

Использование вазорезекционных методов лечения в хирургии опухолевых инвазий в магистральные сосуды

Студентка 5-го курса Луганского государственного
медицинского университета (ЛНР)

Замуруева Е.А.

Луганск 2016г.

Актуальность

Опухолевая инвазия в магистральные сосуды (ОИМС) явление нередкое. Она встречается в 4-15% больных раком почки¹, до 20% больных с опухолями гепато-панкреато-билиарной системы². При этом резектабельность опухоли напрямую зависит именно от степени поражения магистральных сосудов³.

1. KJ, Lang H, Schlitt H, et al. Long-term experience after ex situ liver surgery. *Surgery*. 2000; 127(5): 521.
2. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вен. *Онкоурология*. 2005; 2: 8-15.
3. Peter J, Lodge A, Ammori Basil J, et al. *ex vivo* and *in situ* resection of inferior vena cava with hepatectomy for colorectal metastases. *Ann Surg*. 2004; 231 (4): 471-479

Актуальность

До недавнего времени больные с ОИМС считались неоперабельными, в результате чего они вынужденно получали паллиативное лечение, что сокращало качество и длительность жизни, порождало неудовлетворенность результатами лечения и у самих больных, и у врачей¹.

1. Гранов А.М., Гранов Д.А. Польшалов В.Н. и др. Значение сосудистых реконструкций в онкологической практике у больных с выраженной сопутствующей патологией. / Онкохирургия. – 2012. - том 4. - №3.

Актуальность

Поэтому все чаще предпринимаются попытки повысить радикальность оперативного лечения больных с ОИМС за счет внедрения вазорезекционных методов лечения¹, для чего объединяются усилия онкологов и сосудистых хирургов². То есть формируется новый подход к лечению больных, который мы назвали интеграционная хирургия³.

1. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вен. Онкоурология. 2005; 2: 8-15.
2. Антипова С.В., Калинин Е.В., Мирошниченко П.В., Сагарадзе С.А., Калинин А.Е., Шляхтин В.В. Интеграционная хирургия заболеваний брюшной полости, забрюшинного пространства // Онкология. – 2010. - №4 – с.355-358.
3. Мирошниченко П.В., Калинин Е.В., Кириченко Б.Б. Стафиняк И.И., Долгополов В.В. Интегральный подход к лечению сочетанной онкососудистой патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства. // Материалы III съезда ассоциации сосудистых хирургов и ангиологов Украины (6-8 октября 2010), г. Донецк- с.527

Цель исследования

Обобщить совместный опыт отделения сосудистой хирургии Луганской Республиканской Клинической Больницы и Луганского Республиканского Клинического Онкологического Диспансера по лечению больных с ОИМС.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 125 больных с ОИМС за период с 2008 по 2015 годы.

Мужчин 48, женщин 77.

Возраст больных от 17 до 66 лет (средний возраст $42,3 \pm 2,4$ года)

Матриалы и методы

Больные по локализации опухоли разделены на 5 групп:

1. Опухоли забрюшинного пространства инвазией в аорту, подвздошную артерии и нижнюю полую вену – 8 больных
2. Опухоли гепато-панкреато-билиарной зоны с инвазией в нижнюю полую, воротную и верхнюю брыжеечную вены – 5 больных.
3. Опухоли почек с инвазией в нижнюю полую вену – 82 больных.

Матриалы и методы

Больные по локализации опухоли разделены на 5 групп:

4. Опухоли нижних конечностей с инвазией в бедренные артерии – 12 больных.

5. Опухоли шеи с инвазией в брахиоцефальные сосуды – 18 (из них 5 лимфосаркомы и 13 каротидные хеMODEKТОМЫ). Последние, не смотря на доброкачественный характер морфологии, имеют злокачественное течение, связанное с высокой резистентной артериальной гипертензией.

Опухоли забрюшинного пространства (n=8)

Лимфосаркомы – 5, рабдомиосаркомы – 3.

Оперативное пособие состояло в резекции опухоли вместе с вовлеченным сосудом с последующим сосудистым протезированием и расширенной лимфодиссекцией.

Резекции аорты – 2 случая.

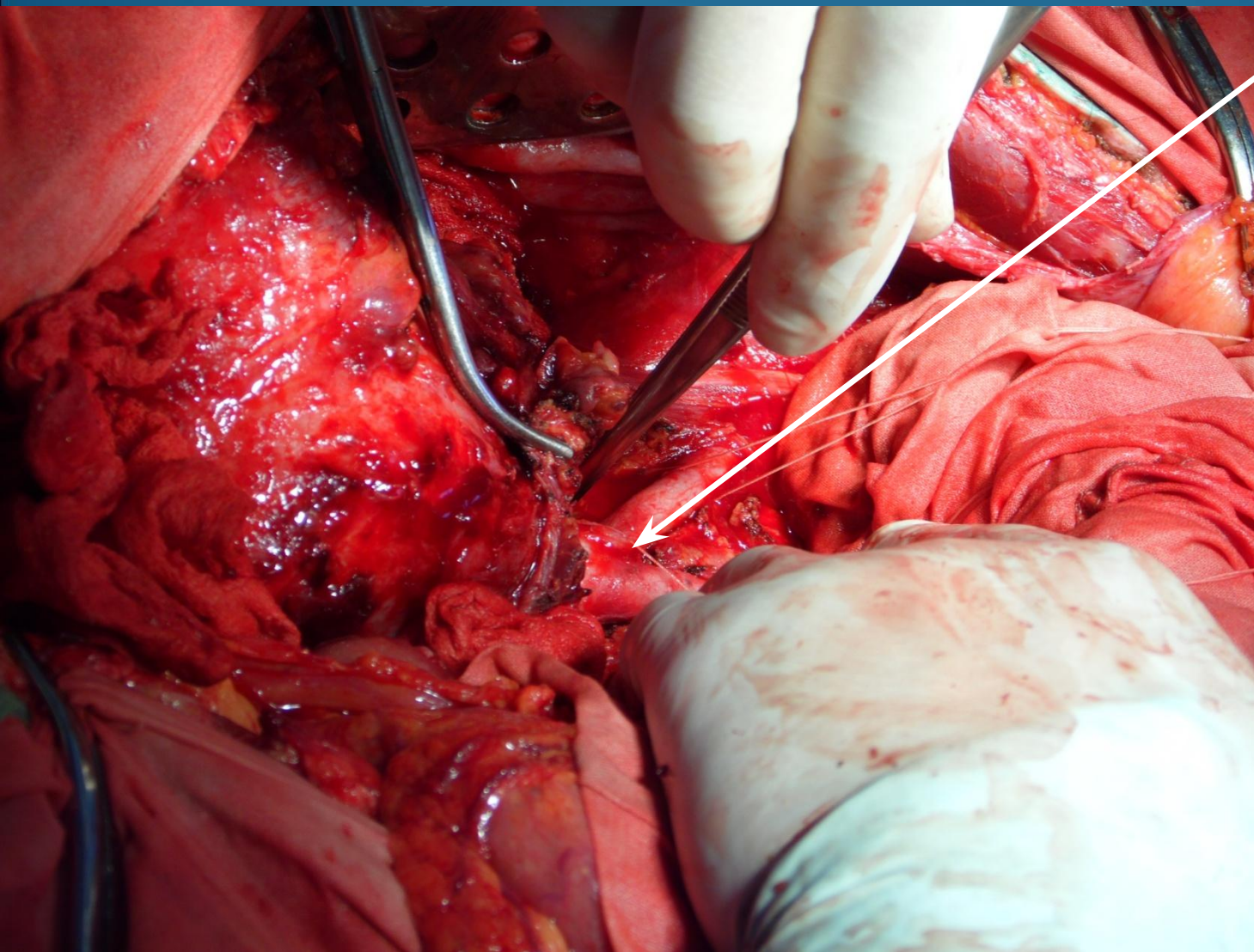
Резекция нижней полой вены – 1 случай.

Резекции подвздошной артерии с подвздошно-бедренным протезированием 5 случаев.

