

снижен справа. Определяется нижний парапарез до 4 баллов, мышечная сила в разгибателях стопы справа снижена до 2–3 баллов, слева — до 4 баллов. На контрольных спондилограммах — инородное тело (пуля) в просвете позвоночного канала мигрировало на уровень тела S₁ позвонка. При миелографии с омнипаком — компрессия воронки корешка S₁ справа.

Проведены декомпрессивная ламинэктомия L_V позвонка, ревизия эпидурального и субдурального пространства, удаление инородного тела (пули) из дурального мешка на уровне конского хвоста. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки.

При выписке — сохраняется нижний парапарез со снижением силы в ногах до 4 баллов, угнетение рефлексов с ног, гипестезия в L_V–S₁ справа. Болевой корешковый синдром регрессировал полностью. Выписан для дальнейшего амбулаторного наблюдения.

Представленное наблюдение демонстрирует возможность миграции пули с уровня L_I–L_{III} до S₁ позвонка через

3 мес после огнестрельного ранения под влиянием минимальной физической нагрузки интрадурально с развитием неврологической симптоматики компрессии корешка S₁. После ламинэктомии и удаления пули неврологический дефицит, явления раздражения корешка регрессировали.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Bono C.M., Heary R.F. Gunshot wounds to the spine // *Spine J.*—2004.—Vol. 4–2.—P. 230–240.
2. Isiklar Z.U., Lindsey RW. Gunshot wounds to the spine // *Injury.*—1998.—Vol. 29, Suppl. 1.—P. SA7–12.
3. Mirovsky Y., Shalmon E., Blankstein A., Halperin N. Complete paraplegia following gunshot injury without direct trauma to the cord // *Spine.*—2005.—Vol. 30, № 21.—P. 2436–2438.
4. Splavski B., Vrankovic D., Saric G. et al. Early management of war missile spine and spinal cord injuries: experience with 21 cases // *Injury.*—1996.—Vol. 27, № 10.—P. 699–702.

Поступила в редакцию 02.07.2009 г.

© Коллектив авторов, 2010

УДК [616.329-006.6+616.132.2-004.6+616.133.33-004.6]-089

Р.А.Азовцев, В.П.Морозов, П.С.Пудяков

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С СОЧЕТАНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М.Седов) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» МЗ и СР РФ

Ключевые слова: рак пищевода, ишемическая болезнь сердца и головного мозга, ангиопластика.

В последнее время все чаще встречаются сочетания тяжелых атеросклеротических поражений в виде окклюзий и стенозов артерий самых разных бассейнов и опухолевых заболеваний. И те, и другие представляют серьезную угрозу здоровью и жизни больного и существенно осложняют выбор лечебной тактики.

Обе группы заболеваний являются показаниями к оперативному лечению. Причем операции должны выполняться своевременно и представлять собой существенный риск в связи с высокой сложностью и реальной угрозой тяжелых осложнений. Если в первую очередь выполняется радикальная операция из-за онкологического заболевания, то в послеоперационном периоде велика вероятность развития острого коронарного синдрома при имеющейся ИБС. Если вначале выполнить операцию на сосудах, резко увеличивается длительность допустимого срока выполнения радикальной операции по поводу злокачественных опухолей.

В клинике лечебная тактика при сочетании сосудистых поражений сердца и головного мозга и онкологическими заболеваниями ограничивается двумя вариантами:

1) операции, выполняемые одномоментно, т.е. носят характер simultанных;

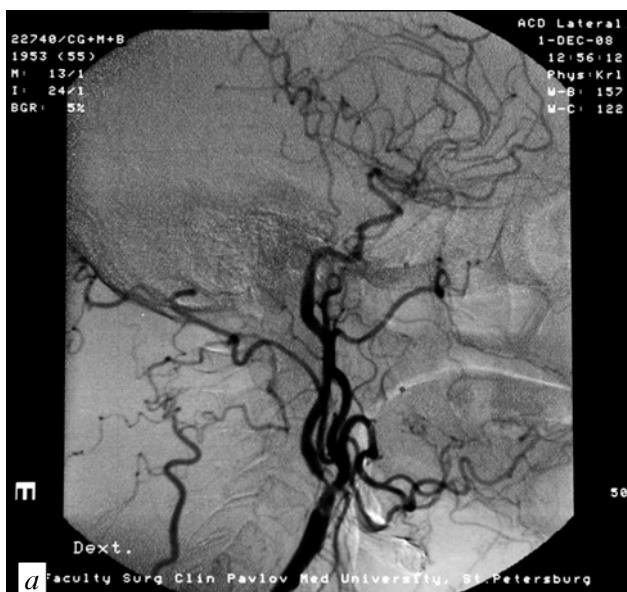
2) операции, выполняемые последовательно.

Выбор определяется рядом факторов, но, прежде всего, степенью операционного риска. Единого общепризнанного отношения к выбору того или иного варианта не сформулировано. Это послужило поводом для представления следующего клинического наблюдения.

Больной К., 55 лет, поступил в клинику факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова 10.11.2008 г. для оперативного лечения с диагнозом: «Генерализованный атеросклероз; ишемическая болезнь головного мозга; ишемическая болезнь сердца; острый инфаркт миокарда в 2002 г.; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; состояние после аортокоронарного шунтирования в 2002 г.; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».

