

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.13.002

© И.Р. Гайсин, З.Р. Багаутдинова, Л.Р. Гибадуллина, Н.А. Бурлаева, А.А. Трухина, И.А. Смирнов, Н.И. Максимов, 2013

И.Р. Гайсин¹, З.Р. Багаутдинова², Л.Р. Гибадуллина²,
Н.А. Бурлаева², А.А. Трухина², И.А. Смирнов², Н.И. Максимов¹
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОГО АНАЛОГА ПРОСТАЦИКЛИНА
ИЛОПРОСТА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ БЮРГЕРА**

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Ижевск

²БУЗ «Республиканский клинико-диагностический центр Министерства здравоохранения
Удмуртской Республики», г. Ижевск

Болезнь Бюргера, или облитерирующий тромбангиит, – тяжелое инвалидизирующее системное заболевание сосудов. Представлен клинический случай больного облитерирующим тромбангиитом с ампутированными (на фоне сосудистой терапии) тремя конечностями. Курсовое внутривенное применение стабильного аналога простациклина илоprostа (Иломедин®) позволяет сохранить единственную конечность.

Ключевые слова: болезнь Бюргера, внутривенный илоprost.

I.R. Gaisin, Z.R. Bagautdinova, L.R. Gibadullina,
N.A. Burlaeva, A.A. Trukhina, I.A. Smirnov, N.I. Maksimov
**EXPERIENCE OF INTRAVENOUS PROSTACYCLIN ILOPROST ANALOGUE USE
IN A PATIENT WITH BUERGER'S DISEASE**

Buerger's disease, or thromboangiitis obliterans, is a severe disabling systemic disease of vessels. The paper describes a case of thromboangiitis obliterans in a patient with three extremities amputated during vascular therapy. The course intravenous administration of the stable prostacyclin analogue iloprost (Ilomedin®) allows the only extremity to be preserved.

Key words: Buerger's disease, intravenous iloprost.

Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера) относится к системным заболеваниям сосудов с поражением артерий и вен конечностей, реже головного мозга, почек, кишечника, сетчатки и характеризуется хроническим пролиферативным процессом с разрастанием интимы и сужением просвета сосудов вплоть до их закрытия [1]. При поражении периферических сосудов отмечается высокий риск ампутации, поражение сосудов внутренних органов значительно повышает смертность больных [2].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациент Т., 29 лет, наблюдается в кардиоревматологическом отделении № 3 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» с ноября 2011 г. При поступлении обратился с просьбой ампутировать единственную руку из-за постоянных болей жгучего и режущего характера в дистальных фалангах 3- и 4-го пальцев левой кисти (купируются трамадолом); отмечены некроз дистальных фаланг 3- и 4-го пальцев левой кисти, снижение аппетита и массы тела. Температура тела нормальная.

Считает себя больным с 15 лет (1998 г.), когда появились покраснение и уплотнения по ходу сосудов нижних конечностей, боли и слабость в ногах, связанные с переохлаждением и перенесенным фурункулезом. Консультирован ангиохирургом, выставлен диагноз

облитерирующего тромбангиита. С осени 1998 г. назначена сосудистая терапия (алпростадил, смесь Караванова, реополиглюкин). Несмотря на проведение сосудистой терапии, в январе 1999 г. по поводу острого тромбоза правой подколенной артерии произведена ампутация правой нижней конечности до средней трети бедра. В апреле 2004 г. – ампутация левой нижней конечности до средней трети бедра. В 2007 г. по поводу язвенно-некротического процесса в фалангах кистей произведена ампутация до средней трети правого предплечья. Проведены грудные и поясничные симпатэктомии с обеих сторон (1999, 2001, 2007 гг.).

С декабря 2010 г. беспокоят трещины в области ногтевых фаланг левой кисти. Больной постоянно находится на сильнодействующих обезболивающих препаратах (трамадол, в стационаре промедол). Пользуется протезами ног. Увлекается фотографией, интернетом. Оптимист. Вредные привычки: курит с 1997 г. (14 лет) по 1 сигарете в месяц, с 1999 г. (16 лет) – по 10 сигарет в день, во время настоящего наблюдения – до 2–3 сигарет в день.