Резекция аорты (общий вид опухоли)



Резекция аорты (выделение бифуркации)



Бифуркация
аорты

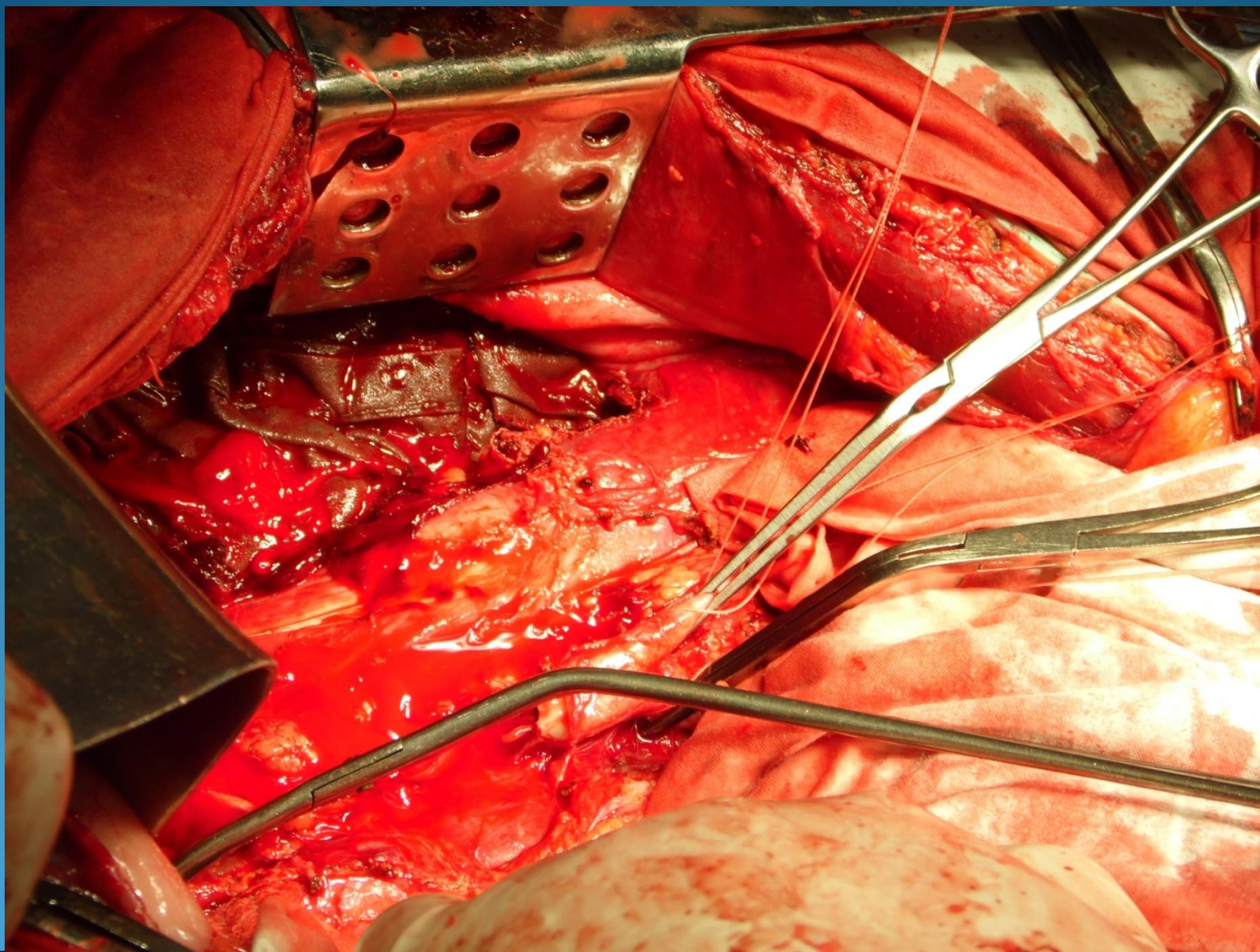
Резекция аорты (выделение проксимального сегмента аорты)



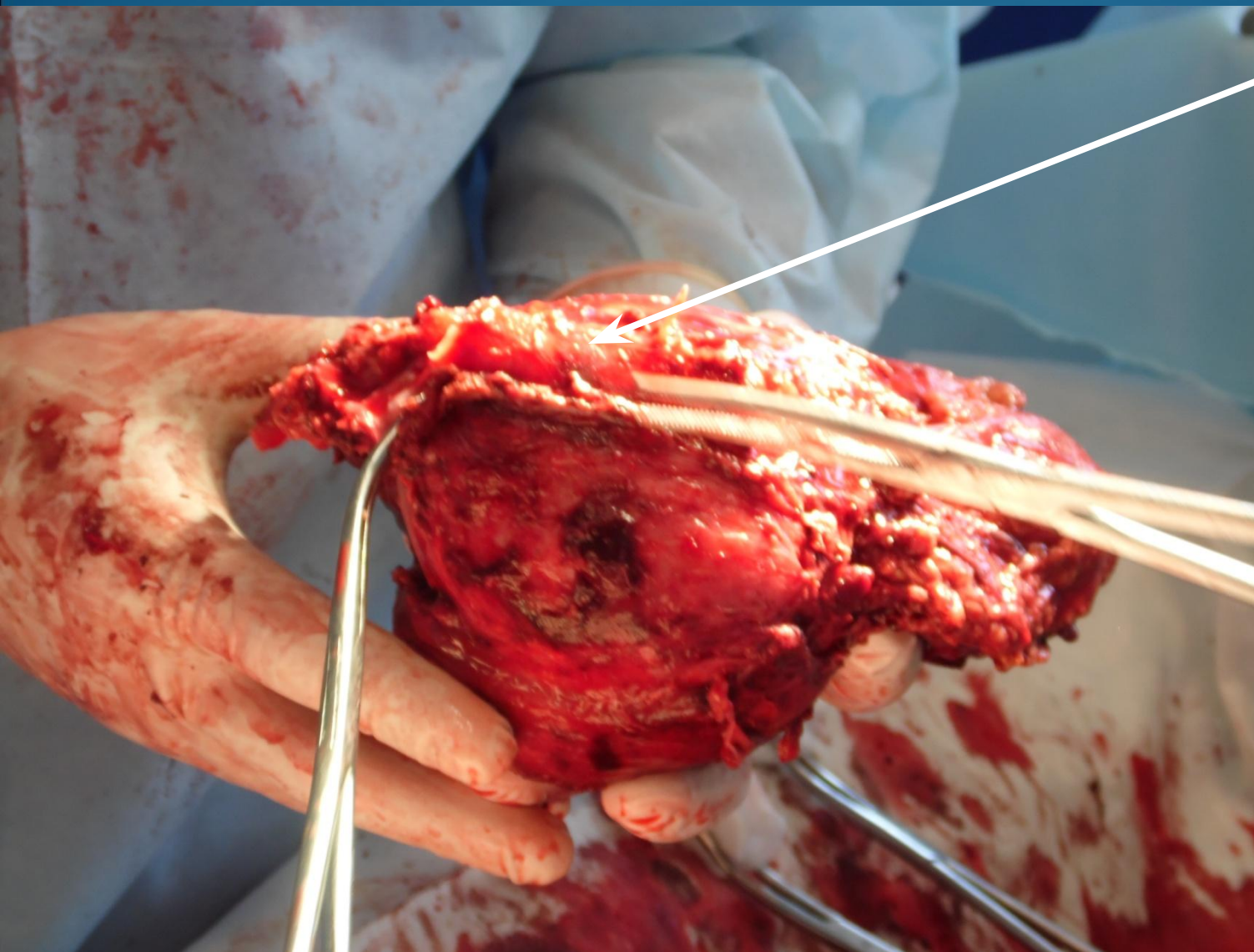
Брюшная
аорта

Правая
почечная
артерия

Резекция аорты (вид операционного поля после удаления опухоли)



Резекция аорты (удаленная опухоль)

