

после лазерной обработки на внутренней поверхности гнойной полости микроорганизмы. Использование ВЛОК, по нашему мнению, приводит к высокой концентрации антибиотиков по наружной поверхности остаточной

полости, что улучшает проникновению их через ее стенки, а местная лазеротерапия пролонгирует действие антибактериальных препаратов.

Сведения об авторах статьи:

Пантелеев Владимир Сергеевич, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии БГМУ, зав. отделением лазерной хирургии ГБУЗ Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, руководитель Республиканского центра лазерной медицины (450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132; т.(347) 279-03-93; факс 228-77-77; E-mail: w.s.panteleev@mail.ru).

Габдрахимов Салават Рифович, врач-хирург отделения лазерной хирургии ГБУЗ Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова (450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132, т.(347) 279-03-93; факс 228-77-77; E-mail: rcb@mail.ru).

Галеева Жанна Азатовна, преподаватель кафедры иностранных языков с курсом латинского языка БГМУ. Тел.: 282-80-24, E-mail: GJAangel07@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гейниц, А.В. Фотодинамическая терапия. История создания метода и ее механизмы / А.В. Гейниц // Лазерная медицина. – 2008. – Т.11, № 3. – С. 42 – 46.
2. Гейниц, А.В. ГНЦ лазерной медицины – четверть века на пути создания лазерных инновационных технологий в медицине / А.В. Гейниц, Г.И. Цыганова // Лазерная медицина. – 2011. – Т.15, № 2. – С. 16–18.
3. Герцен А.В., Васина Т.А., Белополюский А.А. Лазероантибиотикотерапия. – М., 2002. – 231 с.
4. Нартайлаков М.А. Хирургия печени и желчных путей. – Уфа, 2005. – 206 с.
5. Нартайлаков М.А., Плечев В.В., Мушарапов Д.Р., Лукманова Г.И. Эхинококкоз печени. – Уфа, 2006. – 104 с.
6. Пантелеев, В.С. Антимикробная фотодинамическая терапия и лазерная активация антибиотиков при лечении больных с гнойно-некротическими ранами / В.С. Пантелеев, В.А. Заварухин, Д.Р. Мушарапов, Г.Н. Чингизова // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 1. – С. 11–14.
7. Странадко, Е.Ф. Развитие фотодинамической терапии в России / Е.Ф. Странадко // Лазерная медицина. – 2011. – Т. 15, № 2. – С. 18–21.
8. Тулин, А.И. Лечение осложненных форм альвеолярного эхинококка печени / А.И. Тулин, Р. Рибениекс, Е. Погодина [и др.] // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 320.
9. Casaravilla, C. Characterization of carbohydrates of adult Echinococcus granulosus by lectin-binding analysis / C. Casaravilla, R. Malgor, C. Carmona // J. Parasitol. – 2003. – Vol. 89. – №1. – P. 57-61.
10. George, P. Phenothiazinium Antimicrobial Photosensitizers Are Substrates of Bacterial Multidrug Resistance Pumps / P. George // Antimicrob Agents Chemother. – 2006. – Vol. 50. – № 1. – P. 196-203.
11. Liver abscess of hydatid origin: Clinical features and results of aggressive treatment / C. Manterola, M. Barroso, M. Vial et al. // ANZ. J.Surg. – 2003. – Vol. 73. – № 4. – P. 220-224.
12. Maisch, T. Antibacterial photodynamic therapy. A new treatment for bacterial skin diseases? / T. Maisch, C. Bosl, R. Szeimies // Hautarzt. – 2005. – Vol.56. – № 11. – P. 1048.
13. Maisch, T. Antibacterial photodynamic therapy in dermatology / T. Maisch, R. Szeimies, G. Jori // Photochem Photobiol Sci. – 2004. – Vol. 3. – № 10. – P. 907.

УДК 616.13-004.6:616-089.8

© В.В. Плечев, А.И. Шестаков, В.Ш. Ишметов, М.О. Логинов, Р.Х. Юсупов, 2012

В.В. Плечев, А.И. Шестаков, В.Ш. Ишметов, М.О. Логинов, Р.Х. Юсупов
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа

В статье представлены современные подходы к лечению пациентов с мультифокальным атеросклерозом. Приведен пример оперативного лечения пациента на нескольких артериальных бассейнах с применением гибридной операции.

Ключевые слова: атеросклероз, гибридная операция.

