

СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ И РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

П. В. Мирошниченко, Р. А. Галат, Е. В. Калинин,
В. В. Долгополов, Т. Ю. Теймуров

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), Луганский областной клинический онкологический диспансер

Аневризмы абдоминальной аорты – серьезная медицинская проблема, они сопровождаются высокой летальностью. Наиболее сложную в тактическом плане категорию представляют больные с аневризмой абдоминальной аорты и сопутствующей онкологической патологией. Наличие сопутствующего курабельного онкозаболевания не является противопоказанием к выполнению восстановительной операции на аорте. Предпочтительно проводить одномоментное симультанное оперативное лечение. В виду редкости данного случая приводится описание клинического наблюдения одномоментного проведения резекции гигантской аневризмы брюшной аорты и брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака.

Ключевые слова: аневризма аорты, рак прямой кишки, оперативное лечение, симультанные операции.

Аневризмы абдоминальной аорты (ААА) – серьезная медицинская проблема, они сопровождаются высокой летальностью. Заболеваемость этой патологией в настоящее время достигла рекордных цифр – свыше 36 случаев на 100 000 населения [4, 6]. По данным отчета Комитета по статистике США, разрыв аневризмы абдоминальной аорты явился причиной смерти около 16 000 человек [9]. ААА занимают значительное место в структуре заболеваемости и смертности людей пожилого возраста, но по данным скрининговых исследований, эта патология в последнее время имеет выраженную тенденцию к росту омоложению [2]. Среди мужчин старше 65 лет разрыв аневризмы является причиной смерти в 1,3 % случаев [3]. Несмотря на то, что успешные операции по поводу ААА проводят более 50 лет, послеоперационная летальность является наиболее высокой в ангиохирургии. При

плановых вмешательствах смертность составляет от 4,2 до 32,1 %, при разрыве — от 39,8 до 100 % [8]. Наиболее сложную в тактическом плане категорию представляют больные с ААА и сопутствующей онкологической патологией. Мы разделяем точку зрения о том, что ни возраст больных, ни наличие сопутствующих заболеваний сами по себе не являются абсолютными противопоказаниями к операции [7]. На наш взгляд наличие сопутствующего курабельного онкозаболевания также не является противопоказанием к выполнению восстановительной операции на аорте. Мы предпочитаем проводить одномоментное симультанное оперативное лечение [1, 5]. Мы не встречали в доступной литературе описаний одномоментного проведения резекции гигантской аневризмы брюшной аорты и брюшно-анальной резекции прямой кишки по поводу рака последней. В виду редкости данного случая приводим описание нашего наблюдения.

Больной О. 67 лет (история болезни 6734/245) поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии ЛОКБ 21.05.2012г. При поступлении предъявлял жалобы на наличие в мезагастральной области пульсирующего опухолевидного образования, общую слабость, сниженный аппетит, частые запоры, чередующиеся с поносами, примесь крови в стул, частые позывы к дефекации, чувство неполного опорожнения кишки. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Обращался за помощью к онкологу ЛОКОД. В связи с выявленной при обследовании аневризмой брюшного отдела аорты был переведен в ОССХ ЛОКБ.

Был обследован:

Клинический анализ крови: Нб – 128 г/л; Эр. – $4,15 \times 10^{12}$, L – $5,5 \times 10^9$, СОЭ – 10 мм/час; Э – 1 %, Л – 26 %, М – 3 %, П – 3 %. Общий