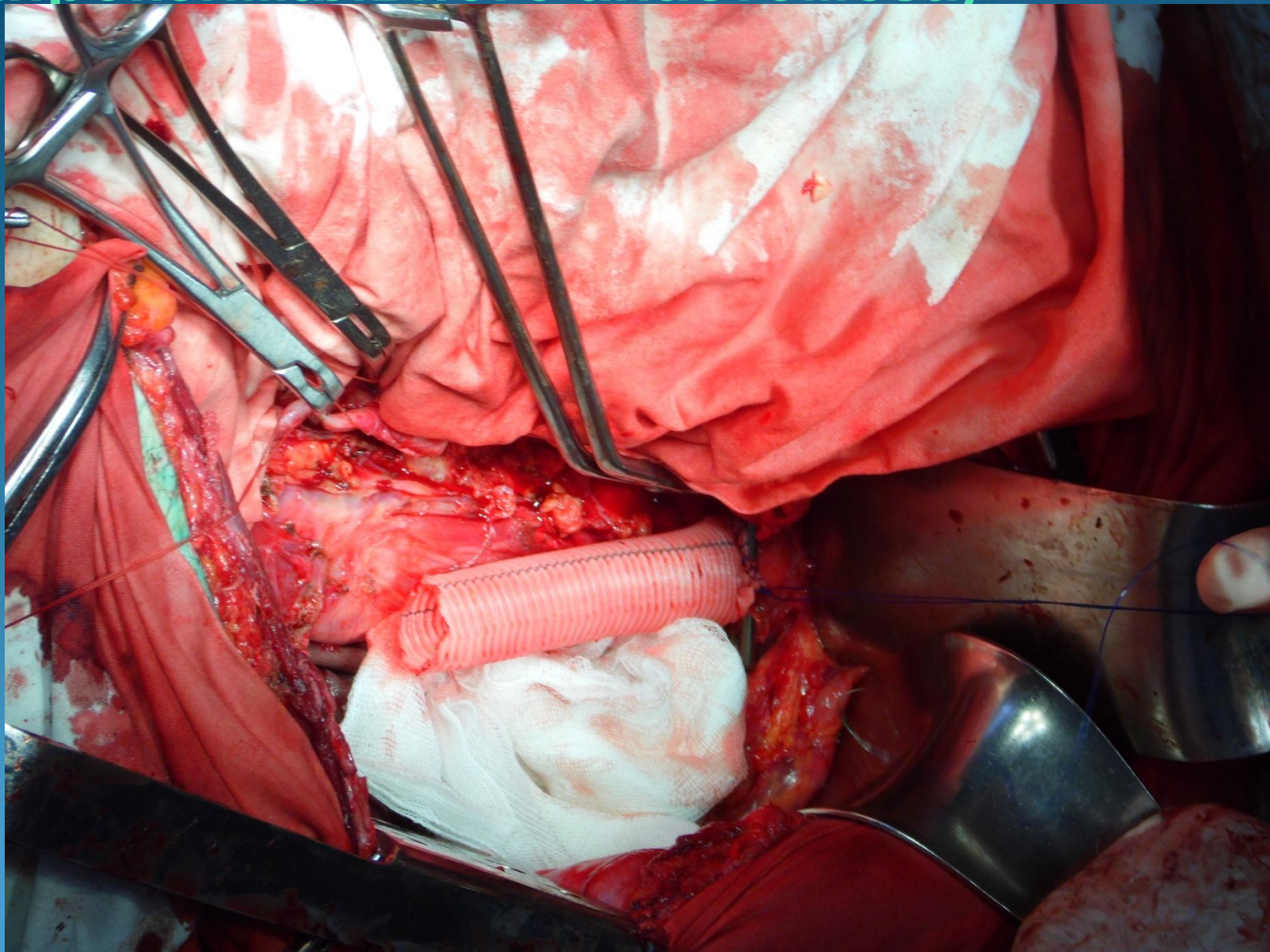


Фрагмент
резециро-
ванной
аорты

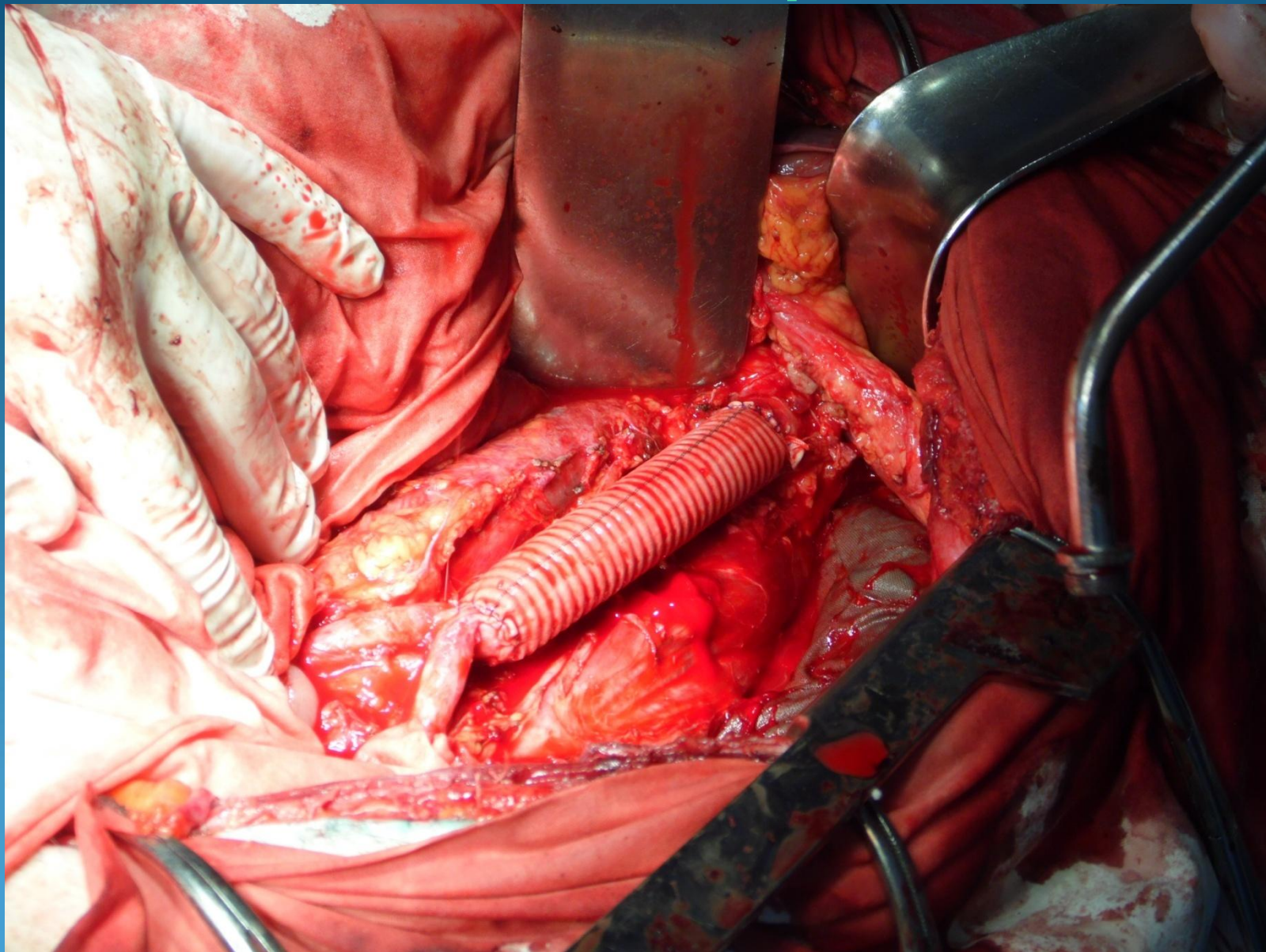
Резекция аорты (опухоль на разрезе)



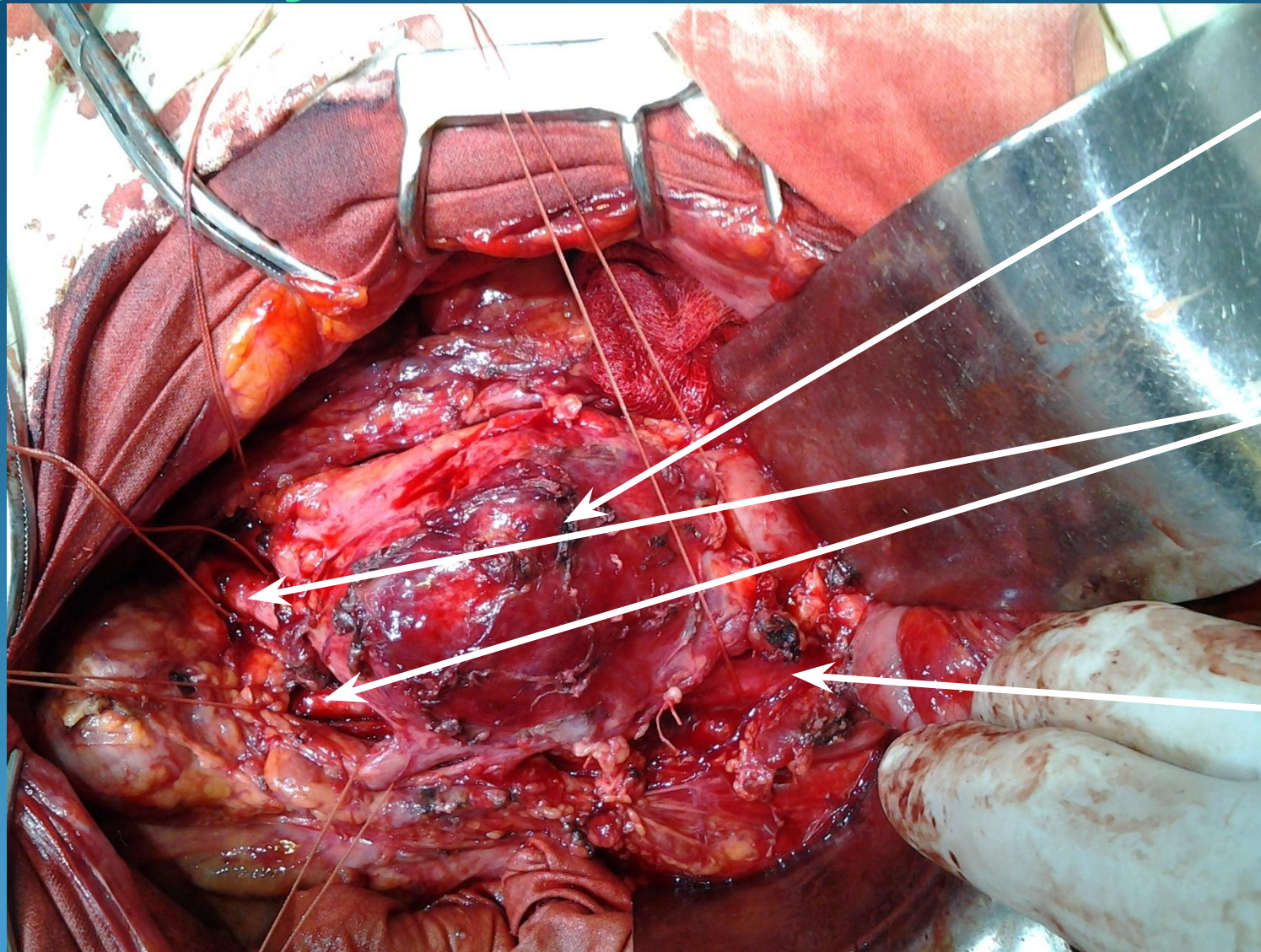
Протезирование аорты (наложение проксимального анастомоза)



