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 кавафильтра. 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 М1, М3 и М18 серотипов стрептококка. Высокая

вирулентность этих серотипов обусловлена повышенным образованием гиалуронидазы и пирогенных экзотоксинов на фоне низкого уровня популяционного иммунитета ввиду их длительного отсутствия.

Клиника общей хирургии ИГМУ в течение 35 лет в условиях специализированного отделения круглосуточно оказывает помощь всем жителям г. Иркутска с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. С 1971 по 2005 гг. в отделение гнойной хирургии было госпитализировано 1640 больных с различными формами рожи. С 1971 по 1980 гг. на лечении находилось 130 больных, с 1981 по 1990 гг. — 434, с 1991 по 2000 гг. — 609 и с 2001 по 2005 гг. — 467 больных (рис. 1). К середине 80-х годов количество госпитализируемых больных существенно увеличилось. В 1985 г. бы отмечено их максимальное количество (79) для 80-х годов. В последующем, вплоть до 2000-х годов, общая тенденция роста заболеваемости сохранилась. В 2002 г. количество пациентов было максимальным (116). В среднем ежегодно в 70-х годах госпитализировалось 13 больных, в 80-х годах — 43, в 90-х — 69, в 2000-х — 93 больных.

Увеличение количества больных с НФР совпало с общим ростом заболеваемости рожей. В начале 80-х годах, она составила 9,9% от общего количества госпитализированных больных с различными формами рожи. В последующие годы рост НФР продолжился. В 90-х годах НФР отмечалась в 25,2 % наблюдений, а в 2000-х годах — в 36,2 % наблюдений. Учитывая, что все больные с НФР являлись жителями г. Иркутска и находились на лечении в одной клинике можно полагать, что заболеваемость НФР в 2000-х годах составила 7,5 на 100 тыс. взрослого населения.

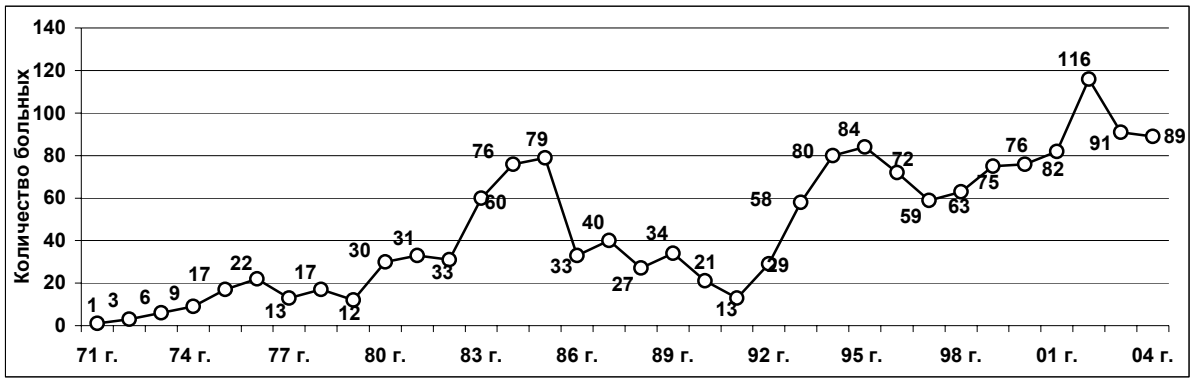

Рис. 1. Динамика заболеваемости рожей.

За последние 10 лет НФР отмечалась во всех возрастных группах. Средний возраст пациентов составил 61,1 ± 2,7 год (рис. 2). Наиболее часто НФР страдали лица пожилого возраста (54,1 %), реже — лица до 30 лет (4,6 %). Характерной особенностью больных молодого было употребление наркотиков в течение длительного времени. Как правило, непосредственное развитие инфекции в мягких тканях было напрямую связано с инъекциями героина героина.

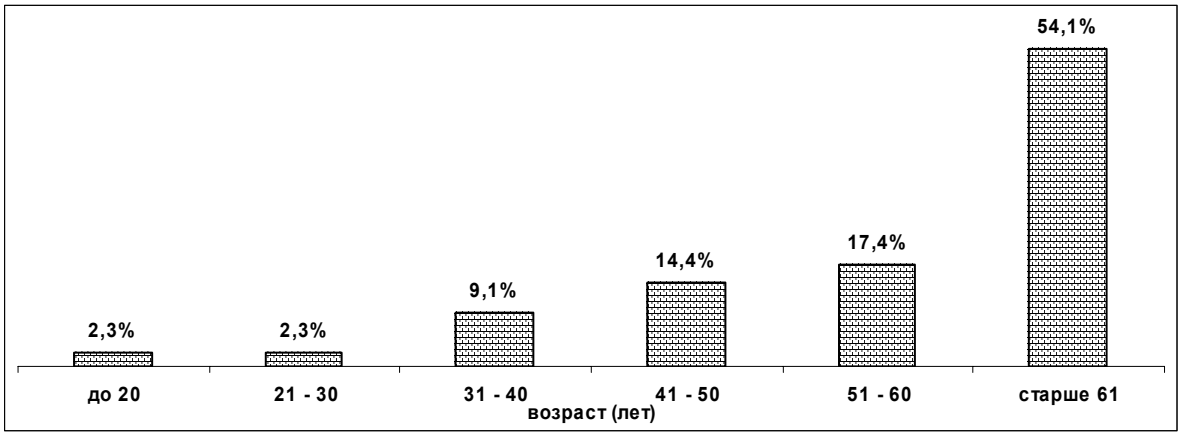

Рис. 2. Возрастная заболеваемость некротической формой рожи.

