

Литература/References

1. Oleśkowska-Florek W., Polubinska A., Baum E. [et al.]. Hemodialysis-induced changes in the blood composition affect function of the endothelium. *Hemodial. Int.* 2014;18(3):650-656. <https://doi.org/10.1111/hdi.12148>
2. Калинин Р. Е., Егоров А. А., Сучков И. А., Мжаванадзе Н. Д. Влияние генетических полиморфизмов на функционирование постоянного сосудистого доступа у пациентов на диализе. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2019;25(1):40-44. [Kalinin R. E., Egorov A. A., Suchkov I. A., Mzhavanadze N. D. Vlijanie geneticheskikh polimorfizmov na funkcionirovanie postojannogo sosedistogo dostupa u pacientov na dialize. *Angiologija i sosudistaja hirurgija*. 2019;25(1):40-44. (In Russ.)].
3. Leivaditis K., Panagoutsos S., Roumeliotis A. [et al.]. Vascular access for hemodialysis: postoperative evaluation and function monitoring. *Int. Urol. Nephrol.* 2014;46(2):403-409. <https://doi.org/10.1007/s11255-013-0564-2>
4. Cao W., Hou F. F., Nie J. AOPPs and the progression of kidney disease. *Kidney Internat. Suppl.* 2014;4:102-106. <https://doi.org/10.1038/kisup.2014.19>
5. Gonzalez E., Bajo M. A., Carrero J. J. [et al.]. An Increase of Plasma Advanced Oxidation Protein Products Levels Is Associated with Cardiovascular Risk in Incident Peritoneal Dialysis Patients: A Pilot Study. *Oxidat. Med. Cell. Long.* 2015;219569:6. <https://doi.org/10.1155/2015/219569>
6. Lutz J., Menke J., Sollinger D. et al. Haemostasis in chronic kidney disease. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2014;29:29-40. <https://doi.org/10.1093/ndt/gft209>

Сведения об авторах:

Калинин Роман Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии; тел.: 89209754443; e-mail: kalinin-re@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0817-9573

Сучков Игорь Александрович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры; тел.: 89038362417; e-mail: suchkov_med@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1292-5452

Егоров Андрей Александрович, кандидат медицинских наук, соискатель; тел.: 89106430624; e-mail: eaa.73@mail.ru; ORCID: 0000-0003-0768-7602

Камаев Алексей Андреевич, кандидат медицинских наук, ассистент; тел.: 89511012123; e-mail: kamaev.rgmu@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3979-1271

Исаков Сергей Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии; тел.: 84912971803; e-mail: nauka@rsgmu.ru; ORCID: 0000-0002-0694-1309

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.33-006.6-089

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15066>

ISSN – 2073-8137

ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС И РАКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ МИАСТЕНИИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

С. С. Харнас, Ф. П. Ветшев, Р. Н. Комаров, В. Н. Николенко,
В. В. Левкин, Л. И. Ипполитов, И. Л. Ипполитов, А. А. Метальников

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

PHASED SURGICAL TREATMENT OF CORONARY ARTERY DISEASE AND GASTRIC CANCER IN A PATIENT WITH GENERALIZED FORM OF MYASTHENIA GRAVIS. CLINICAL OBSERVATION

Kharnas S. S., Vetshev F. P., Komarov R. N., Nikolenko V. N.,
Levkin V. V., Ippolitov L. I., Ippolitov I. L., Metalnikov A. A.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Russian Federation

В последние годы растёт интерес хирургов к симультантным операциям, поскольку они избавляют больного сразу от нескольких заболеваний, устраняют риск повторных вмешательств, повышают экономическую эффективность лечения. Однако есть категории пациентов, когда целесообразно разбивать лечение больных на несколько хирургических этапов. В качестве успешного примера подобного подхода приведено клиническое наблюдение лечения пациента с сочетанной патологией – генерализованной миастенией, ишемической болезнью сердца и раком желудка.

Ключевые слова: миастения, рак желудка, ишемическая болезнь сердца

In recent years, the interest of surgeons to simultaneous operations is growing, as they relieve the patient from several diseases, eliminate the risk of repeated interventions, increase the economic efficiency of treatment. However, there are

categories of patients when it is advisable to divide the treatment into several surgical stages. As a successful example of this approach, the article presents the clinical observation of the patient's treatment of combined pathology – generalized myasthenia gravis, coronary heart disease and gastric cancer.

Keywords: myasthenia gravis, gastric cancer, coronary heart disease

Для цитирования: Харнас С. С., Ветшев Ф. П., Комаров Р. Н., Николенко В. Н., Левкин В. В., Ипполитов Л. И., Ипполитов И. Л., Метальников А. А. ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС И РАКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ МИАСТЕНИИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020;15(2):272-274. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15066>

For citation: Kharnas S. S., Vetshev F. P., Komarov R. N., Nikolenko V. N., Levkin V. V., Ippolitov L. I., Ippolitov I. L., Metalnikov A. A. PHASED SURGICAL TREATMENT OF CORONARY ARTERY DISEASE AND GASTRIC CANCER IN A PATIENT WITH GENERALIZED FORM OF MYASTHENIA GRAVIS. CLINICAL OBSERVATION. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(2):272-274. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15066> (In Russ.)