Протезирование аорты (окончательный вид операции)



Резекция нижней полой вены (общий вид опухоли)

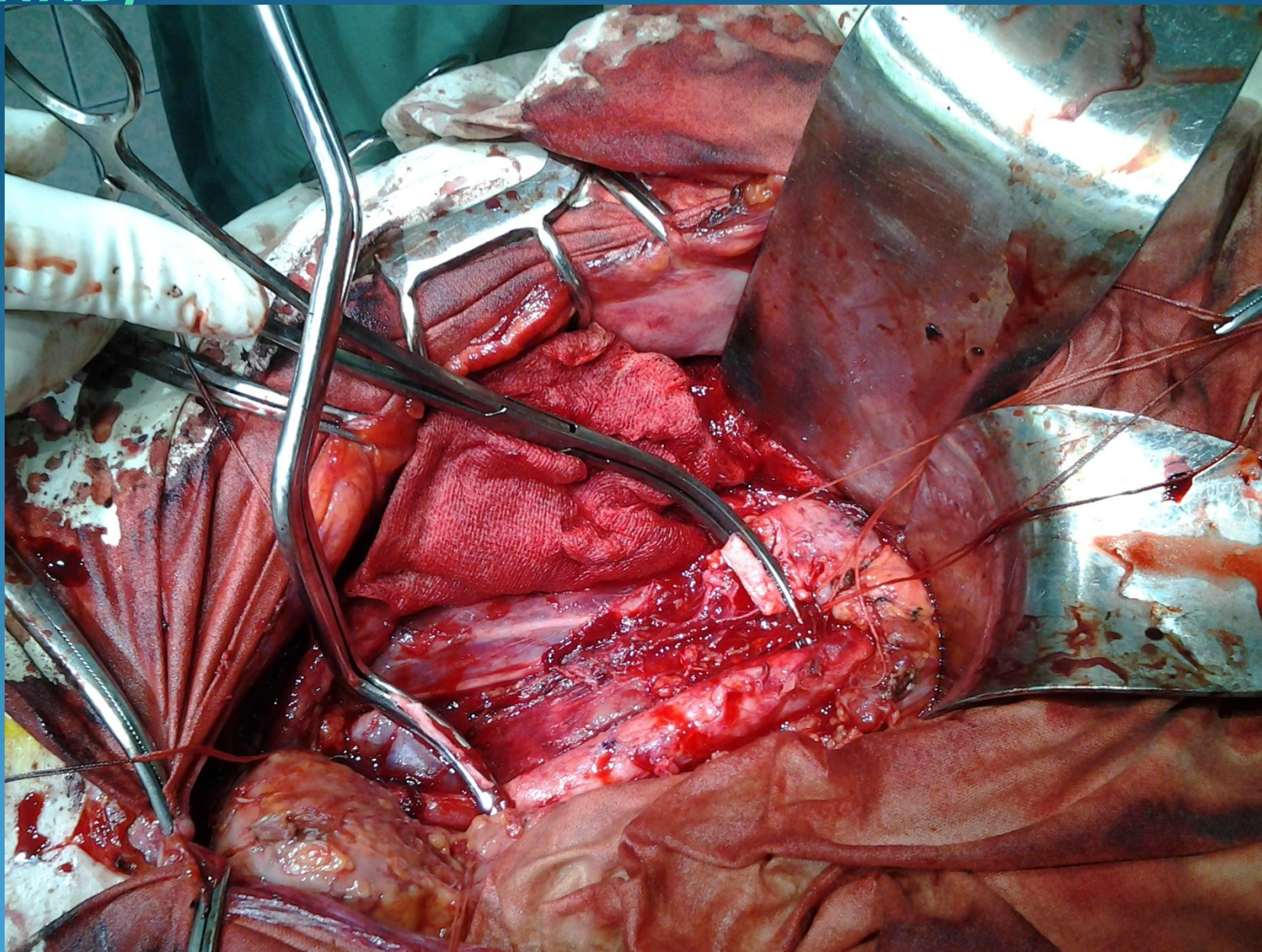


Ткань
опухоли
(лимфо-
саркома)

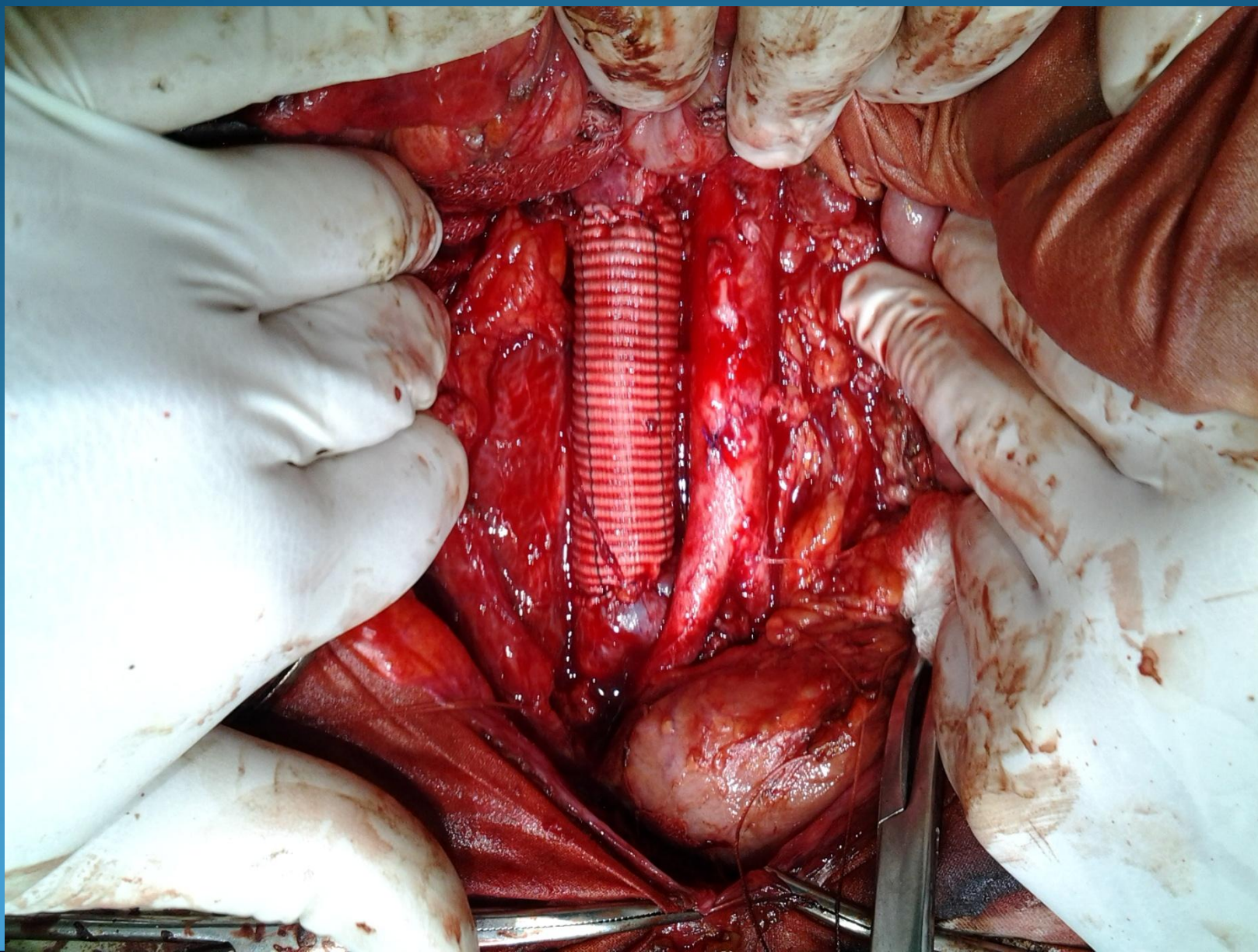
Общие
подвздош-
ные
артерии

Брюшная
аорта

резецирована с инфраренальным отделом
НПВ)



Пртезирование нижней полой вены (протез из дакрона)



