

© Коллектив авторов, 2013
УДК 617.553-006.04-039.35-073.75-089

Д. А. Гранов, И. О. Руткин, В. В. Боровик, А. А. Поликарпов, Т. Т. Андабеков

РОЛЬ ПРЯМОЙ АНГИОГРАФИИ В УТОЧНЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ГИГАНТСКОЙ РЕЦИДИВНОЙ ОПУХОЛИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий МЗ РФ
(дир. — академик РАМН А. М. Гранов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: опухоль, рецидив, ангиография

По мнению различных авторов [1, 6], неорганные забрюшинные опухоли (НЗО) составляют от 0,03 до 1,0% от всех новообразований человека, большинство из которых (60–85%) являются злокачественными. До трети случаев НЗО представлены гистологическими вариантами гастроинтестинальной стромальной опухоли (GIST), лейомиосаркомы и липосаркомы. Большая часть этих опухолей имеют происхождение из мезенхимальных клеток, что обуславливает высокую частоту местных рецидивов и низкую чувствительность к химиолучевой терапии [5, 9]. Именно по этой причине хорошие отдаленные результаты, в первую очередь, определяются возможностью своевременных и радикальных оперативных вмешательств.

Совершенствование оперативной техники, применение опыта сосудистой хирургии при радикальном удалении НЗО размерами более 10 см позволяют добиться успеха не менее чем в 70% наблюдений [4], при этом 5-летняя выживаемость пациентов может достигать 70% [7]. Нерадикальные операции выполняются примерно в 20% случаях [3]. Основной причиной отказа от удаления опухоли при отсутствии диссеминации является вовлечение крупных сосудов, что связано, в первую очередь, с отсутствием опыта реконструктивной сосудистой хирургии. В большинстве наблюдений, сопровождавшихся сосудистой инвазией, удаление опухоли сочеталось с успешными реконструктивными вмешательствами на аорте и ее ветвях, а также нижней полой вене [2, 8, 10].

Таким образом, определение истинной сосудистой инвазии, прежде всего, инвазии печеночной и верхнебрыжеечной артерий, является ключевым моментом, который не всегда может быть решен как с помощью современных неинвазивных методов исследования (МСКТ, МРТ), так и при интраоперационной ревизии. В этой ситуации, по нашему мнению, важную роль играет классическое ангиографическое исследование с селективной катетеризацией заинтересованных сосудов, что подтверждает представленное нами клиническое наблюдение.

Клинический случай.

Пациентка Е., 55 лет, впервые обратилась в медицинскую клинику г. Смоленска по месту жительства в сентябре 2010 г. по поводу болей и тяжести в верхних отделах живота. При обследовании выявлена опухоль левого забрюшинного пространства размером 10×15 см. Планировался перевод в онкологическую клинику, однако 29.10.2012 г. отмечено резкое усиление болей, лихорадка до 39 °С. В экстренном порядке пациентке выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии брюшной полости выявлена гигантская опухоль левого забрюшинного пространства, прорастающая в селезеночный угол поперечной ободочной кишки, с перфорацией последней и развитием отграниченного перитонита. Выполнены удаление образования забрюшинного пространства, левосторонняя гемиколэктомия, удаление фиброматозного узла матки. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании диагностирована фиброзная гистиоцитома. Через 1,5 года у пациентки при обследовании по поводу хронических болей в животе диагностирован рецидив заболевания. При МСКТ выявлена опухоль левого забрюшинного пространства с вовлечением поджелудочной железы, брыжейки кишки, размером 17,5×12,5×14,2 см. Пациентка консультирована в нескольких клиниках России,

Сведения об авторах:

Гранов Дмитрий Анатольевич (e-mail: eleganova@mail.ru), Руткин Игорь Олегович (e-mail: operblock@ya.ru),
Боровик Владимир Владимирович (e-mail: borovik1968@ya.ru), Поликарпов Алексей Александрович (e-mail: tarazovp@mail.ru),
Андабеков Тимур Турдеевич (e-mail: andabekov@gmail.com),
Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 70



Рис. 1. Компьютерные томограммы пациентки Е., 1957 г.р., с выполнением 3D-реконструкции магистральных сосудов брюшной полости. Определяется гигантская опухоль брюшной полости, распространяющаяся на поджелудочную железу, желудок, корень брыжейки. Наличие истинной сосудистой инвазии установить невозможно.