Заболевание протекало крайне тяжело, во всех наблюдениях некроз кожи превышал 500 см^2. Чаще всего НФР отмечалась у женщин (56,1 %), реже — у мужчин (43,9 %). Заболевание отмечалось несколько чаще в летние месяцы (33,3 %), зимой — 23,5 %, весной — 26,5 %, осенью — 16,7 %. У большинства больных НФР патологический процесс локализовался на нижних конечностях (77,3 %), реже — на верхних конечностях (18,9 %), другая локализация встречалась редко (3,8 %). Преимущественная локализация НФР на нижних конечностях была обусловлена наличием фоновых заболеваний (68,2 %): хронической венозной недостаточности (20,5 %), лимфостаза (4,6 %), сахарного диабета (18,9 %), атеросклероза с ишемией нижних конечностей (12,1 %), сердечно-сосудистой патологии с отеком нижних конеч-

ностей (12,1 %). Фоновые заболевания приводили к существенному нарушению микроциркуляции в коже нижних конечностей, что способствовало стрептококковой инвазии в мягкие ткани и развитию инфекции. В 43,9 % наблюдений при НФР выявлялись входные ворота инфекции: раны — 25,0 %, микротравмы, в том числе повреждения мягких тканей иглами — 11,1 %, укусы — 4,5 %, язвы — 2,3 %. Во всех наблюдениях отмечалась несвоевременная или неправильная их санация входных ворот. Летальность за последние 10 лет составила 18,9—29,5 %. Основной причиной летальных исходов является стрептококковый инфекционно-токсический шок или тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью.

Таким образом, с середины 80-х годов XX века в г. Иркутске отмечается прогрессирующий рост заболеваемости рожей с существенным увеличением доли некротической формы. В настоящее время заболеваемость НФР составляет 7,5 на 100 тыс. взрослого населения. Наличие тяжелого инфекционно-токсического шока и обширность некротического поражения кожи определяют высокую летальность НФР. Все это требует дальнейшего пристального изучения этой патологии.

А.П. Фролов, В.И. Миронов

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

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

Гнойная инфекция мягких тканей остается трудной и важной проблемой в хирургии, занимает одно из ведущих мест среди хирургических заболеваний. Больше чем у половины больных с обширными гнойными процессами развиваются серьезными нарушениями гомеостаза и функций внутренних органов, а также сепсис, что существенным образом влияет на результаты лечения и приводит к летальным исходам. Все это делает лечение раневой инфекции одним из главных научно-практических направлений в хирургии.

Клиника общей хирургии ИГМУ обладает опытом лечения 2490 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей. Пациентов с различными формами рожи — 454 (18,2 %), с флегмонами мягких тканей различной локализации — 410 (16,5 %), с обширными гнойными ранами, осложненными лимфангоитом, лимфаденитом, рожей, целлюлитом, гнойными затеками и др. — 334 (13,4 %). Раны являлись результатом случайных повреждений и следствием оперативного лечения гнойных заболеваний мягких тканей. С абсцессами мягких тканей было госпитализировано 303 (12,2 %) больных. Пациентов с различными формами панариция было 268 (10,8 %), из них у 139 (51,9 %) — костный панариций или пандактилит. С фурункулами и карбункулами госпитализирован 161 (6,5 %) больной. Постинъекционные абсцессы мягких тканей имели место у 143 (5,7 %) больных, нагноившиеся гематомы — у 5,1 %. Пациентов с другими гнойными заболеваниями (мастит, лигатурный свищ, гидраденит, лимфаденит и прочие) было 291 (11,6 %).

Все больные госпитализировались в экстренном порядке. Независимо от нозологической формы показанием к госпитализации считали наличие обширных гнойно-некротических поражений мягких тканей (> 50 см^2), при выявлении хотя бы одного признака синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), или, независимо от размера гнойного фокуса, наличие 2-х и более признаков ССВР. Показанием к госпитализации, помимо общего тяжелого состояния больного, явилось необходимость выполнения ампутации конечности или неэффективность проводимого амбулаторного лечения.

Комплексное лечение гнойных заболеваний включает сочетание хирургического и консервативного методов, базируется на тщательном учете объема поражения, характера местного очага инфекции, а также общего состояния пациента.

На первом этапе лечения основным мероприятием являлось оперативное лечение, которое предусматривало широкое рассечение гнойного очага со вскрытием карманов и затеков, иссечение всех нежизнеспособных и некротизированных участков в пределах здоровых тканей, санацию раны растворами антисептиков и ее дренирование. Характер дренирования зависел от особенностей гнойного процесса. При ограниченном гнойном фокусе и радикальной хирургической обработке очага предпочтение отдавалось проточно-аспирационному дренированию. При отсутствии возможности выполнить одномоментную радикальную санацию гнойного очага выполнялось пассивное дренирование с использованием марлевой тампонады и мазей на водорастворимой основе («Левомеколь», «Левосин»), предусматривалась повторная хирургическая обработка очага. Повторные хирургические обработки включали этапные некрэктомии на границе некротизированных и здоровых тканей, что позволяло ликвидировать основную массу нежизнеспособных тканей в ране, добиться полного очищения раневой поверхности, подготовить условия для ранних пластических и реконструктивных операций. Повышение эффективности хирургической обработки раны добивались включением в комплексное лечение фи-