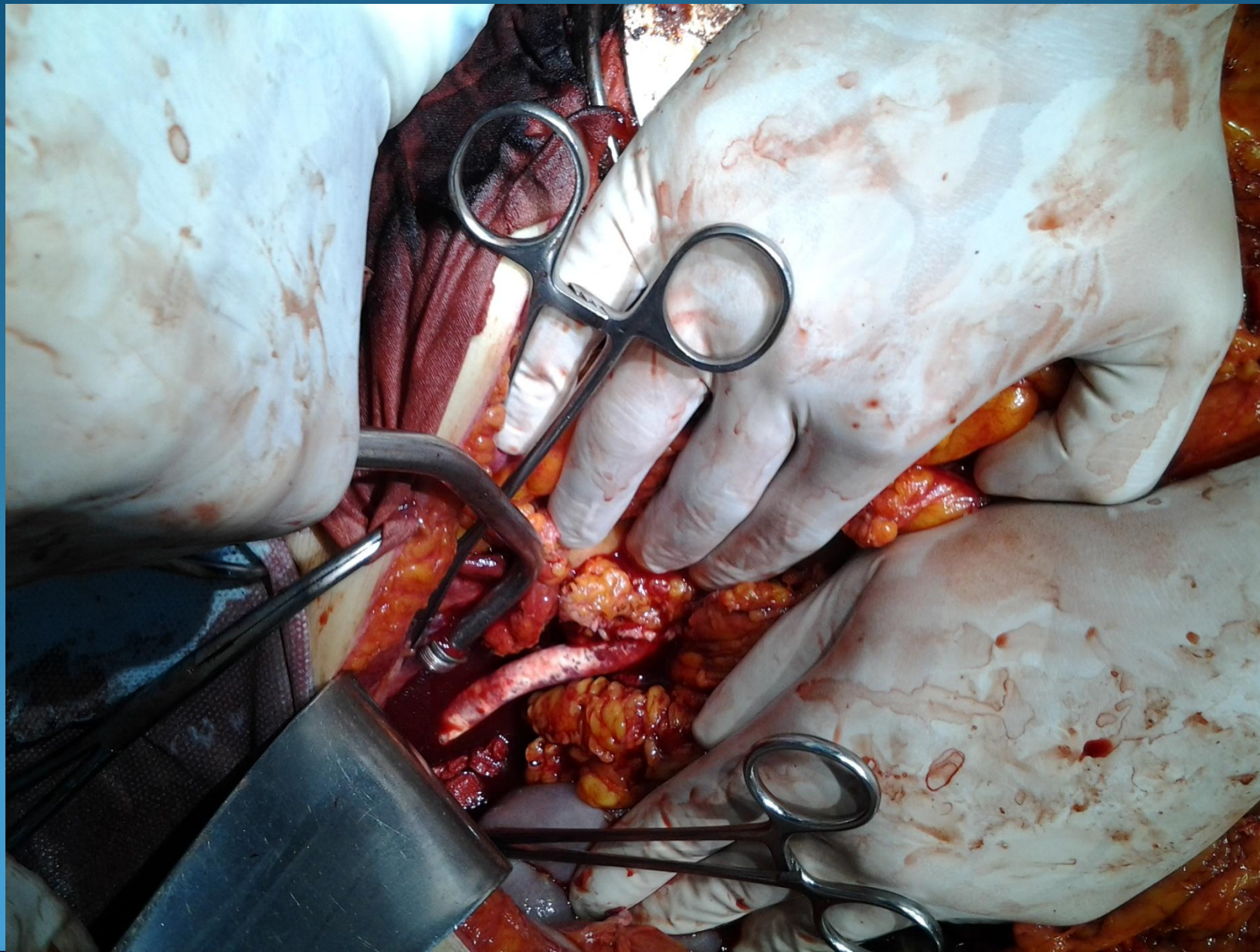
Опухоли гепато-панкреато-билиарной зоны (n=5)

Во всех случаях рак головки поджелудочной железы.

В одном случае инвазия в нижнюю полую вену – панкреато-дуоденальная резекция с краевой резекцией нижней полой вены и пластикой НПВ.

В 4 случаях – панкреато-дуоденальная резекция с верхне-брыжеечно-портальным протезированием.

Верхне-брыжеечно-портальное протезирование (протез из ПТФЭ)



Опухоли почек с инвазией в нижнюю полую вену (n=82)

Во всех случаях светлоклеточный вариант почечноклеточного рака.

- Инвазия в пределах устья почечной вены – 46 больных.

Производится ипсилатеральная нефрэктомия с тромбэктомией из НПВ флотирующей головки опухолевого тромба с обязательной резекцией устья и пластикой НПВ.

- Инвазия в интерренальный и подпеченочный сегмент НПВ – 32 больных. Произведена ипсилатеральная нефрэктомия с открытой тромбэктомией из НПВ с обязательной ревизией устьев поясничных вен и кюретажем из последних с последующей пластикой НПВ (31 случай) или резекцией и протезированием НПВ (1 случай).

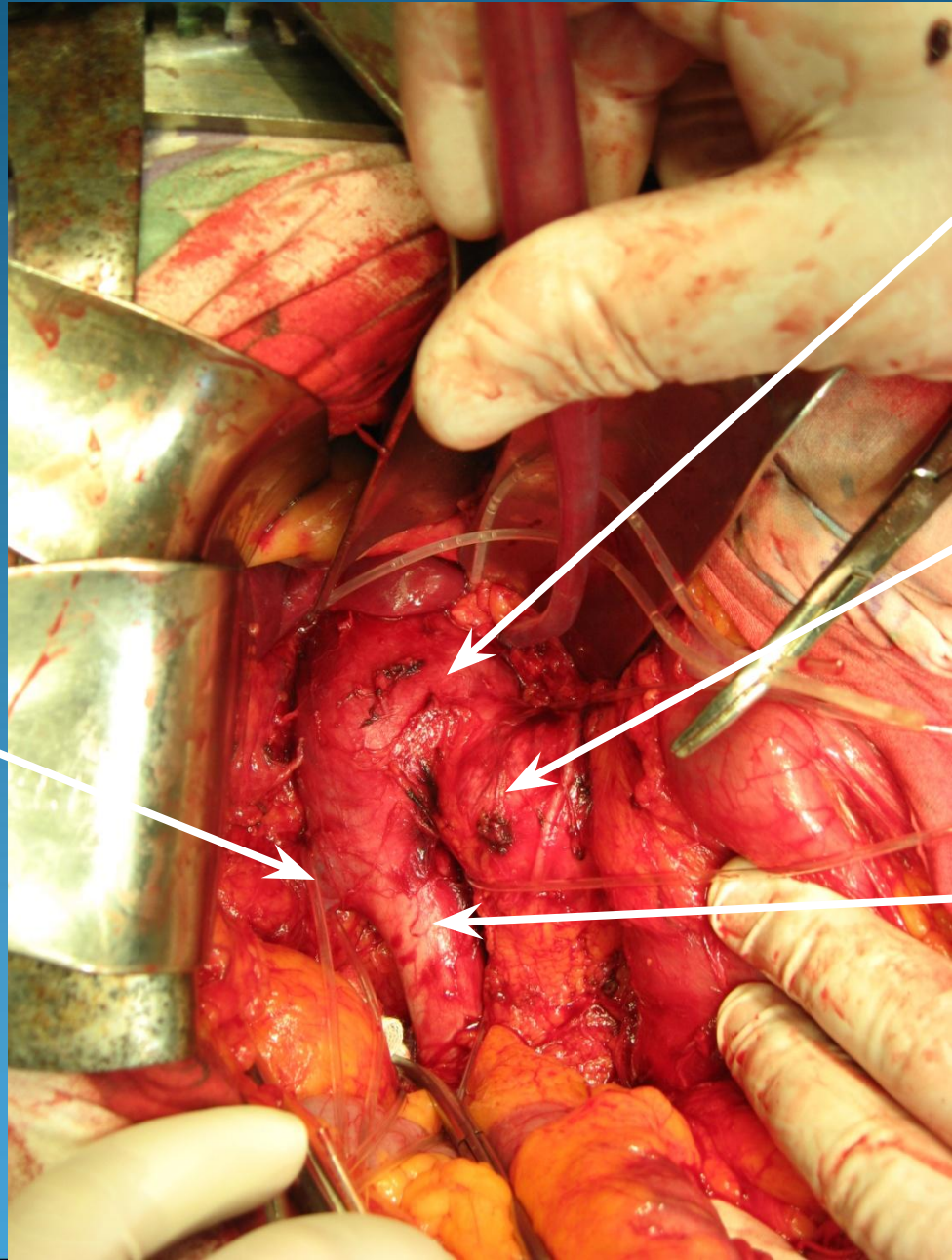
Опухоли почек с инвазией в нижнюю полую вену (n=82)

- Инвазия в надпеченочный сегмент НПВ – 4 больных (в одном случае в наддиафрагмальный сегмент).

Произведена ипсилатеральная нефрэктомия с открытой тромбэктомией из НПВ с обязательным контролем задней стенки НПВ, для чего производилась полная мобилизация и медиальная ротация НПВ.