V.V. Plechev, A.I. Shestakov, V.Sh. Ishmetov, M.O. Loginov, R.Kh. Yusupov
HYBRID SURGICAL MANAGEMENT OF ATHEROSCLEROTIC VASCULATURE

The article presents the up-to-date approaches to the treatment of patients with multifocal atherosclerosis. A surgical treatment modality was exemplified by a case of a multifocally applied hybrid procedure in vasculature management.

Key words: atherosclerosis, hybrid procedure.

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее злободневной проблемой современного общества. Во всех странах мира они существенно опережают все остальные. В нашей стране смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 57,1%. В 2008 году в лечебно-профилактических учреждениях страны было зарегистрировано 31,3 млн. случаев болезней сердца и сосудов, из

них в 3,78 млн. случаев диагноз установлен впервые[2]. Между тем существующие методы профилактики, диагностические пособия и лечебные мероприятия позволяют существенно видоизменить картину как в отношении удлинения продолжительности жизни, так и в улучшении ее качества.

Облитерирующие заболевания артериальной системы занимают первое место в

структуре заболеваемости, стойкой нетрудоспособности, летальности во всех странах мира. Особую проблему представляет облитерирующий атеросклероз, составляющий 80% от числа всех случаев хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. По данным литературы после появления первых симптомов, характерных для артериальной недостаточности нижних конечностей, у 10–40% больных в течение 3–5 лет прогрессирование патологии приводит к гангрене и ампутации конечности. При развитии критической ишемии даже при лечении в условиях специализированного стационара 25% больных умирают в течение года, а еще 25% нуждаются в высоких ампутациях. Ежегодно критическая ишемия нижних конечностей развивается примерно у 500–1 000 человек на 1 млн. больных, при этом выполняется около 150 тыс. ампутаций. Наибольшую тяжесть в лечении пациентов представляют так называемые многоэтажные, или сегментарные, стенозы, которые, по данным разных авторов, встречаются в 20–60% случаев. В настоящее время увеличивается количество гибридных операций, тем не менее проблема одномоментной реваскуляризации артерий нижних конечностей остается актуальной для российской клинической практики.

Главной особенностью данной патологии является неуклонно прогрессирующее течение, характеризующееся нарастанием выраженности перемежающейся хромоты и переходом ее в постоянный болевой синдром или гангрену. Периоперационная летальность при ампутациях ниже колена составляет 5–10%, выше колена – 15–20%. Летальность в течение первых двух лет после ампутации колеблется в пределах 25–30%, а через 5 лет – 50–75%. При этом после ампутации голени на протезе через 2 года ходят лишь 69,4% больных, а бедра – всего 30,3%.

Летальность после реконструктивных операций, ранее составлявшая 2–13%, в настоящее время в ведущих клиниках России не превышает 1,2%. Оценивая необходимое количество операций больным с облитерирующими заболеваниями аорты и артерий нижних конечностей, можно в качестве примера привести США, где в 1995 году выполнено 400 000 госпитализаций по поводу заболеваний периферических артерий. Было выполнено 50 000 баллонных ангиопластик, 110 000 шунтирований, 69 000 ампутаций. При этом расходы при первичной ампутации в развитых странах, таких как Великобритания, пре-

вышали вдвое расходы при успешной реваскуляризации.

Термин “атеросклероз” происходит от греческих слов “athtre” – пшеничная кашка и “sclerosis” – твердый. Несмотря на то что патоморфология атеросклероза изучается более 140 лет, начиная с первых работ Р. Вирхова (1856), характер и особенности процессов, происходящих в стенке сосудов при этом заболевании, остаются до конца не ясными. Даже наблюдаемые при микроскопическом исследовании клеточные и внеклеточные изменения в стенке сосуда в области формирования атеросклеротической бляшки трактуются по-разному. При формировании атеросклероза основные изменения происходят в эндотелии и гладких мышечных клетках субэндотелиального слоя интимы.

Различают 4 вида атеросклеротических изменений сосудов:

1. Жировые пятна или полосы, представляющие собой участки бледно-желтого цвета, содержащие липиды, не возвышающиеся над поверхностью интимы. Это наиболее ранние проявления атеросклероза.

2. Фиброзные бляшки – овальные или округлые образования, содержащие липиды, возвышающиеся над поверхностью интимы, нередко сливающиеся в сплошные бугристые поля.

