кровотечения вследствие ятрогенного повреждения сосудов – 10 (8,26 %), аррозивное кровотечение – 10 (8,26 %), для профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) – 39 (32,23 %), инфекция синтетического сосудистого протеза – 4 (3,3 %), тромбоз или эмболия артерий большого круга кровообращения – 6 (4,96 %), разрыв аневризмы брюшной аорты – 1 (0,83 %).

Таким образом, наиболее частой причиной срочного участия ангиохирурга является необходимость в хирургической профилактике ТЭЛА, особенно при лечении рака легкого. Мы наблюдаем тенденцию к уменьшению числа не установленной предварительно опухолевой инвазии сосудов. Обычно это ошибка в интерпретации данных дуплексного сканирования, компьютерной и магнитнорезонансной томографии.

Возможности ангиографии для идентификации инвазии оцениваем низко (за исключением рака почки). При аррозивных кровотечениях на фоне предшествующей лучевой терапии на шее и в паху, вмешательство, как правило, заканчивается перевязкой сосудов. Остальные сосудистые эксцессы очень редки и достоверно не анализируются. Редкость случаев инфекции пластических материалов является результатом профилактической терапии антибиотиками, преимущественного использования политетрафторэтилена, отказа, по возможности, от синтетических материалов при операциях симультанных с резекцией желудка, кишечника, почки, мочевого пузыря.

А.П. Фролов

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЖИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

С середины 80-х годов XX века в странах Западной Европы, Северной Америки наблюдается значительный рост больных с различными формами рожи – заболевания стрептококковой этиологии, которое в 60 – 70-х годах встречалось относительно редко. Существенно увеличилась доля больных с некротической формой рожи (НФР), которая стала протекать крайне тяжело с образованием обширных некрозов кожи и инфекционно-токсическим шоком. Заболеваемость в настоящее время составляет 1,2 – 6,1 больных на 100 тыс. населения, а летальность 30 – 80 %. Рост числа тяжелых стрептококковых заболеваний связывают с появлением в циркуляции M1, M3 и M18 серотипов стрептококка. Высокая