Циркуляторный арест печени (метод Прингла) производился в 2 случаях . Доступ во всех случаях срединный рапаротомный. Для контроля наддиафрагмального участка НПВ использована радиальная диафрагмотомия по способу Давыдова.

Опухоль печени с инвазией в нижнюю полую вену



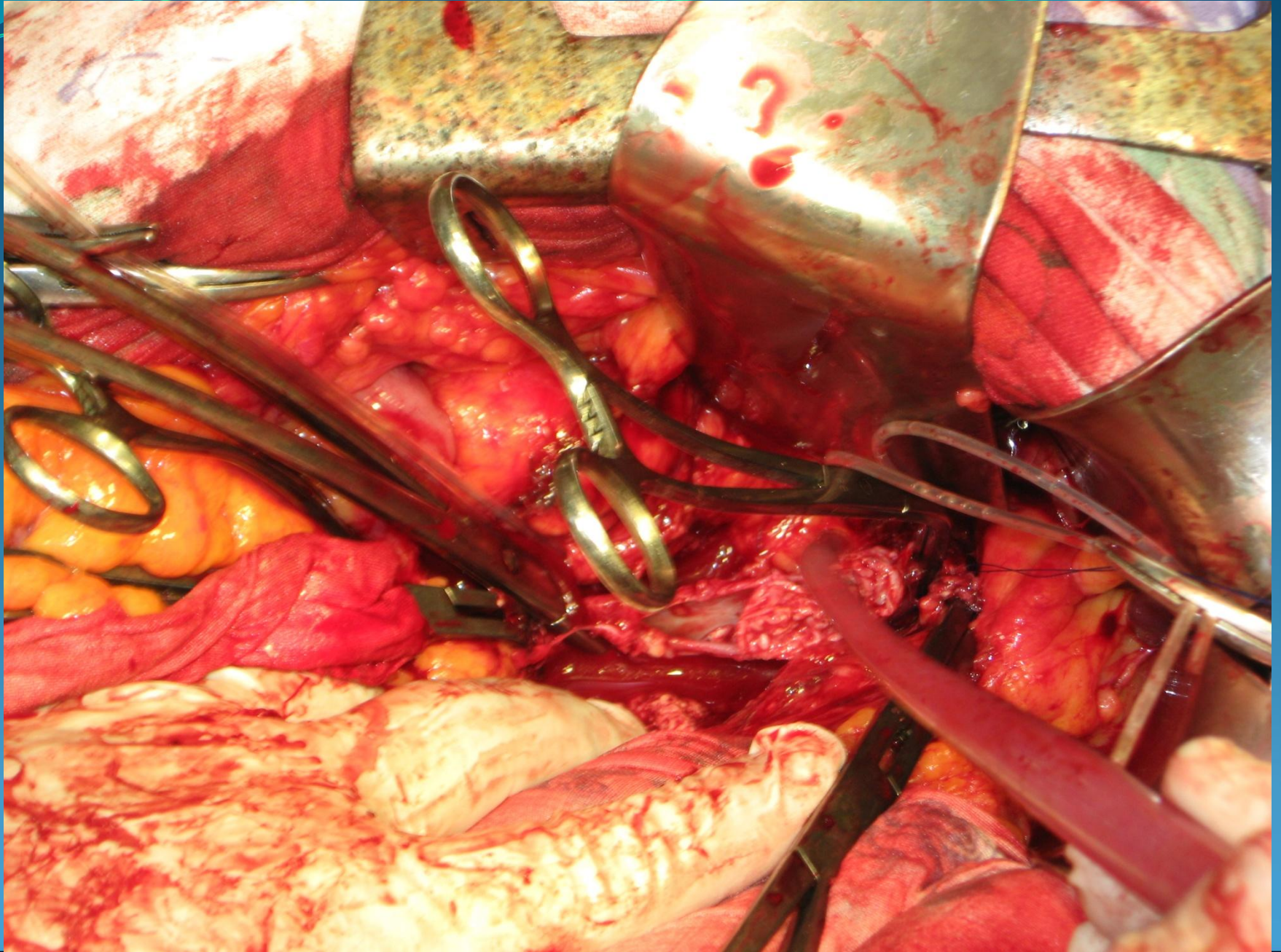
Резко
расширенный
тромбированный
подпеченочный
сегмент НПВ

