

© Коллектив авторов, 2013
УДК [616-006.04+616.136.007.64]:616-089

Н. А. Яицкий, А. Я. Бедров, Е. А. Цветкова, Г. И. Мартыненко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В СОЧЕТАНИИ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — академик РАМН проф. Н. А. Яицкий) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Ключевые слова: *аневризма брюшной аорты, злокачественное новообразование, операции*

Введение. Сочетание аневризмы брюшной аорты (АБА) со злокачественными новообразованиями (ЗН) различной локализации до недавнего времени являлось противопоказанием к радикальному хирургическому лечению. Непереносимость онкологической операции из-за конкурирующего сосудистого заболевания, с одной стороны, и общепринятый отказ от сосудистого вмешательства у онкологического больного — с другой, обрекали пациентов на симптоматическую терапию [1, 2]. Современные достижения медицины позволили пересмотреть лечебную тактику в пользу радикального хирургического лечения этих конкурирующих заболеваний, используя симультанные или этапные операции [7, 11]. АБА, составляя 29–37,8% от аневризм других локализаций, встречается с большей частотой в возрастной группе старше 50 лет [4], для которой также характерна высокая частота развития ЗН [8]. Ряд исследователей [10] отмечают сходство гормон-ассоциированных механизмов патогенеза ЗН и АБА, указывая, что атеросклероз и рак проходят одинаковые стадии, в основе которых лежит механизм апоптоза [2]. Истинную частоту синхронной встречаемости АБА и ЗН, колеблющуюся от 1,2–22%, достоверно определить трудно [6]. При

выявлении АБА в сочетании со ЗН пациент оказывается в группе высокого риска, а дальнейшая хирургическая тактика остается до конца не решенной — выполнять симультанное или этапное вмешательство, которое из конкурирующих заболеваний требует первоочередного лечения, через какой период времени может быть выполнено следующее вмешательство. Первое сообщение об успешном одномоментном и этапном хирургическом лечении АБА и ЗН относится к 1967 г. [9], когда D. E. Szilagy и соавт. опубликовали данные о хирургическом лечении больных с АБА в сочетании со ЗН и сформулировали принципы этапной тактики лечения, которые актуальны и по сей день [7, 11]. Однако, если первым этапом оперировать ЗН, то операционный стресс увеличивает риск разрыва АБА [3, 9], а осложненная форма ЗН (кровотечение, перфорация, кишечная непроходимость) также может привести к фатальной ситуации. В связи с этим, первым этапом должно быть проведено лечение более опасного для жизни заболевания [5]. Сторонники симультанных операций считают их показанными при осложненном течении обоих конкурирующих заболеваний или когда есть возможность выполнить оба хирургических вмешательства из одного операционного доступа [2, 7, 8, 11].

Сведения об авторах:

Яицкий Николай Антонович (e-mail: president@spb-gmu.ru), Бедров Александр Ярославович (e-mail: abedrov@mail.com), Мартыненко Галина Ивановна, Цветкова Екатерина Александровна (e-mail: ekattsvet@mail.ru), кафедра госпитальной хирургии № 1; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

Цель исследования — уточнить хирургическую тактику у больных с АБА в сочетании со ЗН различной локализации.

Материал и методы. За период с 1982 по 2012 г. в нашей клинике проходили обследование и лечение 269 больных с АБА, у 26 (9,6%) из них имелось сочетание АБА со ЗН. Мужчин было 25 (96,2%), женщин — 1 (3,8%) в возрасте от 46 до 88 лет, в среднем (67,9±1,7) года. 13 из 26 больных обратились по поводу ЗН и 13 — по поводу АБА, а в результате обследования были выявлены два синхронных заболевания. Диаметр АБА был от 3 до 10 см, составляя в среднем (5,8±0,4) см.

Результаты и обсуждение. Распределение больных с АБА в сочетании со ЗН в зависимости от локализации и стадии последних представлено в *табл. 1*.

Следует отметить, что более половины больных — 16 (61,5%) — были с запущенной III и IV стадией ЗН, а по частоте встречаемости первые три места занимали ЗН легких — у 11 (42,3%) пациентов, желудка — у 5 (19,2%) и толстой кишки — у 3 (11,5%).

Учитывая принадлежность исследуемых больных преимущественно к категории пожилого и старческого возраста, почти все они имели различные сопутствующие заболевания, влияющие на выбор тактики лечения. В *табл. 2* представлены сопутствующие заболевания и факторы риска у больных с АБА в сочетании со ЗН.

Почти половина больных — 12 (46,1%) были старше 70 лет, из них более чем у половины — 25 (96,1%) имелась ИБС, артериальная гипертензия (АГ) — у 21 (80,7%), 84,6% пациентов — курильщики. Такая многоликость и

тяжесть сопутствующей патологии во многом определяла тактику хирургического лечения.

