

© Коллектив авторов, 2011
УДК [616.12-005.4+616.33-006.6]-089

А.С. Немков, В.П. Морозов, А.В. Осипов, С.А. Белый, Л.С. Александрова,
В.И. Лукашенко

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ У БОЛЬНОГО С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РАКОМ ЖЕЛУДКА

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М. Седов) Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, рак желудка, аортокоронарное шунтирование, субтотальная резекция желудка.

В России и во всем мире сердечно-сосудистые и онкологические заболевания занимают лидирующее положение среди причин смертности и инвалидизации населения. Сочетание двух этих заболеваний является серьезной клинической проблемой и требует комплексного подхода. Выполнение сочетанного оперативного вмешательства с относительно невысоким риском стало возможно только с начала 90-х годов, что обусловлено прогрессом в развитии хирургических технологий, а также анестезиологического и реаниматологического обеспечения.

В литературе имеются небольшое число сообщений, посвященных выполнению сочетанных операций по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) и онкологических заболеваний: желудка

[3], легких [4], толстой кишки [1]. При этом преимущество отдается операциям без искусственного кровообращения [2]. Настоящее наблюдение имеет цель представить результаты успешного хирургического лечения ИБС и рака желудка.

Больной К., 62 года, поступил в клинику факультетской хирургии 22.09.2008 г. в плановом порядке. При поступлении больной предъявлял жалобы на стенокардитические боли за грудиной. В день пациент отмечал до 5 болевых эпизодов, несмотря на терапию антиангинальными препаратами.

Из анамнеза известно, что больной в 2007 г. перенес острый инфаркт миокарда. В дальнейшем появилась клиника стенокардии напряжения. 31.01.2009 г. больному была выполнена коронарография, по данным которой имелась окклюзия правой коронарной артерии, стеноз краевой ветви огибающей артерии 80%.

Больной проходил амбулаторное обследование перед плановой операцией по поводу ИБС, в ходе которого выполнена фиброгастродуоденоскопия, по данным которой в верхней трети желудка по передней стенке у большой кривизны было выявлено полиповидное образование с многодольчатой верхушкой, с основанием до 3,0 см, из которого взята биопсия. Гистологическое заключение — низкодифференцированная аденокарцинома.

Больной прошел обследование в клинике факультетской хирургии. По данным электрокардиографии (ЭКГ) — синусовая брадикардия с ЧСС 55 в 1 мин, гипертрофия левого желудочка, рубцовые изменения миокарда в области нижней стенки левого желудочка.

По данным ЭХО-кардиографии: камеры сердца не расширены, гипертрофия стенок левого желудочка, клапанный аппарат без патологии, акинезия нижней стенки левого желудочка, фракция выброса по Simpson 56% (рис. 1).

Больному в клинике была выполнена компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости, по данным исследования в проекции малой кривизны желудка ближе к выходному отделу имеется объемное образование с нечеткими бугристыми контурами, вдоль малой кривизны желудка — лимфатические узлы размером 0,5–1,5 см, других очаговых изменений не выявлено (рис. 2).

Учитывая наличие сочетанной патологии, наличие стенокардии напряжения высокого функционального класса, крайне высокий риск развития острого инфаркта миокарда,

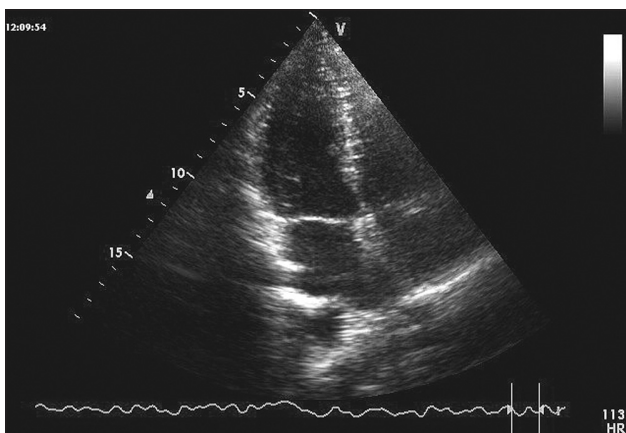


Рис. 1. ЭХО-кардиография больного К., 62 года.

Цифры 5–10–15 — расстояние от УЗ-датчика;
12:09:54 — время исследования; HR 113 — частота сердечных сокращений.