Объективно (рис. 1, 2): ампутационные культы нижних конечностей на уровне средней трети обоих бедер и средней трети правого предплечья. Левая кисть багрово-красного

цвета, холодная на ощупь. Отсутствует дистальная фаланга 2-го пальца левой кисти с явлениями некроза ампутированной культи. Некроз дистальных фаланг 3- и 4-го пальцев левой кисти. Язвенный дефект в области пястно-фалангового сустава 3-го пальца левой кисти. В области левого локтевого сустава и верхней трети правого предплечья – признаки гиперкератоза.



Рис. 1. Общий вид больного



Рис. 2. Левая кисть багрово-красного цвета, холодная на ощупь. Отсутствие дистальной фаланги 2-го пальца с некрозом. Некроз дистальных фаланг 3- и 4-го пальцев. Язвенный дефект в области пястно-фалангового сустава 3-го пальца

Динамика лабораторных параметров: 2007 год л. $6,8 \times 10^9$, эр. $4,2 \times 10^{12}$, Hb 136 г/л; тр. 207×10^9 , СОЭ 4 мм/ч (по Панченкову), АЛТ 15 Е/л, АСТ 19 Е/л, мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин 59 мкмоль/л, ПТИ 83%, холестерин 3,0 ммоль/л, триглицериды 1,1 ммоль/л; 2012 год л. $8,5 \times 10^9$, эр. $4,27 \times 10^{12}$, Hb 131 г/л; тр. 291×10^9 , СОЭ 18 мм/ч (по Westergren).

УЗИ с ЦДК артерий верхних конечностей 28.11.2011 г. Брахиоцефальный ствол, устья 1- и 2-го сегментов подключичной артерии справа, подключичной артерии слева и подмышечной артерии слева достаточно свободно проходимы, стенки не утолщены. Облитерация просвета подключичной артерии справа в 3-м сегменте и подмышечной артерии. Артерии правого плеча заполняются посредством коллатералей. Облитерация просвета левой плечевой артерии на всем протяжении с сохранением внутреннего просвета до 1,5 мм в диаметре с участком окклюзии в верхней трети плеча и ретроградным заполнением в средней трети и нижней трети плеча. Лучевая артерия заполняется в верхней и нижней трети предплечья, в средней трети окклюзия. Передняя межкостная артерия проходима на всем протяжении, кровоток по ней коллатеральный, участвует в заполнении лучевой артерии и в заполнении ладонной и пальцевой дуг.

Диагноз: облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера), хроническое прогрессирующее течение, IV стадия. Окклюзия переднего бедренного сегмента справа, субокклюзия – слева. Ампутационные культи обеих нижних конечностей на уровне средней трети бедер, правой верхней конечности на уровне средней трети предплечья, 2-го пальца левой кисти на уровне средней фаланги. Стеноз левой подмышечной и обеих плечевых артерий. Окклюзия артерий левого предплечья. Трофические язвы левой кисти. Хроническая артериальная недостаточность (ХАН) левой верхней конечности IIb стадии.

В ноябре 2011 г. проведено лечение: пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг 7 ноября, 500 мг 14 и 15 ноября, циклофосфамидом 600 мг 15 ноября; алпростадил 20 мкг № 5 и 40 мкг № 5; метилпреднизолон в дозе 16 мг в сутки внутрь; надпропарин 0,3 п/к 2 раза в день; с 16 ноября 2011 г. проведен курс из 10 внутривенных инфузий илопроста (Иломедина®) 20 мкг 1 раз в сутки через инфузомат. От продолжения противовоспалительной терапии больной отказался. В апреле 2012 г. получил 10 инфузий Иломедина® 20 мкг в сутки через инфузомат, лечение ацеклофенаком, омепразолом. Летом 2012 года – некрэктомии 2- и 4-го пальцев левой кисти. В январе 2013 г. проведен 3-й курс из 10 инфузий Иломедина® 20 мкг.

Самочувствие больного улучшилось: уменьшились боли в дистальных фалангах 3- и 4-го пальцев левой кисти, кисть стала теплой на ощупь, приобрела физиологическую окраску. Произошло полное заживление язвенного дефекта в области пястно-фалангового сустава 3-го пальца. Пациент отказался от НПВС и инъекций наркотических анальгетиков. По данным УЗИ с ЦДК артерий левой верхней конечности была отмечена положительная динамика в виде увеличения проходимого просвета сосудов и усиления коллатерального кровотока. Положительный клинический эффект сохраняется в течение 8 месяцев наблюдения.