Выбранная нами тактика хирургического лечения больных с АБА в сочетании со ЗН представлена в *табл. 3*.

У 21 из 26 больных АБА в сочетании со ЗН были диагностированы в результате первичного обследования, еще у 2 — АБА диагностирована во время операции. Одному по поводу аденокарциномы тонкой кишки I стадии выполнена резекция тощей кишки, интраоперационно выявлена АБА диаметром 4 см, резекция которой не производилась; второму — по поводу рака прямой кишки III стадии выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением, а выявленная торакоабдоминальная аневризма спустя 10 мес успешно устранена. Через 6 лет больной умер от прогрессии рака. У одного больного АБА диаметром 6 см была выявлена на аутопсии после операции по поводу рака легкого III стадии, у 2 больных, которым выполнена резекция разорвавшейся АБА, закончившаяся летальным исходом, на аутопсии были обнаружены рак легкого III стадии и аденокарцинома обоих надпочечников IV стадии.

У 4 (15%) больных с АБА в сочетании со ЗН лечение было проведено в два этапа: вначале операция по поводу ЗН, а затем аневризмэктомия. Первым этапом были выполнены следующие операции: субтотальная резекция желудка по поводу аденокарциномы III стадии, брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением в связи с раком III стадии, резекция сигмовидной кишки по поводу рака и резекция верхней доли левого легкого по поводу аденокарциномы IV стадии, осложнившаяся в раннем послеоперационном периоде разрывом АБА (им произведена экстренная аневризмэктомия с благоприятным исходом). Трех больным в интервале от 1 до 12 мес была выполнена плановая аневризмэктомия. Из них 1 умер в раннем послеоперационном периоде от полиорганной недостаточности, другой — спустя 6 лет от прогрессии рака прямой кишки и третий — чувствовал себя удовлетворительно в течение 3 лет наблюдения.

В качестве демонстрации этапной лечебной тактики приводим клинические наблюдения.

1. Больной Ш., 73 года. При ультразвуковой доплерографии (УЗДГ), аортографии и магнитно-спиральной компьютерной томографии (МСКТ) выявлена мешковидная АБА,

Таблица 1

Распределение больных с АБА в сочетании со ЗН в зависимости от локализации и стадии последних (n=26)

Локализация ЗН	Стадии					Абс. число (%)
	I	II	III	IV	Неизвестно	
Легкие	1	1	5	4	0	11 (42,3)
Гортань	0	0	0	0	1	1 (3,8)
Желудок	0	0	1	3	1	5 (19,2)
Толстая кишка	0	0	1	0	2	3 (11,5)
Мочевой пузырь	1	0	0	0	0	1 (3,8)
Почки	1	0	0	0	0	1 (3,8)
Поджелудочная железа	0	0	0	1	0	1 (3,8)
Надпочечники	0	0	0	1	0	1 (3,8)
Тонкая кишка	1	0	0	0	0	1 (3,8)
Матка	0	0	0	0	1	1 (3,8)
Всего	4	1	7	9	5	26

Таблица 2

Таблица 3

Сопутствующие заболевания и факторы риска у больных с АБА в сочетании со ЗН (n=26)

Заболевания и факторы риска	Абс. число (%)
Артериальная гипертензия (АГ)	21 (80,7)
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	25 (96,1)
Хроническая цереброваскулярная недостаточность	10 (38,4)
Хроническая почечная недостаточность	7 (26,9)
Хроническая ишемия нижних конечностей	13 (50)
Сахарный диабет	3 (11,5)
Хроническая обструктивная болезнь легких	20 (76,9)
Возраст старше 70 лет	12 (46,1)
Табакокурение	22 (84,6)

располагающаяся на 2 см ниже почечных артерий, диаметром 5 см с переходом на обе подвздошные артерии. ФГДС выявила малигнизировавшую язву желудка (гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома) без признаков метастазирования. Первым этапом выполнена субтотальная резекция желудка по Гофмейстеру—Финстереру, а через 1 мес — резекция АБА с бифуркационным протезированием. В течение 3 лет наблюдения рецидива рака желудка нет, функция сосудистого протеза удовлетворительная.

Данное клиническое наблюдение показывает, что при сочетании АБА и ЗН возможно первым этапом устранить онкологическое заболевание, что позволяет избежать развития такого опасного осложнения, как протезная инфекция, и при благоприятном течении вторым этапом устранить АБА в сроки до 6 нед. Однако при подобной тактике сохраняется риск развития осложнений, вызванных вторым неустранимым заболеванием.