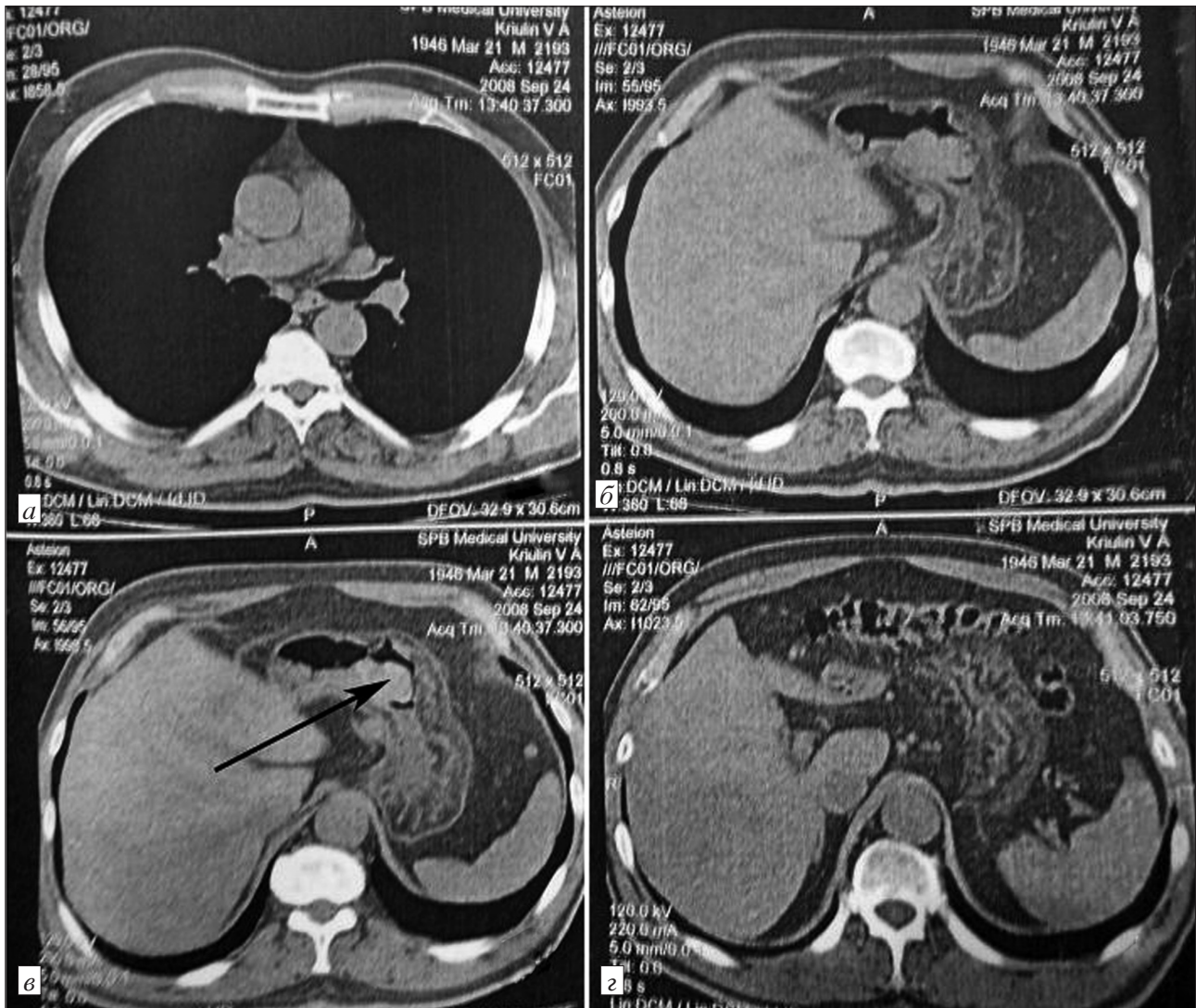


Рис. 2. Компьютерная томограмма желудка того же больного.

а — срез на уровне дуги аорты; *б* и *в* — срез на уровне опухоли желудка (указана стрелкой на рисунке *в*);
г — срез на уровне большой кривизны желудка.

наличие низкодифференцированной аденокарциномы желудка, было принято решение о выполнении симультанной операции.

06.10.2008 г. под сочетанной анестезией были выполнены верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, выпота не выявлено, отдаленные метастазы не обнаружены. На работающем сердце было выполнено аутовенозное аортокоронарное шунтирование правой коронарной артерии и краевой ветви огибающей артерии. Вторым этапом выполнена субтотальная резекция желудка по Бальфуру с наложением анастомоза на длинной петле с брауновским соустьем.

Ранний послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 3-и сутки после операции отошли газы, был стул. На 4-е сутки больной переведен в отделение. В послеоперационном периоде, по данным клинического анализа крови, имелась анемия легкой степени (эритроциты

$3,4 \times 10^9$ /л, гемоглобин 111 г/л), другие показатели в пределах нормы. С 7-х суток после операции, по данным ЭКГ, отмечены нарушения процессов реполяризации в виде депрессии сегмента ST в отведениях, характеризующих верхушечно-боковую область, на 10-е сутки имелась косонисходящая депрессия сегмента ST с переходом в двухфазный T. Данные изменения были расценены как нарушения реологических свойств крови на фоне ограниченного приема жидкости пациентом. После коррекции инфузионной терапии и добавления низкомолекулярных гепаринов к терапии на 14-е сутки — положительная динамика ЭКГ в виде уменьшения депрессии ST.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. На 18-е сутки больной в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение.

В ноябре 2010 г. проведено контрольное обследование пациента. Стенокардитические приступы имеют место

только при тяжелых физических нагрузках (на уровне I функционального класса). По данным клинического и биохимического анализа крови — все показатели в пределах нормы. По данным ЭХО-кардиографии, размеры камер сердца в пределах нормы, гипокинезия от средних до базальных отделов нижней стенки левого желудочка, сократимость миокарда не снижена (фракция выброса по Simpson 52%).

По данным контрольной фиброгастродуоденоскопии, гастроэнтероанастомоз свободно проходим, инфильтративных изменений не выявлено. При выполнении ультразвукового исследования органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки очаговые изменения метастатического характера не выявлены.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Kato T., Takagi H., Mori Y. et al. Simultaneous operation of ischemic heart disease, abdominal aortic aneurysm and rectal cancer // *Heart Vessels*.—2005.—Vol. 20, № 4.—P. 167–170.
2. Ochi M., Yamada K., Fjii M., Ohkubo N. Role of off-pump coronary artery bypass grafting in patients with malignant neoplastic disease // *Jpn. Circ. J.*—2000.—Vol. 64, № 1.—P. 13–17.
3. Suzuki K., Miyamoto M., Ikeda N. Simultaneous surgery for unstable angina and gastric cancer: a case report // *Kyoby Geka*.—2001.—Vol. 54, № 4.—P. 305–309.
4. Watanabe S., Shimokawa S., Sakasegawa K. Simultaneous operation for lung tumor and cardiovascular disease // *Kyoby Geka*.—2000.—Vol. 53, № 5.—P. 353–357.

Поступила в редакцию 18.01.2011 г.