3. Фиброзные бляшки с различного рода осложнениями: изъязвлением, кровоизлиянием, наложением тромботических масс.

4. Кальциноз – отложение в фиброзных бляшках солей кальция.

Наиболее значительные атеросклеротические изменения чаще всего локализуются в местах наибольшего гемодинамического или механического воздействия на стенку сосуда: в зонах бифуркации, местах отхождения магистральных артерий от аорты и извитых участках артерии.

К ведущим факторам риска развития атеросклероза относятся артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и курение. В меньшей степени влияют ожирение, сахарный диабет, гипертриглицеридемия, сидячий образ жизни, стресс и наследственность.

Рентгеноэндоваскулярная хирургия – «хирургия без скальпеля» – позволяет выполнить реконструкцию кровеносного сосуда без хирургического вмешательства. Хотя эти методики появились в конце 60-х – начале 70-х годов прошлого века, их активное развитие началось лишь в последнее десятилетие XX века в связи с появлением новых технологий и расходных материалов.

Можно смело сказать, что в настоящее время прогресс сосудистой хирургии связан прежде всего с развитием и внедрением рентгеноэндоваскулярных технологий. По оценкам Президента Американской коллегии сосудистых хирургов Ф.Вейса в 2015 году в США 45-80% всех ангиохирургических операций будут выполняться эндоваскулярно.

Однако, несмотря на заманчивые перспективы, эти методики имеют ряд недостатков. Во-первых, далеко не все варианты поражения сосудов доступны рентгеноэндоваскулярному вмешательству, во-вторых, они до сих пор остаются весьма дорогостоящими.

Поиски разумного компромисса между двумя методами хирургического лечения (открытой и эндоваскулярной хирургией) привели к возникновению так называемых гибридных технологий. Это абсолютно новое направление в медицине и медицинской технике. Таким образом, интеграция усилий и мастерство двух специалистов приводят к тому, что процедура отличается малой инвазивностью рентгеноэндоваскулярной манипуляции и надежностью и экономической эффективностью открытой хирургии.

Подобные операции уже около года выполняются и в нашей клинике на ветвях

брюшного отдела аорты и артериях конечностей при атеросклерозе. В данном случае при традиционном подходе пациент должен перенести как минимум две операции. Применение гибридной технологии позволит устранить патологические изменения не только в одном, но в нескольких артериальных бассейнах.

Клиническое наблюдение

Пациент А. 73 лет поступил в отделение хирургии сосудов Клиники БГМУ с жалобами на подъем артериального давления до 200/130 мм рт. ст., перемежающую хромоту через 30 метров, ночные боли в правой нижней конечности, наличие трофической язвы на правой стопе. Была выполнена ангиография, выставлен клинический диагноз ОСН: атеросклероз, синдром Такаясу-Денерея-Лериша, стеноз сонных, левой почечной, левой подвздошной артерий, окклюзия правой почечной, правой подвздошной, левой бедренной артерий. ХНМК II стадии, СХАИ в стадии компенсации. ХИ IV стадии.

Осложнения: трофическая язва IV, V пальцев правой стопы.

Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II, гипертоническая болезнь III стадии, риск IV.



Рис. 1. Ангиографическое исследование. Выполнено оперативное лечение: 1 этап. Эндоваскулярное стентирование левой почечной артерии. Эндоваскулярная транслюминальная баллонная ангиопластика левой подвздошной артерии

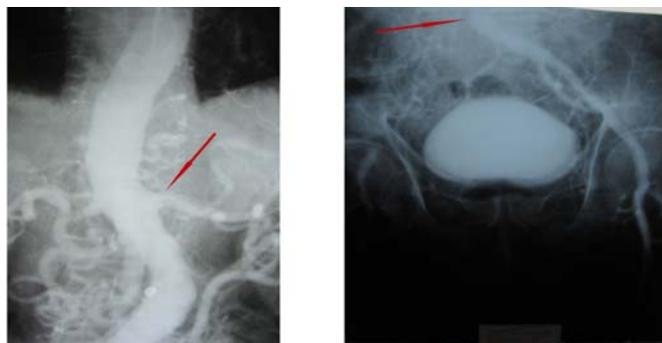


Рис. 2. После стентирования левой почечной артерии, баллонной ангиопластики стеноза устья левой общей подвздошной артерии. 2 этап. Перекрестное бедренно-бедренное шунтирование слева направо

Результаты

1. Артериальное давление снизилось с 200/130 до 130/80 мм рт.ст. без гипотензивных препаратов.