2. Больной Ш., 65 лет, при обследовании по поводу рака сигмовидной кишки была выявлена АБА диаметром 5 см. На 7-е сутки после резекции сигмовидной кишки с формированием анастомоза «конец в конец» в связи с разрывом АБА выполнена экстренная аневризмэктомия, осложнившаяся перипротезной флегмоной и сепсисом, что потребовало проведение повторных операций, в результате которых наступило выздоровление. Через 6 лет больному выполнена резекция аневризмы грудной аорты с протезированием, осложнившаяся развитием нижней параплегии.

У 1 больной при сочетании АБА с опухолью матки была выполнена симультанная операция: в начале из срединного лапаротомного доступа бригада гинекологов провела вмешательство по поводу опухоли матки, а затем ангиохирурги выполнили аневризмэктомию. Приводим клиническое наблюдение.

3. Больная Б., 46 лет, госпитализирована с жалобами на ноющие боли в нижних отделах живота, подъемы артериального давления до 200/100 мм рт. ст. Наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки, в течение последнего года отмечен резкий рост образования до 15 нед беременности, что не исключало ЗН матки. По данным УЗИ и МСКТ, матка неоднородной узловатой структуры; имеется расслоение

Тактика хирургического лечения больных с АБА в сочетании со ЗН (n=26)

Хирургическая тактика	Абс. число (%)
Операция в 2 этапа	4 (15)
Симультанная операция	1 (4)
Операция по поводу ЗН	8 (31)
Операция по поводу АБА	2 (8)
Полихимиотерапия (ПХТ), симптоматическая терапия	9 (34)
От операции отказались	2 (8)

аорты, начиная от перешейка с переходом на подвздошные артерии, висцеральные артерии проходимы, инфраренальная АБА диаметром 5 см с распространением на подвздошные артерии. Больной выполнена симультанная операция — надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами (гистологическое заключение — лейомиома матки) и резекция АБА с бифуркационным протезированием до наружных подвздошных артерий, имплантация нижней брыжеечной артерии в протез. Послеоперационный период протекал гладко.

У данной больной сочетание двух конкурирующих заболеваний, возможность выполнения обеих операций из одного операционного доступа без вскрытия просвета полого органа явилась основанием для проведения симультанной операции.

8 (31%) больным с АБА в сочетании со ЗН были выполнены только онкологические операции: у 2 — пневмонэктомия по поводу рака IIIa и IIIb стадии, холецистоэнтеростомия по поводу рака поджелудочной железы IV стадии, у 2 — субтотальная резекция желудка по поводу рака III стадии, резекция тощей кишки по поводу аденокарциномы, нефрэктомия по поводу гипернефроидного рака I стадии, трансуретральная резекция по поводу рака мочевого пузыря I стадии. У 3 пациентов в сроки наблюдения до 60 мес увеличения АБА не установлено. 4 больных умерли в сроки до 1 года, из них 1 — на 7-й день от разрыва АБА, а 3 — от прогрессии рака. Судьба одного больного неизвестна. Приводим клиническое наблюдение.

4. Больной О., 70 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, мелену. При УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. Ирригоскопия не исключала ЗН ободочной кишки, от фиброколоноскопии больной отказался. Имелись лабораторные признаки анемии. На операции выявлены опухоль тощей кишки без метастазов и АБА диаметром 4 см. Произведена резекция тощей кишки (гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома). В течение 3 лет наблюдения диаметр аневризмы не увеличился.

Данное наблюдение показывает, что случайно выявленная АБА диаметром до 5 см не явилась основанием для изменения тактики, и операция была завершена удалением пораженного ЗН органа.

Двум (8%) больным с разрывом АБА были выполнены экстренные операции, закончившиеся летальным исходом, а на аутопсии обнаружены рак легкого (у 1) и аденокарцинома обоих надпочечников (у 1).

5. Больной Д., 76 лет, экстренно госпитализирован с жалобами на боли животе и поясничной области. При ультразвуковом доплеросканировании (УЗДС) брюшной аорты и УЗИ органов брюшной полости выявлены АБА диаметром 10 см с дефектом задней стенки, обширная забрюшинная гематома. Больному была произведена экстренная аневризмэктомия. В послеоперационном периоде выявлен двусторонний гидроторакс. Смерть больного наступила от прогрессирующей сердечной недостаточности. Посмертно обнаружен рак правого легкого с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

У этого больного разрыв АБА и тяжесть состояния не позволили до операции выявить второе конкурирующее заболевание, диагностика которого существенно не изменила бы тактику лечения пациента.

Из 9 (34%) больных с АБА в сочетании со ЗН в связи с IV стадией рака у 3 и у 1 — в связи с морфологическим типом опухоли — мелкоклеточным раком была проведена только ПХТ, а у 5 — симптоматическая терапия.

Два (8%) пациента с АБА в сочетании с раком желудка и сигмовидной кишки от операции отказались, дальнейшая их судьба неизвестна.