АД – артериальное давление
ЛЖ – левый желудочек
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
ФВ – фракция выброса

ФК – функциональный класс
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧСС – частота сердечных сокращений

В последние годы растёт интерес хирургов к симультанным операциям. Сочетанные операции избавляют больного сразу от нескольких заболеваний, устраняют риск повторных вмешательств и связанных с ними стрессовых реакций, повышают экономическую эффективность лечения. Однако есть категории пациентов, когда целесообразно разбивать лечение больных на несколько хирургических этапов. Одной из такой категорий больных являются пациенты с генерализованной формой миастении. Миастения – это нейромышечное заболевание, характеризующееся патологическим истощением произвольной мускулатуры, связанное с нарушением иммунных механизмов и отрицательно влияющее на нервно-мышечную передачу. Проявляется слабостью и патологической утомляемостью разных групп поперечно-полосатых мышц, имеет прогрессирующее течение и приводит к инвалидизации в 60–70 % случаев. Частота заболевания миастенией составляет 0,5–6 на 100 000 населения. В 60–70 % случаев у больных миастенией определяется опухоль или гиперплазия вилочковой железы [1–4]. Основным методом лечения этой категории больных является оперативное лечение (тимэктомия) или лучевая терапия на область средостения.

ФХК им. Н. Н. Бурденко ПМГМУ им. И. М. Сеченова имеет опыт хирургического лечения более 3500 больных генерализованной формой миастении. Большинство больных миастенией находятся на стероидной терапии. У больных, получающих глюкокортикостероиды, встречаются осложнения терапии. Достоверно чаще отмечаются сопутствующие заболевания – поражения сердечно-сосудистой системы (41 % случаев), заболевания щитовидной железы (32,2 %) и органов желудочно-кишечного тракта [5]. Нередко эти заболевания требуют хирургического вмешательства. Выполнение даже общехирургических операций у больных генерализованной миастенией сопровождается высоким риском развития витальных осложнений, не говоря о более сложных сердечно-сосудистых и онкологических вмешательствах. В качестве успешного примера лечения больного генерализованной миастенией с несколькими конкурирующими заболеваниями приводим клиническое наблюдение.

Пациент Х., 67 лет. Имеет несколько конкурирующих заболеваний:

1. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий: стенозы передней межжелудочковой артерии (50 %), стенозы 1-й и 2-й ветвей тупого края, хроническая окклюзия правой коронарной артерии. ХСН 2 стадии, 2 ФК по NYHA.

2. Рак желудка субтотальное поражение, T4aN2M0 IIIB.

3. Миастения, генерализованная форма с преимущественным поражением краниобульбарной мускулатуры, дыхательными нарушениями, тяжелое течение, 4б степень тяжести; медикаментозная ремиссия на фоне стероидной и лучевой терапии (23–25.11.2005) на область вилочковой железы – 40 Гр.

Осложнения: Медикаментозный гиперкортицизм. Стероидный сахарный диабет, диабетическая нейропатия, стероидный остеопороз с патологическими компрессионными переломами.

Сопутствующие: Состояние после операций на толстой кишке по поводу дивертикулеза сигмовидной кишки с перфорацией в брюшную полость, выведение колостомы (17.10.2004), закрытие колостомы (13.01.2005). Холецистэктомия (2016).

Миастения диагностирована в мае 2005 года, начало заболевания спровоцировали операции на толстой кишке под общим наркозом. Течение заболевания острое (выраженные бульбарные нарушения). Учитывая возраст больного на момент начала заболевания (старше 55 лет), отсутствие данных за тимому, оперативное лечение (тимэктомия) не показано. Проведен курс лучевой терапии на область переднего средостения. Назначены глюкокортикостероиды в дозе 64 мг/сут с последующим снижением дозы. Достигнута компенсация неврологических расстройств на фоне приема метилпреднизолона в дозе 16 мг в день. Длительный прием глюкокортикостероидов привел к формированию у больного гетерогенного гиперкортицизма с осложнениями, в том числе стероидного диабета и нейропатии. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением АД до 190/100 мм рт. ст. Примерно с этого же времени беспокоит загрудинная боль при физических нагрузках, купирующаяся в покое.

В связи с сопутствующей генерализованной миастенией подбор терапии артериальной гипертензии был затруднен, назначались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, которые пациент принимал эпизодически – при повышении АД.

24.12.2018 Х. госпитализирован в онкологический диспансер по месту жительства в связи с вы-

явленным раком тела желудка. Учитывая клинику стенокардии, был переведен в кардиологическое отделение, где выявлена стресс-индуцированная ишемия миокарда. При коронароангиографии обнаружено многососудистое поражение коронарного русла: стенозы 1-й и 2-й ветвей тупого края, передней межжелудочковой артерии (50 %), окклюзия правой коронарной артерии. Учитывая конкурирующие заболевания, в оперативном лечении рака желудка было отказано.