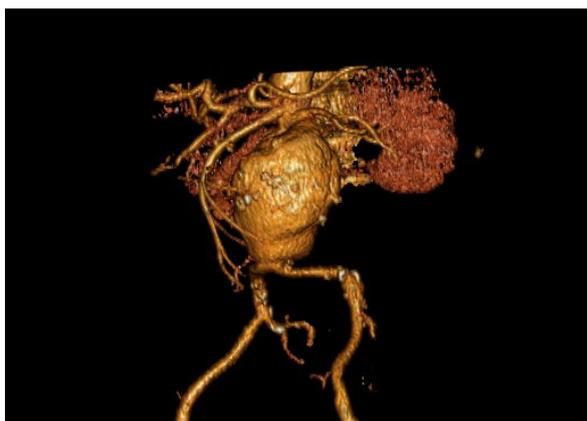


Рис. 1. СКТ-аортография. Инфраренальная аневризма брюшного отдела аорты

анализ мочи: количество – 50мл, цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, удельный вес – 1019, реакция – кислая, белок и сахар – не обнаружены, эритроциты – единичные в п/з, лейкоциты – до 4–6 в п/з, эпителий плоский – единичный в п/з, соли – оксалаты. Сахар крови – 4,0 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л; альбумин – 46 г/л; тимоловая проба – 0,7; креатинин – 83 мкмоль/л; мочевины – 4,4 ммоль/л; билирубин общий – 10,2 ммоль/л; АЛТ – 0,16 мкмоль; АСТ – 0,11 мкмоль. Коагулограмма: РФМК – 6,5 %; ПТФ – 19 сек; фибрин плазмы – 3,55 г/л; ТВ – 16 сек; АЧТВ – 36 сек; ПО – 1,25; МНО – 1,3. Рентгенография ОГК – признаки кардиопатии, данных за метастатическое поражение легких не выявлено. Фиброколоноскопия – заключение: заболевание прямой кишки, гигантский полип, биопсия. Ирригоскопия: рентгенпризнаки рака средне-ампулярного отдела прямой кишки, хронический левосторонний колит. Ректороманоскопия – на 8–9 см на правой боковой стенке определяется экзофитное образование в виде «цветной капусты» розового цвета, на широком основании, до 3 см в диаметре, частично стенозирующая просвет кишки. Патогистологическое заключение (№9876–9) – дифференцированная аденокарцинома. ЭКГ – ритм синусовый, умеренная брадикардия (ЧСС 55 в мин), ЭОС – горизонтальная, рубцовые изменения миокарда задне-диафрагмальной локализации, признаки гипертрофии левого предсердия. ЭхоКС – дилатация левых камер сердца, глобальная сократительность сохранена (ФВ – 56 %), нерезкий фиброз МЖП, МК, АК, аортосклероз II ст., перикард интактен. УЗИ ОБП, МТ, ЗП – двухсторонняя пиелозктазия, инфраренальная аневризма брюшного отдела аорты, доброкачественная гиперплазия пред-

стательной железы 2 ст. Экскреторная урография – выделительная функция обеих почек сохранена, пиелозктазия с обеих сторон, более выраженная справа, косвенные признаки экстравезикального сдавления мочевого пузыря. Spiroграмма – лабильная интраторакральная обструкция верхних дыхательных путей. СКТ-аортография с контрастным усилением (Рис. 1) – веретенообразная аневризма брюшного отдела аорты до 7 см в диаметре, занимающая весь инфраренальный отдел от устьев почечных артерий до бифуркации. Проксимальная шейка короткая (около 0,5 см). Осмотр уролога: гидронефротическая трансформация обеих почек I степени, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, ХПН 0 ст. Консультация химиотерапевта: проведение неоадьювантной химиотерапии не показано. Осмотр кардиолога: ИБС, постинфарктный (2008г.) кардиосклероз, стенокардия напряжения персистирующая. Гипертоническая болезнь II, ст.2. риск 2, СНПА, ФКП.

В результате обследования выставлен клинический диагноз:

1-А. Атеросклеротическая аневризма брюшного отдела аорты больших размеров II типа (по Покровскому А.В.).

1-Б. Рак среднеампулярного отдела прямой кишки Т3N0M0, II стадия, II клиническая группа.

Сопутствующие: ИБС, постинфарктный (2008г.) кардиосклероз, стенокардия напряжения персистирующая. Гипертоническая болезнь II, ст.2. риск 2, СНПА, ФКП. гидронефротическая трансформация обеих почек I степени, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, ХПН 0 ст.

Клинический разбор от 27.05.2012 г. – у больного имеется два конкурирующих заболевания, каждое из которых нуждается в оперативном лечении по абсолютным показаниям. Решено провести симультантное оперативное вмешательство в объеме: резекция и протезирование аневризмы брюшной аорты и брюшно-анальную резекцию прямой кишки. Оперативное лечение должно быть проведено интегрированной бригадой в составе ангиохирурга и онколога. 28.05.2012. г. – операция: резекция аневризмы брюшной аорты, линейное протезирование брюшной аорты, брюшно-анальная резекция прямой кишки по Свенсену, дренирование забрюшинного пространства и малого таза (операторы – ангиохирург П. В. Мирошниченко, онколог Р.А. Галат).