2. Ночные боли в правой нижней конечности купировались.

3. Через месяц зажили трофические язвы на правой стопе и дистанция безболевой ходьбы увеличилась до 100 метров.

Выводы

Внедрение в практику гибридных методов лечения является новой страницей сердечно-сосудистой хирургии и уже сегодня позволило существенно расширить показания к немедикаментозным методам лечения (ин-

тервенционное пособие или операция) ранее не операбельных больных, и совершенно очевидно, что дальнейшее развитие раздела клинической медицины, охватывающего лечение сердечно-сосудистых заболеваний, является очень стремительным и эффективными.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович, д.м.н., профессор, зав. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ, 450000, г.Уфа, ул. Ленина,3;

Шестаков Александр Иванович, д.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии ГБОУ ВПО Клиника БГМУ, 450083, г.Уфа, ул. Шафиева,2;

Ишметов Владимир Шамильевич, д.м.н., зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБОУ ВПО Клиника БГМУ, 450083, г.Уфа, ул. Шафиева,2;

Логинов Максим Олегович, ординатор отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБОУ ВПО Клиника БГМУ, 450083, г.Уфа, ул. Шафиева,2; e-mail: mloginov08@rambler.ru

Юсупов Ринат Хабибович, ординатор отделения сосудистой хирургии ГБОУ ВПО Клиника БГМУ, 450083, г.Уфа, ул. Шафиева,2;

ЛИТЕРАТУРА

1. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии/ под ред. Л. А. Бокерия. В 2-х т. –М.: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 1999. Т 2.– 348 с, иллюстр.
2. Сердечно-сосудистые заболевания: современный уровень диагностики и лечения. /Л.А. Бокерия. – М.: Медицина, 2009. – 334 с.
3. Избранные главы госпитальной хирургии (новые технологии)/ под ред. В.В. Плечева, В.М. Тимербулатова. – Уфа, 2007. –528 с.
4. Затевахин, И.И., Шиповский В.Н., Золкин В.Н. Баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей. – 2004. – 248 с.
5. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. – 2000.
6. Бураковский, А.И., Бокерия, Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. –М., 1989. – 750 с.

УДК 316.36-006:616-089.8

© В.В. Плечев, Ф.Ф. Муфазалов, А.И. Шестаков, В.Ш. Ишметов, М.О. Логинов, И.Д. Утенская, 2012

В.В. Плечев, Ф.Ф. Муфазалов, А.И. Шестаков,
В.Ш. Ишметов, М.О. Логинов, И.Д. Утенская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА И МЕТАСТАЗОВ РАКА ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ПЕЧЕНЬ МЕТОДОМ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г.Уфа

В статье представлены обзор и результаты лечения злокачественных новообразований печени методов химиоэмболизации печеночной артерии у 38 пациентов. Проведен анализ результатов данного метода лечения.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярный рак, метастазы в печень, химиоэмболизация.

V.V. Plechev, F.F. Mufazalov, A.I. Shestakov, V.Sh. Ishmetov, M.O. Loginov, I.D. Utenskaya
**EFFICACY OF TREATMENT BY CHEMOEMBOLIZATION
IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND DISTANT METASTASES
INTO THE LIVER**

The article presents an overview and treatment results of malignant liver neoplasms by means of hepatic artery chemoembolization in 38 patients. An analysis of treatment outcomes achieved by chemoembolization application was performed.

Key words: hepatocellular carcinoma, liver metastases, chemoembolization.

Проблема лечения злокачественных опухолей печени остается актуальной и сегодня. Во всем мире наблюдается общая тенденция к увеличению доли рака печени в структуре онкологических заболеваний. Большинство пациентов на момент выявления злокачественного процесса признаются неоперабельными. Заболеваемость первичным раком печени в России не превышает 3-5% среди всех злокачественных опухолей что, однако, не снижает актуальности его изучения [1].

Единственным методом радикального лечения злокачественных опухолей печени остается оперативное вмешательство, позволяющее добиться длительной выживаемости, особенно при первичном и метастатическом раке печени. Однако неудовлетворительная функция печени (>75% пациентов имеют хроническое заболевание печени), билобарное распространение процесса, внепеченочное метастазирование при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) позволяют провести радикальное