В январе 2019 году больной находился на стационарном лечении в кардиохирургическом отделении университетской клинической больницы № 1 им. И. М. Сеченова. По данным ЭхоКГ: ФВ ЛЖ 55–57 %, зоны гипо/акинезии базальной трети межжелудочковой перегородки и базальной трети задней стенки ЛЖ, гипокинезия средней трети боковой стенки левого желудочка, грубых изменений клапанов сердца не выявлено. На фоне подобранной терапии достигнуты целевые значения ЧСС и АД, приступы ангинозной боли не отмечаются. При МСКТ органов грудной и брюшной полостей: утолщение стенок желудка в области тела до 12 мм с инфильтрацией в окружающую жировую клетчатку, увеличение парагастральных лимфатических узлов, отдаленных метастазов не выявлено. Решено первым этапом выполнить аортокоронарное шунтирование, вторым – гастрэктомию.

04.02.2019 произведено маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой артерии, аутовенозное аортокоронарное шунтирование задней межжелудочковой артерии, задней боковой ветви на работающем сердце без искусственного кровообращения. В раннем послеоперационном

периоде к проводимой патогенетической терапии миастении глюкокортикоидами были добавлены ацетилхолинестеразные препараты парентерально с переходом на стандартную схему. Послеоперационный период протекал гладко. На фоне скоррегированной терапии ухудшения неврологического статуса не отмечалось.

26.02.2019 выполнена гастрэктомия с формированием аппаратного эзофагоеюноанастомоза с выключенной по Ру петель тонкой кишки, резекция абдоминального отдела пищевода, лимфаденэктомия D2. В раннем послеоперационном периоде глюкокортикоидные и антихолинестеразные препараты вводили парентерально. Послеоперационных осложнений, в том числе дыхательных расстройств, не отмечено. При гистологическом исследовании опухоли – умеренно дифференцированная аденокарцинома (G2), прорастающая серозный покров, в 6 из 28 исследованных узлов метастазы рака, T4aN2M0, 111B.

Данное клиническое наблюдение показывает, что лечение подобных больных является сложной диагностической и лечебной проблемой, требующей мультидисциплинарного подхода. Оценка неврологического статуса больного миастенией, определение очередности хирургических вмешательств, выбор адекватного анестезиологического пособия, ведение больного в послеоперационном периоде позволяют успешно выполнить операции высокой категории сложности у данной группы больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Скворцов М. Б., Смолин А. И. Миастения. Хирургическое лечение и его эффективность. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра*. 2012;4.1(86):93-94. [Skvortsov M. B., Smolin A. I. Myasthenia Gravis. Surgical treatment and its effectiveness. *Byulleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra*. – *Bulletin of the East Siberian scientific center*. 2012;4.1(86):93-94. (In Russ.)].
2. Carr A. S., Cardwell C. R., McCarron P. O., McConville J. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. *BMC Neurology*. 2010;18(10):2-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-46>
3. Muppidi S. The Myasthenia Gravis Specific Activities of Daily Living Profile. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012;1274(1):114-119. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06817.x>
4. Бойко В. В., Волошина Н. П., Егоркина О. В. Современные взгляды на диагностику и лечение миастении. *НейроNews*. 2009;1:50-53. [Boyko V. V., Voloshina N. P., Egorkina O. V. Modern views on the diagnosis and treatment of myasthenia. *Neuronews*. 2009;1:50-53. (In Russ.)].
5. Lucchi M., Ricciardi R., Melfi F., Duranti L., Basolo F. [et al.]. Association of thymoma and myasthenia gravis: oncological and neurological results of the surgical treatment. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2009;35(5):812-816. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2009.01.014>

Сведения об авторах:

Харнас Сергей Саулович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1 лечебного факультета; тел.: 89857669854; e-mail: sskharnas@yandex.ru

Ветшев Федор Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры; тел.: 89161416750; e-mail: fedor_vetshev@mail.ru

Комаров Роман Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кардиохирургическим отделением; тел.: 89167305338; e-mail: komarovroman@rambler.ru

Николенко Владимир Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нормальной анатомии лечебного факультета; тел.: 89647751134; e-mail: vn.nikolenko@yandex.ru

Левкин Владимир Вениаминович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1 лечебного факультета; тел.: 89636926611; e-mail: doctor-levkin@mail.ru

Ипполитов Леонид Игоревич, кандидат медицинских наук, заведующий онкологическим хирургическим отделением № 1; тел.: 89162579878; e-mail: ippolitovl@mail.ru

Ипполитов Игорь Леонидович, врач-хирург; тел.: 89670684426; e-mail: wesmir@bk.ru

Метальников Артём Андреевич, аспирант; тел.: 89109075374; e-mail: artem.metalnikov@yandex.ru