а — общая печеночная артерия (стрелка) проходит по верхнему краю опухоли; б — верхнебрыжеечная артерия (стрелка) проходит в толще опухолевого узла

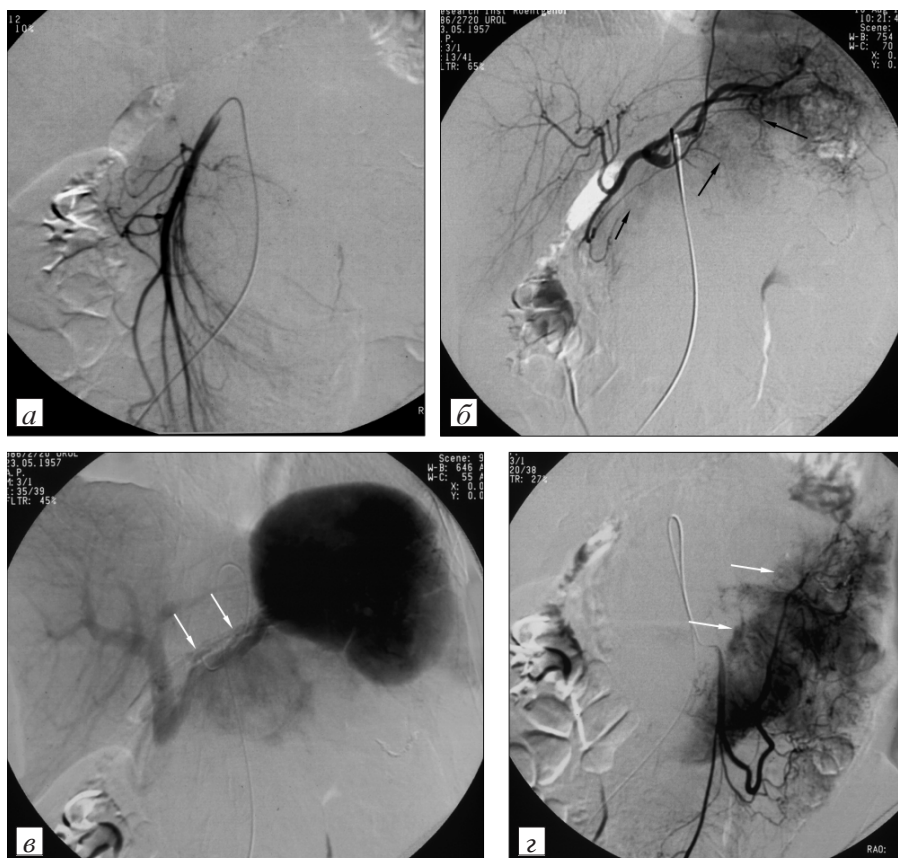


Рис. 2. Ангиограммы той же пациентки.

а — при мезентерикографии верхняя брыжеечная артерия проходит на всем протяжении, смещена вправо, участков окклюзий и узураций артерии не определяется; б, в — целиакография с возвратной спленопортографией.

Сосудистая анатомия гепатопанкреатодуоденальной зоны типичная. Селезеночная вена оттеснена и сдавлена, проходима на всем протяжении (белые стрелки). Кровоток по воротной вене гепатопетальный. В левой фланковой области определяется округлое патологическое образование до 26 см в диаметре, аваскулярное в центре и с опухолевыми сосудами по периферии. В кровоснабжении образования участвуют артериальные сегментарные ветви гастродуоденальной и коротких ветвей селезеночной артерии (черные стрелки); г — при мезентерикографии нижняя брыжеечная артерия проходима на всем протяжении. Верхняя ректальная артерия не изменена (черные стрелки), а. colica sinistra кровоснабжает опухоль (белые стрелки)



Рис. 3. Общий вид операционной раны после удаления опухоли.

Общая печеночная артерия (верхняя белая стрелка),
верхнебрыжеечная артерия (черная стрелка),
воротная вена (нижняя белая стрелка)

в одной из которых в марте 2012 г. выполнена эксплоративная лапаротомия. Опухоль признана неоперабельной в связи с инвазией в магистральные сосуды брюшной полости. В мае 2012 г. пациентке проведен цикл системной химиотерапии препаратами «Доксорубин» (80 мг) и «Изоксан» (8 мг). При контрольной МСКТ через 1,5 мес (рис. 1) отмечено увеличение размеров опухоли до 23×25 см. Пациентка обратилась в ФГБУ РНЦРХТ за консультацией — рекомендована диагностическая висцеральная ангиография, при выполнении которой 16.08.2012 г. выявлена гигантская опухоль, занимающая большую часть брюшной полости, смещающая и сдавливающая магистральные сосуды брюшной полости. Данных, свидетельствующих об их истинной инвазии, не выявлено (рис. 2). Принято решение об оперативном лечении.