Заключение

Представленный клинический пример демонстрирует классический случай болезни Бюргера, тяжелого системного заболевания сосудов, приведшего у пациента к ампутациям трех конечностей. Появление в арсенале лекарственных средств стабильного аналога простагличина – внутривенного илопроста – позволяет с большим основанием надеяться на возможность сохранения у больного единственной конечности.

Сведения об авторах статьи:

Гайсин Ильшат Равилевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО ИжГМА Минздрава России. Адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281. E-mail: igaisin@mail.ru
Багаутдинова Зухра Рифкатовна – врач-ревматолог кардиоревматологического отделения №1 БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр» МЗ УР. Адрес: 426009, Ижевск, ул. Ленина, 876.
Гибадуллина Лариса Рашатовна – врач-ревматолог ревматологического отделения специализированной поликлиники №1 БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр» МЗ УР. Адрес: 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 876.
Бурлаева Наталья Анатольевна – врач-ревматолог ревматологического отделения специализированной поликлиники №1 БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр» МЗ УР. Адрес: 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 876.
Трухина Алевтина Александровна – врач-ревматолог кардиоревматологического отделения №1 БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр» МЗ УР. Адрес: 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 876.
Смирнов Иван Альбертович – врач-ангиохирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения №3 БУЗ УР «Республиканский клиничко-диагностический центр» МЗ УР. Адрес: 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 876.
Максимов Николай Иванович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО ИжГМА Минздрава России. Адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.

ЛИТЕРАТУРА

1. Shionoya S. Diagnostic criteria of Buerger's disease. Int J Cardiol 1998;66 (Suppl.):243–45.
2. Olin J.W. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). N Engl J Med 2000;343(12):864–9.

УДК 616.379-008.64

© О.В. Галимов, В.О. Ханов, Э.Ю. Дмитриева, О.С. Филиппова, 2013

О.В. Галимов, В.О. Ханов, Э.Ю. Дмитриева, О.С. Филиппова
**ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
 ПО МЕТОДИКЕ ЕДИНОГО ДОСТУПА**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В работе представлен первый опыт выполнения холецистэктомии в РБ по методике единого доступа. Проведен анализ выполненных вмешательств, дана сравнительная оценка имеющимся технологиям для выполнения данной операции, представлены первые результаты.

Ключевые слова: единый доступ, лапароскопическая холецистэктомия.

O.V. Galimov, V.O. Khanov, E.Yu. Dmitrieva, O.S. Filippova
EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS WITH SINGLE PORT ACCESS

This article describes the first experience of single-port cholecystectomy in the Republic of Bashkortostan. It gives a deep analysis of the carried out interventions and a comparative assessment of the existing techniques. It also presents the first results.

Key words: single-port access, laparoscopic cholecystectomy.

Благодаря развитию и внедрению современных мини-инвазивных технологий лапароскопическая холецистэктомия стала «стандартной» операцией в хирургическом лечении желчно-каменной болезни. Однако стремления хирургов снизить травматичность операции, сократить сроки нетрудоспособности, повысить качество жизни больных после операций и достигнуть косметического эффекта вмешательства, устраивающего хирурга и пациента, ведут к уменьшению размеров и количества доступов [2,3]. Наиболее интенсивно в последние два года развивается хирургическая технология единого лапароскопического доступа. Сегодня множеством ведущих фирм предложены системы-порты для выполнения таких операций, и тем более интересным становятся сообщения о нюансах выполняемых операций, используемых технических приемов со сложными изогнутыми инструментами, преимуществах и недостатках используемых систем [1,2,4].

Выполненная в 2008 году первая в нашем регионе лапароскопическая холецистэктомия из «единого доступа» позволила в рамках клиники хирургических болезней и новых технологий проанализировать опыт выполнения таких операций и оценить трудности и перспективы внедрения этой технологии в рамках современных тенденций в хирургии [1].

Материал и методы

За прошедший период в клинике хирургических болезней и новых технологий Башгосмедуниверситета, включающей в себя несколько стационаров города, выполнено 59 лапароскопических холецистэктомий из «единого доступа» с использованием различных систем («Covidien», «Karl Storz», «ППП»). Среди пациентов – 46 (77,9%) женщин и 13 (22,1%) мужчин в возрасте от 24 до 69 лет. По-прежнему, как и на этапах освоения техники, необходимым считали тщательный отбор больных для обеспечения безопас-