Жалобы при поступлении: на слабость, головокружение, шум в голове, боли за грудиной сжимающего характера, чувство онемения левой верхней конечности, боли в ногах при ходьбе, боли в эпигастрии.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс ритмичный, ослаблен на левой руке. Тоны сердца приглушены. АД



Ангиограмма больного К., 55 лет.

а — гемодинамически значимый стеноз правой внутренней сонной артерии (около 90%); б — субокклюзия левой подключичной и левой позвоночной артерий; в — субокклюзия аортокоронарного шунта с правой коронарной артерией; г — рак средней трети грудного отдела пищевода.

на правой руке 140/80 мм рт. ст., на левой — 130/70 мм рт. ст. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульсация сонных артерий ослаблена, в их проекции выслушивается систолический шум, более выраженный справа. Пульсация общих бедренных артерий ослаблена, дистальнее не определяется.

На ЭКГ от 11.11.2008 г. — нарушение процессов реполяризации и признаки недостаточного коронарного кровообращения в верхушечно-боковой области левого желудочка.

При мозговой и коронарной ангиографии выявлен гемодинамически значимый стеноз правой внутренней сонной артерии (около 90%), субокклюзия левой подключичной и левой позвоночной артерий, субокклюзия аортокоронарного шунта с правой коронарной артерией (рисунок).

В связи с наличием у больного язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 19.11.2008 г. была выполнена ФГДС, при которой выявлен рак средней трети грудного отдела пищевода. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение

— низкодифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак.

Рентгенография пищевода от 26.11.2008 г.: чуть ниже бифуркации трахеи, на уровне Th_{VI} определяется краевой дефект наполнения по левой боковой стенке пищевода с переходом на переднюю и заднюю поверхности, закрывающий $\frac{1}{3}$ просвета, протяженность измененного участка около 3 см (см. рисунок, г).

При проведении дополнительного обследования данных за наличие отдаленных метастазов не получено.

Таким образом, сформирован окончательный клинический диагноз: «Рак средней трети грудного отдела пищевода (T3N1M0); генерализованный атеросклероз; ишемическая болезнь головного мозга; ишемическая болезнь сердца; постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда в 2002 г.); облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, ишемия Пб; состояние после аортокоронарного шунтирования в 2002 г.; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».

В сложившейся ситуации было принято решение первым этапом устранить гемодинамически значимый стеноз правой

внутренней сонной артерии, используя малотравматичную эндоваскулярную методику.

18.12.2008 г. выполнено стентирование правой внутренней сонной артерии.

Под местной анестезией произведена пункция правой бедренной артерии, установлен интрадьюсер 8 F. В устье правой общей сонной артерии установлен G-катетер, введен «ангиогард» 5,0 мм. По нему — баллон-катетер 6,0 на 30 мм, предилатация. В область стеноза имплантирован стент «Precise Rx» 6,0 на 30 мм. Постдилатация баллон-катетером 6,0 на 30 мм. Контрольное контрастирование, запись (позиция стента корректна, диссекции интимы нет, резидуальный стеноз до 10%, хороший линейный кровоток по правой внутренней сонной артерии и через сифон — обе передние мозговые артерии и правую среднюю мозговую артерию, умеренный спазм дистальнее стента). Инструмент фирмы «Cordis» удален (д-р мед. наук Р.А.Азовцев).

Затем 24.12.2008 г. выполнена ангиопластика левой подключичной и левой позвоночной артерии.

Под местной анестезией произведена пункция правой бедренной артерии, установлен интрадьюсер 8 F. В устье левой подключичной артерии установлен G-катетер, по проводнику к стенозу в подключичной артерии подведен баллон-катетер 5,0 на 20 мм, предилатация. В область стеноза имплантирован стент «Genesis» 8,0 на 30 мм. Через стент в левую позвоночную артерию проведен проводник, по нему коронарный баллон-катетер 3,0 на 20 мм, предилатация. В область стеноза имплантирован стент «Prokinetik» 5,0 на 20 мм. Контрольное контрастирование, запись (позиция стентов корректна, диссекции интимы нет, резидуальные стенозы до 10%, хороший линейный кровоток по левой подключичной артерии и левой позвоночной артерии и через обе задние мозговые артерии). Инструмент фирмы «Cordis» удален (д-р

мед. наук Р.А.Азовцев). Оперативные вмешательства прошли без осложнений, с хорошим непосредственным клиническим успехом: самочувствие пациента улучшилось, исчезли слабость, головокружение, шум в голове, онемение и слабость в левой верхней конечности, стал отчетливо определяться пульс на левой лучевой артерии, исчезла разница АД на правой и левой руке.

13.01.2009 г. выполнена субтотальная резекция пищевода (проф. В.П.Морозов).

Верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет, отдаленные метастазы не обнаружены. Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне. Левая желудочная артерия перевязана и отсечена у места отхождения от чревного ствола. Желудок отсечен от пищевода, малая кривизна его вместе с элементами малого сальника отсечены. Из большой кривизны желудка сформирован трансплантат. Выполнена правосторонняя торакотомия. Опухоль размером 3×3 см располагается в средней трети грудного отдела пищевода, прорастает стенку пищевода до мышечного слоя. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Наложен эзофагогастроанастомоз циркулярным аппаратом Д-25 «конец в бок». 12.02.2009 г. в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Акт глотания не нарушен. Прибавил в массе тела. В ближайшее время планируется провести брюшную аортоартериографию сосудов нижних конечностей для определения характера поражения артерий данного сосудистого бассейна и выбора вида оперативного вмешательства по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Поступила в редакцию 24.06.2009 г.