20.08.2012 г. выполнена операция: крестообразная полная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, удаление рецидивной опухоли забрюшинного пространства с резекцией мышц передней брюшной стенки, левого купола диафрагмы, тотальная гастропанкреатодуоденэктомия с формированием пищеводно-тонкокишечного анастомоза «конец в бок», гепатикоеюностомия по Фелькеру, субтотальная колэктомия, цекосигмостомия, левосторонняя адреналэктомия, спленэктомия, холецистэктомия, дренирование левой плевральной и брюшной полости.

Продолжительность операции составила 13 ч 30 мин, интраоперационная кровопотеря — около 1500 мл (рис. 3).

В послеоперационном периоде пациентка 10 сут находилась в отделении интенсивной терапии. Получала стандартную анальгетическую терапию, антибиотикопрофилактику, парентеральное питание, препараты железа, антикоагулянты, инфузионную и трансфузионную терапию, заместительную инсулинотерапию. В дальнейшем консультирована эндокринологом, выполнен подбор инсулинотерапии препаратами «Актрапид», «Протофан», «Лантус». Особенностью послеоперационного периода являлась длительная



Рис. 4. Компьютерная томограмма той же пациентки с выполнением 3D-реконструкции магистральных сосудов брюшной полости через 2 мес после операции.

Указаны верхнебрыжеечная артерия (белая стрелка) и вена (черная стрелка). Признаков рецидива заболевания не выявлено

лимфоррея (до 2,5 л/сут) из брюшной полости, в связи с чем дренажи удалены только на 20-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. По результатам гистологического исследования операционного материала подтвержден рецидив фиброзной гистиоцитомы. Выписана на 30-е сутки под амбулаторное наблюдение. Пациентка наблюдается в нашем центре в течение 2 мес после операции без признаков рецидива заболевания (рис. 4). Полностью социально адаптирована, работает. Стул 2–3 раза в сутки, явления сахарного диабета компенсированы.

Представленное клиническое наблюдение в полной мере показывает важность прямой ангиографии при определении показаний к оперативному лечению НЗО. Мы располагаем значительным опытом протезирования абдоминальных сосудов при их инвазии, что помогло принять решение об оперативном лечении в этом наблюдении. Однако такие реконструкции значительно усложняют оперативное вмешательство и послеоперационное течение, что, учитывая объем выполненной мультиорганной резекции у данной больной, вряд ли могло бы привести к удовлетворительному результату.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вашакмадзе Л. А., Черемисов В. В., Бутенко А. В. Неорганные забрюшинные опухоли // Онкология: национальное руководство / Под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 739–748.
2. Федоров В. Д., Цвиркун В. В., Скуба Н. Д. Диагностика и лечение лейомиосарком нижней полой вены // Хирургия. 1998. № 9. С. 21–25.

3. Харченко В. П., Чхиквадзе В. Д., Сдвижков А. М. и др. Хирургическое и комбинированное лечение мезенхимальных неорганных забрюшинных опухолей // Вестн. Росс. научного центра рентгенорадиологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. 2011. № 1. С. 1–11.
4. Hardwigsen J., Baque P., Crespy B. et al. Resection of the inferior vena cava for neoplasms with or without prosthetic replacement: A 14-patients series // Ann. Surg. 2001. Vol. 233. P. 242–249.
5. Kilkenny J. W. IIIrd, Bland K. I., Copeland E. M. Retroperitoneal sarcoma: the University of Florida experience // J. Amer. Coll. Surg. 1996. Vol. 182, № 4. P. 329–339.
6. Singer S., Corson J. M., Demetri G. D. et al. Prognostic factors predictive of survival for truncal and retroperitoneal soft-tissue sarcoma // Ann. Surg. 1995. Vol. 221 (2). P. 185–195.
7. Sogaard A. S., Laurberg J. M., Sorensen M. et al. Intraabdominal and retroperitoneal soft-tissue sarcomas — outcome of surgical treatment in primary and recurrent tumors // World J. Surg. Oncol. 2010. Vol. 8. P. 81.
8. Stauffer J. A., Fakhre G. P., Dougherty M. K. et al. Pancreatic and multiorgan resection with inferior vena cava reconstruction for retroperitoneal leiomyosarcoma // World J. Surg. Oncol. 2009. Vol. 6, № 7. P. 3.
9. Storm F. K., Mahvi D. M. Diagnosis and management of retroperitoneal soft-tissue sarcoma // Ann. Surg. 1991. Vol. 214. P. 2–10.
10. Tseng W., Wang S., Eichler Ch. et al. Complete and safe resection of challenging retroperitoneal tumors: anticipation of multi-organ and major vascular resection and use of adjunct procedures // World J. Surg. Oncol. 2011. Vol. 4, № 9. P. 143.

Поступила в редакцию 06.03.2013 г.