Таким образом, из 26 больных живы в настоящее время 9, умерли от прогрессирования рака и полиорганной недостаточности — 14, судьба 3 — неизвестна.

Проблема лечения больных с АБА в сочетании со ЗН содержит ряд до конца не решенных вопросов, касающихся, в первую очередь, выбора оптимальной тактики лечения. Актуальность этой проблемы обусловлена тем, что среди больных с АБА почти у каждого десятого выявляется ЗН, а это диктует необходимость, исходя из клинической ситуации, индивидуального решения вопроса об этапном или симультанном хирургическом лечении этих конкурирующих заболеваний, принимая за основу, какое из них представляет большую угрозу для жизни.

Выводы. 1. Аневризма брюшной аорты, по нашим данным, нередко сочетается со злокачественными новообразованиями различной локализации (у 9,6% больных).

2. Сочетание этих заболеваний, а также их осложненное клиническое течение, диктуют необходимость выполнения этапных оперативных вмешательств и их очередность.

3. Одномоментные операции у данной категории больных должны выполняться строго по индивидуальным показаниям.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М. И., Акчурин Р. С. Сердечно-сосудистый раздел в полостной онкохирургии // Кардиология. 2005. № 3. С. 44–46.
2. Фокин Ал. Ан., Важенин А. В., Лукин А. А., Терешин О. С. Консервативная и хирургическая коррекция атеросклеротической аортоартериальной патологии в период лечения злокачественных новообразований // Патол. кровообращ. и кардиохирург. 2006. № 1. С. 52–57.
3. Baxter N. N., Noel A. A., Cherry K., Wolff B. G. Management of patients with colorectal cancer and concomitant abdominal aortic aneurysm // Dis. Colon Rectum. 2002. Vol. 45, № 2. P. 165–170.
4. Glocviczki P., Ricotta J. J. Aneurysmal vascular disease // Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice / Ed. by C. M. Townsend, 18- th ed. Philadelphia etc., 2006. P. 1907–1940.
5. Lierz M. F., Davis B. E., Noble M. J. et al. Management of abdominal aortic aneurysm and invasive transitional cell carcinoma of bladder // J. Urol. 1993. Vol. 149, № 3. P. 476–479.
6. Shalhoub J., Naughton P., Lau N. et al. Concurrent colorectal malignancy and abdominal aortic aneurysm a multicentre experience and review of the literature // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2009. Vol. 37. P. 544–556.
7. Shimada Y., Sogawa M., Okada A. et al. A single-stage operation for abdominal aortic aneurysm with concomitant colorectal carcinoma // Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2005. Vol. 11, № 5. P. 339–342.
8. Shimokawa S., Ishizaki N., Kawashima S. et al. Simultaneous repair of an abdominal aortic aneurysm and resection of bronchogenic carcinoma: report of case // Surg. Today. 1995. Vol. 25, № 1. P. 89–91.
9. Szilagy D. E., Elliott J. P., Berguer R. Coincidental malignancy and abdominal aortic aneurism // Arch. Surg. 1967. Vol. 95. P. 402–412.
10. Tilson M., Fieg E., Harvey M. Malignant neoplasia in patients with abdominal aortic aneurysms // Arch. Surg. 1984. Vol. 119, № 7. P. 792–794.
11. Veraldi G. F., Minicozzi A. M., Leopardi F. et al. Treatment of abdominal aortic aneurysm associated with colorectal cancer: presentation of 14 cases and literature review // Int. J. Colorectal Dis. 2008. Vol. 23, № 4. P. 425–430.

Поступила в редакцию 15.10.2012 г.

N. A. Yaitsky, A. Ya. Bedrov, E. A. Tsvetkova,
G. I. Martynenko

SURGICAL STRATEGY IN PATIENTS WITH ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AND COINCIDENTAL MALIGNANCY OF DIFFERENT LOCALIZATION

The department of hospital surgery of the State Pavlov Medical University, Saint-Petersburg

Abdominal aortic aneurysm was detected in 269 patients and 26 (9,6%) of them had a coincidental malignancy. There were 25 (96,2%) men and 1(3,8%) woman of age from 46 to 88 years (on the average 67,9±1,7 years old). All of them had different accompanying diseases, influencing the choice of treatment strategy. More than half of patients (16 (61,5%) had the advanced stage III or IV (3H) of cancer and three of them occupied the first place due to their wide occurrence: tumors of lung — 42,3%, of stomach — 19,2%, of large intestine — 11,5%. The operations were performed in 8 patients with malignancy and in 2 patients with abdominal aortic aneurysm. Two-step operations were performed in 4 patients, the simultant operation — in one patient.

Key words: abdominal aortic aneurysm, malignant tumor, operation