Доступ – полная срединная лапаротомия. Выявлена аневризма брюшного отдела аорты до 8 см в диаметре, занимающая весь инфра-

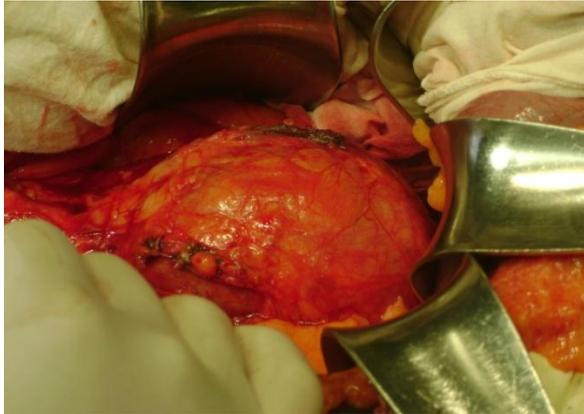


Рис. 2. Аневризма брюшного отдела аорты

ренальный отдел аорты от устьев почечных артерий до бифуркации, общие подвздошные артерии не изменены (рис. 2). В среднеампулярном отделе прямой кишки выявлена стенозирующая опухоль до 3х5 см в размере (рис. 3). Признаков внутрибрюшинных и забрюшинных метастазов не выявлено.

Аневризма выделена с техническими трудностями. Аорта и подвздошные артерии пережаты. Вскрыта передняя стенка аневризмы, удалена «тромботическая чашка». Кровотечение из поясничных артерий остановлено прошиванием. Наложены последовательно проксимальный и дистальный термино-терминальный анастомозы с линейным синтетическим протезом «Vascutec» 18 мм (Рис.4).



Рис. 4. Протезирование брюшной аорты.

Время пережатия аорты 25 мин. Протез укрыт стенками аневризмы с целью изоляции протеза от зоны предстоящей резекции кишки. К аорте подведен через отдельный прокол в правой подвздошной области трубчатый дренаж. Мобилизованы сигмовидная и нисходящая ободочная кишка. Визуализирован и смещен латерально левый мочеточник. Лирообразным разрезом рассечена брюшина во-

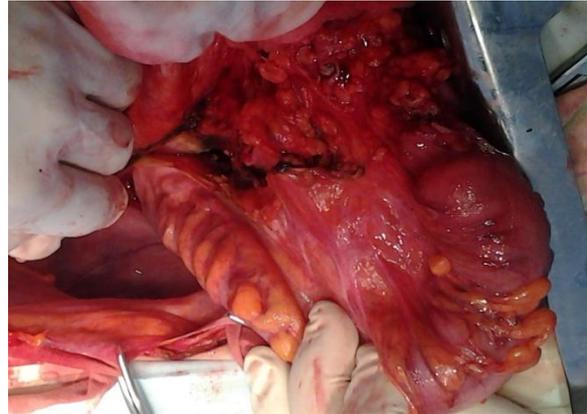


Рис. 3. Опухоль прямой кишки

круг прямой кишки. Мобилизована прямая кишка с mesorectum до мышц тазового дна. Приведена скелетизация сосудов сигмовидной кишки. На уровне ректо-сигмоидного отдела подготовлена площадка для пересечения прямой кишки. Контроль кровоснабжения краевого сосуда. Прямая кишка прошита на 5 см от опухоли аппаратом УО-60 над анальным каналом. Макропрепарат в зажимах отсечен, удален. Со стороны промежности эвагинирована культя прямой кишки. Отсечен ряд «скрепочных» швов. В анальный канал низведена сигмовидная кишка с избытком, фиксирована капроновыми швами по линии резекции прямой кишки. Малый таз пресакрально задренирован трубчатым дренажем. Контроль питания краевого сосуда трансплантата удовлетворительный. Перитонизация брюшной полости. Раны послойно ушиты наглухо. Суммарная интраоперационная кровопотеря – 500 мл. Длительность операции 2 часа 50 минут. Послеоперационный период протекал гладко. Энтеральное питание начато на третьи сутки. Раны зажили первичным натяжением.

08.06.2012 г. больной в удовлетворительном состоянии переврден в проктологическое отделение ЛОКОД, где 11.06.2012 г. произведена операция иссечение избытка сигмовидной кишки. Отмечалась атония мочевого пузыря, купирована консервативными мероприятиями.

Выписан 18.06.2012 г. в удовлетворительном состоянии.

Патогистологическое заключение №5759-73 – низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки (g3), прорастает все стенки, врастает в прилежащую жировую клетчатку.