Резко
расширенная
тромбированная
левая почечная
вена

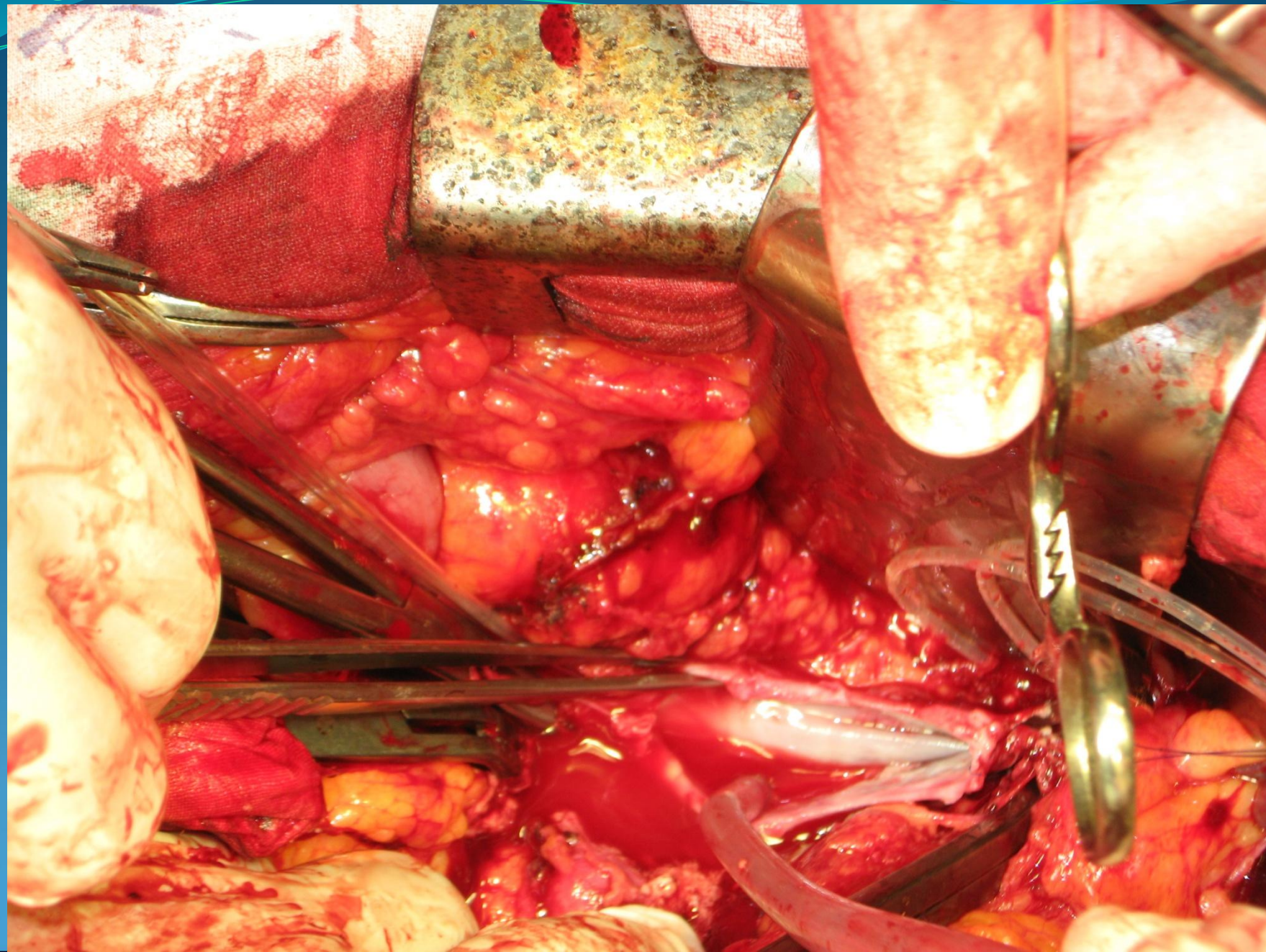
Инфрареналь-
ный сегмент
НПВ

Правая
почечная
вена

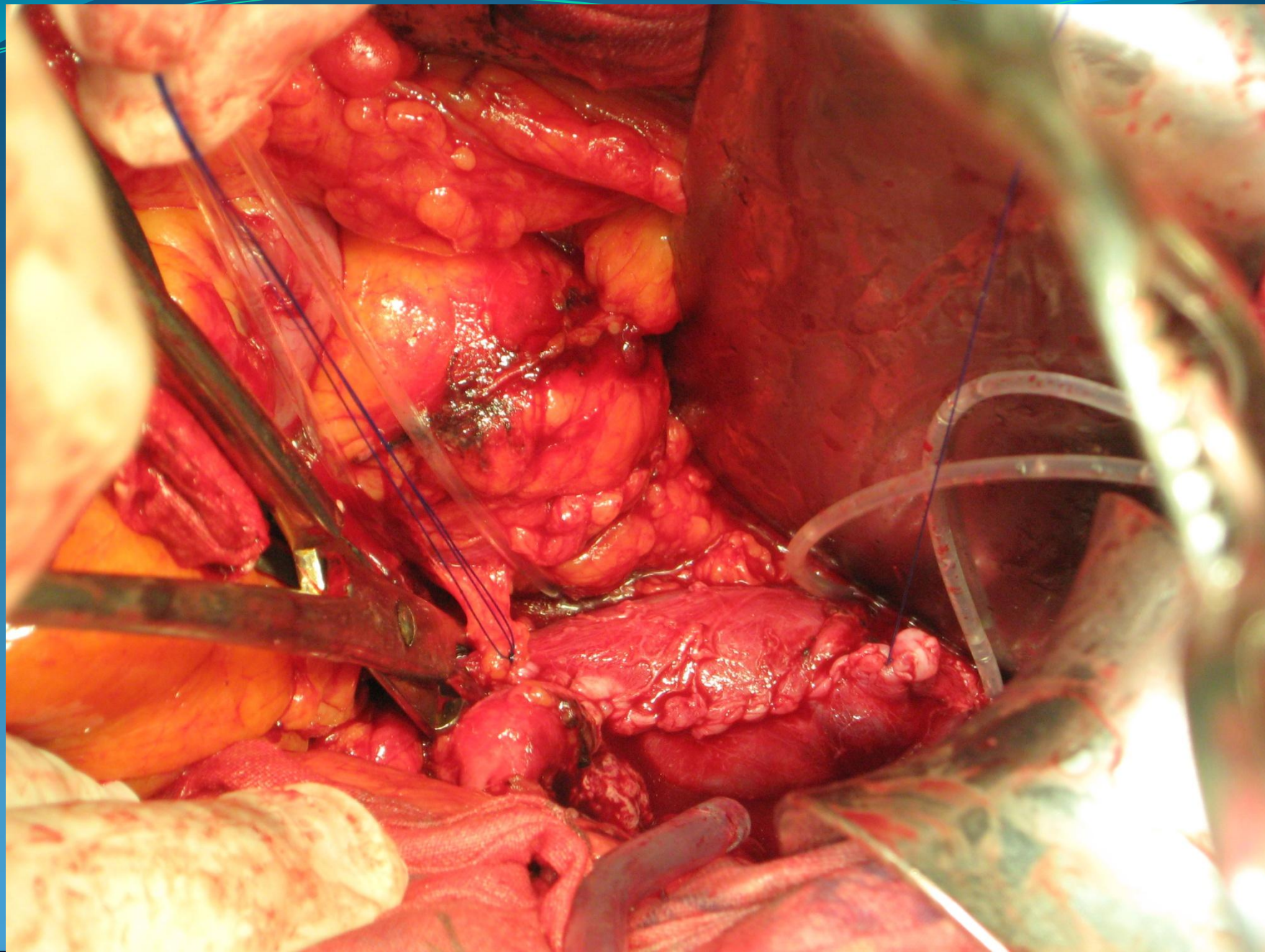
Тромбэктомия из нижней полой вены



Тяжелая почка была освобождена от опухолевой масс



Пластика нижней полой вены



Опухоли нижних конечностей с инвазией в бедренные артерии (n=12).

В 8 случаях - лимфосаркома

В 4 случаях – миосаркома.

Оперативное пособие состоит в широкой резекции опухоли с вовлеченным участком бедренной артерии и расширенной лимфодиссекцией и бедренно-подколенным протезированием (во всех случаях использовался протез из ПТФЭ).

Опухоли шеи с инвазией в брахиоцефальные сосуды (n=18)

В 5 случаях – лимфосаркома прорастанием в общую сонную артерию (4 больных) и в брахиоцефальный ствол (1 больной).

Выполнено удаление опухоли с резекцией и линейным протезированием общей сонной артерии (4 случая) и резекция опухоли с резекцией бифуркации брахиоцефального ствола с анонимо-общесонно-подключичным протезированием бифуркационным протезом (1 случай).

Опухоли шеи с инвазией в брахиоцефальные сосуды (n=18)

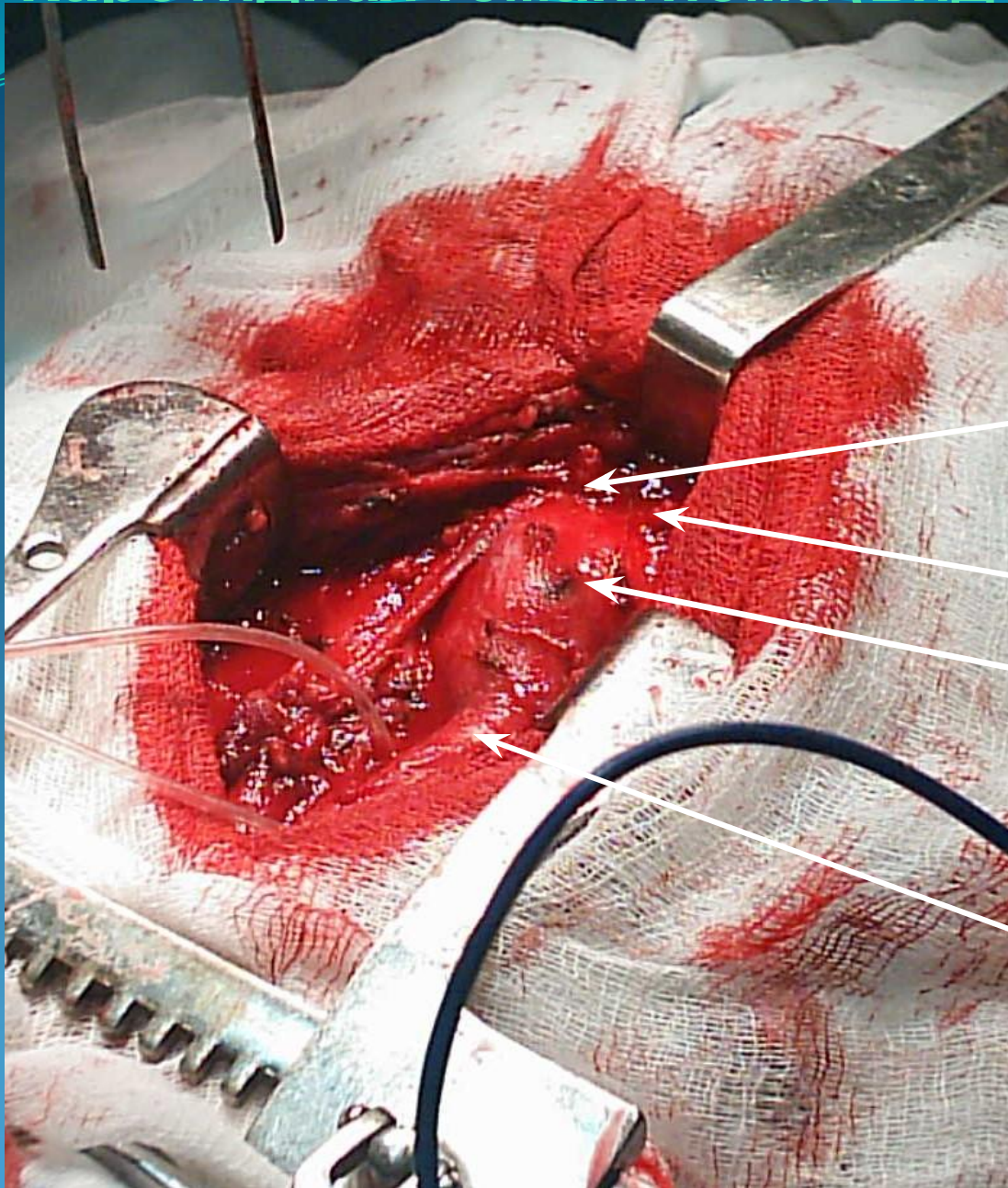
В 13 случаях – каротидные хемотомы.
Выполнено в 10 случаях субадвентициальное
удаление опухоли.

В 3 случаях – резекция опухоли с резекцией
бифуркации общей сонной артерии с
последующим обще-внутренне-сонным
протезированием.