Приведенный случай демонстрирует, что тщательное предоперационное планирование учетом всех операционных рисков, использо-

вание интегрированной операционной бригады, позволяют с успехом провести одно-

ментное хирургическое лечение сложной онкососудистой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова С. В., Калинин Е. В., Мирошниченко П. В. и др. Интеграционная хирургия заболеваний брюшной полости, забрюшинного пространства // Онкология. – 2010. – Т.12. – №4. – с. 355–358.

2. Артюхина Е. Г., Щербюк А. Н., Синицын В. Е. и др. Возможности томографических методов диагностики и трехмерного анализа изображений аневризм брюшной аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004 – Т. 10. – № 1.– С. 55–61.

3. Гомоляко І. В., Дубович Т. А., Влайков Г. Г. та ін. Патоморфологічна характеристика аорти при аневризмах її черевної частини // Серце і судини. – 2004. – № 4. – С. 31–36.

4. Затевахин И. И., Золкин В. Н., Матюшкин А. В. и др. К вопросу о патогенезе и риске разрыва аневризм абдоминального отдела аорты // Ангиология и сосудистая хирургия.– 2006 – Т.12. – №1.– С. 17–24.

5. Мирошниченко П. В., Калинин Е. В., Кириченко Б. Б. и др. Интегральный подход к

лечению сочетанной онко-сосудистой патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2010.– Т.11. – №4. – С. 527–529.

6. Мишалов В.Г., Селюк В.М. Современные подходы к диагностике и лечению аневризм брюшной части аорты // Серце і судини.– 2004.– № 4.– С. 9–14.

7. Никульников П. И., Лискунов А. В., Влайков Г. Г. и др. Факторы хирургического риска у больных с аневризмой брюшной части аорты. Материалы XXI з'їзду хірургів України. Запоріжжя. 2005. Том 1. С. 502–503.

8. Люлько И. В., Сергеев О. А., Давиденко А. В. и др. Наш опыт хирургического лечения аневризмы брюшной части аорты // Клінічна хірургія. — 2004. — № 4—5. — С. 91–92.

9. Ailawadi G, Jonathan L. Eliason, and Gilbert R. Upchurch Jr. Current concepts in the pathogenesis of abdominal aortic aneurysm. – 2003. – V. 38. – P. 584–588.

П. В. Мірошниченко, Р. А. Галат,
Є. В. Калінін, В. В. Долгополов,
Т. Ю. Теймуров

ВИПАДОК ОДНОЧАСНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКОЇ АНЕВРИЗМИ ЧЕРЕВНОЇ АОРИ І РАКА ПРЯМОЇ КИШКИ

м. Луганськ, Україна

Резюме. Аневризми черевної аорти — серйозна медична проблема, вони супроводжуються високою летальністю. Найбільш складну в тактичному плані категорію являють хворі з аневризмою черевної аорти і супутньою онкологічною патологією. Наявність супутнього курабельного онкозахворювання не є протипоказанням до виконання відновлювальної операції на аорті. Переважно проводити одночасне симультанне оперативне лікування. У зв'язку з рідкістю такого випадка приводиться опис клінічного спостереження одночасного проведення резекції гігантської аневризми черевної аорти і черевно-анальної резекції прямої кишки з приводу рака.

Ключові слова: аневризма аорти, рак прямої кишки, оперативне лікування, симультанні операції.

P. V. Miroshnichenko, R. A. Galat,
E. V. Kalinin, V. V. Dolgoplov,
T. Yu. Teimurov

THE CASE OF COMPLEX OPERATIONAL TREATMENT OF A GIGANTIC AORTAL ABDOMINAL ANEURISM AND RECTAL INTESTINE CANCER

Lugansk, Ukraine

Summary. Aortal abdominal aneurisms is a serious medical problem, they are followed by a high mortality. The most difficult category in tactics of treatment is the category of patients with aneurism of abdominal aorta accompanied by cancer pathology. Existence of accompanying curable cancer disease is not a prohibition to realize the reconstructive surgery on aorta. It is more preferable to realize complex simultaneous operational treatment. Because of the case rareness the description of clinical study of complex simultaneous resection of a gigantic aortal abdominal aneurism, and abdominal and anal rectal intestine resection on cancer reason is made.

Key words: aortal aneurism, rectal intestine cancer, operational treatment, simultaneous operations.