Каротидная гемангиома (состояние до операции)



Каротидная гемангиома (вид опухоли)



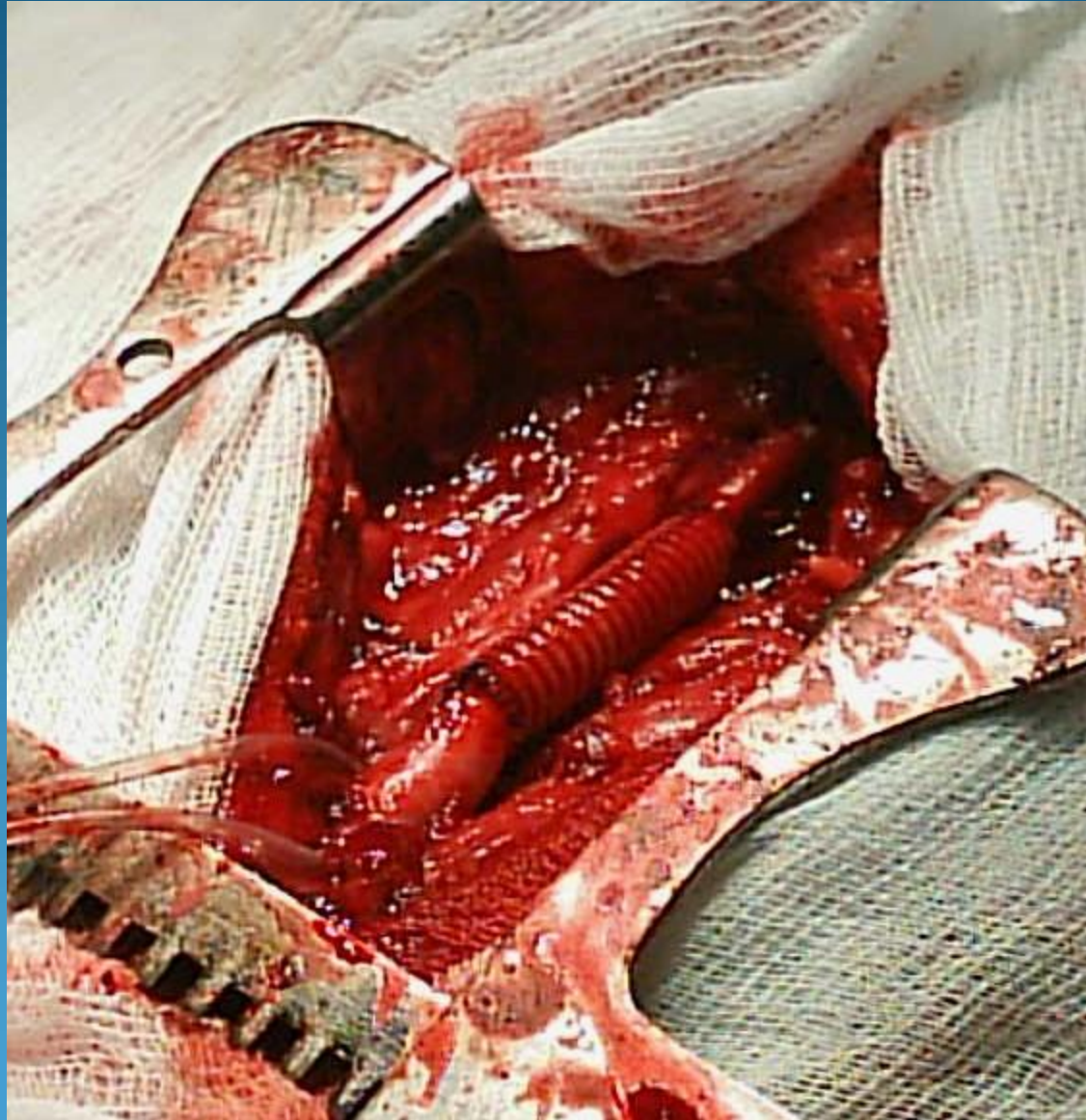
Внутренняя сонная
артерия

Наружная сонная артерия

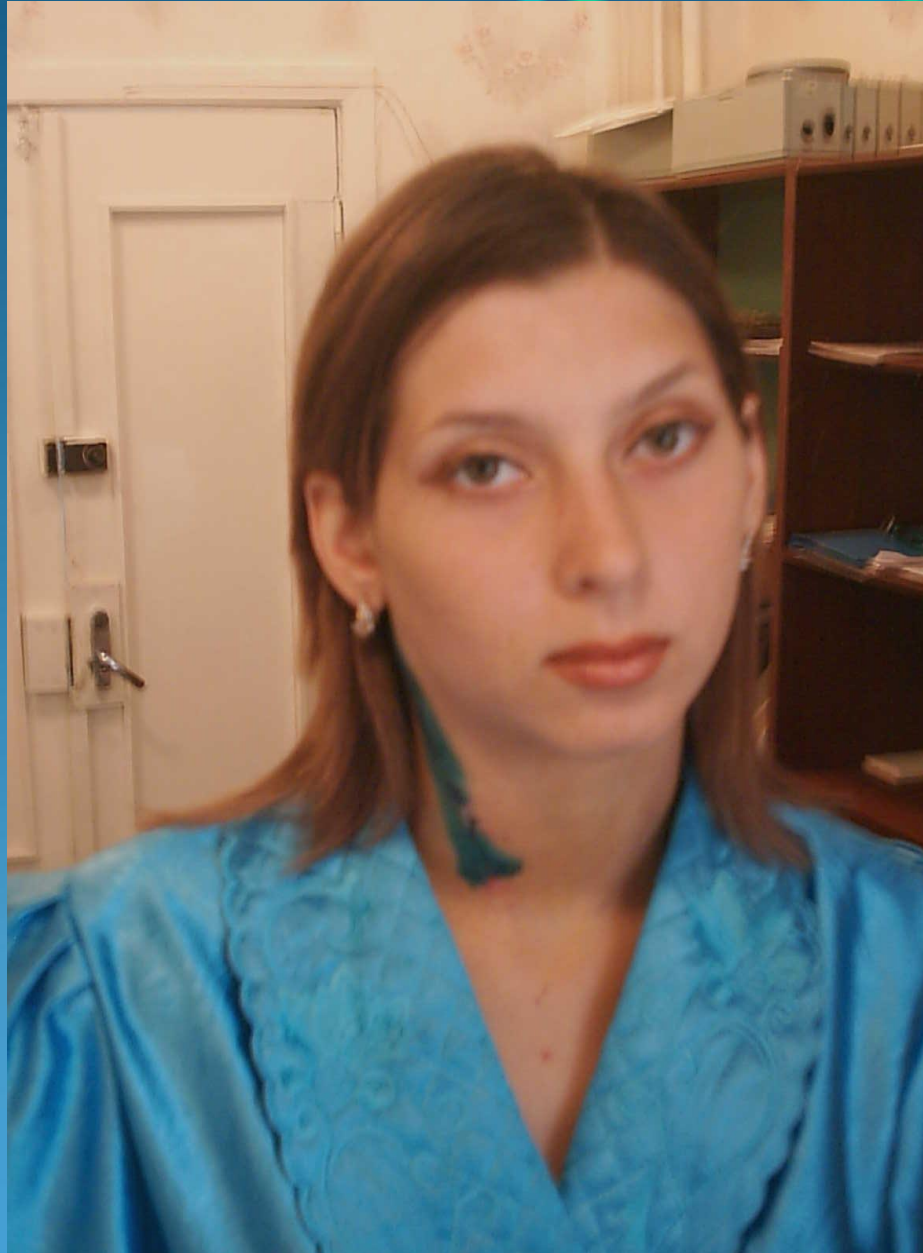
Ткань опухоли

Общая сонная артерия

Каротидная гемангиома (обще-внутренне – сонное протезирование)



Каротидная гемангиома (состояние после операции)



Результаты (1-я группа)

В 1-й группе непосредственной летальности не было. Тромботических осложнений не было. У одного больного отмечался длительный парез кишечника, разрешившийся консервативными мероприятиями.

В отдаленном периоде пятилетний период не пережил никто. 2-е больных (в том числе один с резекцией НПВ) живут свыше 4 лет, трое – свыше 3 лет.

Остальные больные (3 человека) умерли в течение первых трёх лет (средний срок $2,4 \pm 0,4$ года) от пролонгации заболевания.

Результаты (2-я группа)

Непосредственно после операции умер 1 человек. Причина смерти – декомпенсированный геморрагический шок.

1 больная умерла на 28 сутки после операции от острого инфаркта миокарда.

1 больной умер через 8 месяцев после операции от пролонгации заболевания.

2-е больных живы (2г 7 мес и 2г 1 мес). У одного из них отмечаются признаки пролонгации заболевания – получает спецметоды лечения.

Результаты (3-я группа)

Непосредственной летальности не было.

18 больных умерло в сроки от 1 до 4 лет (в среднем $3,4 \pm 0,8$ г) от пролонгации заболевания.

7 человек умерло в отдаленные сроки от причин, не связанных с основным заболеванием.

Остальные больные (57 человек) живы (из них пятилетний период пережили 24 человека).

Результаты (4-я группа)

Непосредственной летальности не было.

4 больных умерло в течение первого года, 4 - в сроки от 1 до 4 лет (в среднем $2,6 \pm 0,6$ г) от пролонгации заболевания.

Остальные больные (4 человека) живы (из них пятилетний период пережил 1 человек). У двоих из них отмечались признаки пролонгации заболевания, вследствие чего были выполнены «высокие» ампутации бедер.

Благодарю за внимание.