

## СЛУЧАЙ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

П. В. Мирошниченко, В. Н. Коротков, А. С. Сагарадзе,  
Н. В. Морозов, В. В. Долгополов

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, г. Луганск, Украина

Хирургическое лечение остается основным методом лечения почечно-клеточного рака и злокачественных опухолей забрюшинного пространства, при этом тромбоз нижней полой вены на сегодняшний день не может служить основанием для отказа от оперативного лечения. До недавнего времени опухоли почки или забрюшинного пространства с тромботической инвазией нижней полой вены считались неудаляемыми, однако полученные за последнее время данные указывают на положительные перспективы оперативного лечения больных с данной патологией и вызывают настойчивый интерес хирургов. Тем не менее, случаи протезирования нижней полой вены встречаются очень редко. Приводится описание клинического наблюдения.

**Ключевые слова:** опухолевые тромбозы нижней полой вены, оперативное лечение, протезирование нижней полой вены.

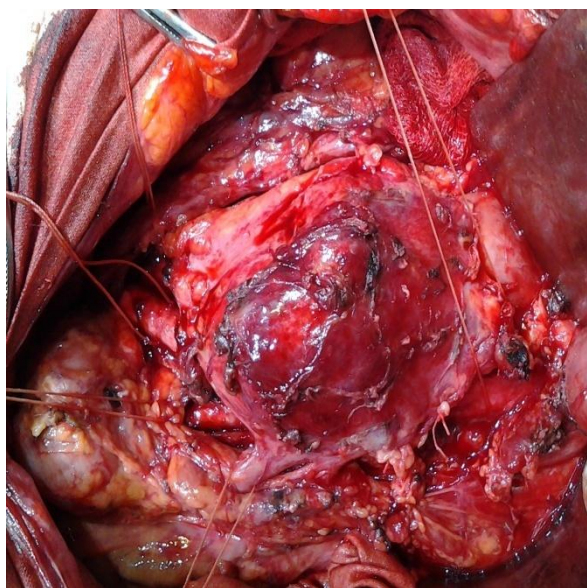
**Введение.** До недавнего времени хирургическое лечение пациентов с местно-распространенными формами рака почки считалось нецелесообразным и больные получали симптоматическое лечение [6]. Термин венозная инвазия означает распространение опухоли по просвету сосуда [7, 8]. Опухолевая инвазия нижней полой вены при опухолях почек и забрюшинного пространства отмечается в 12,3 % случаев [5]. Хирургическое лечение остается основным методом лечения почечно-клеточного рака и злокачественных опухолей забрюшинного пространства, при этом тромбоз НПВ на сегодняшний день не может служить основанием для отказа от оперативного лечения [5]. До недавних пор опухоли почки или забрюшинного пространства с тромботической инвазией нижней полой вены считались неудаляемыми, однако полученные за последнее время данные указывает на поло-

жительные перспективы оперативного лечения больных с данной патологией и вызывают настойчивый интерес хирургов, как во всем мире, так и в Украине [1, 2, 3, 4]. Тем не менее, случаи протезирования нижней полой вены встречаются очень редко.

Приводим описание нашего клинического наблюдения.

**Описание случая.** Больной З., 23 лет (История болезни №4128) находился на лечении в торакальном отделении №2 ЛОКОД с 03.05.2012 по 23.05.2012г. Диагноз при поступлении: опухоль забрюшинного пространства, компрессия, инвазия инфраренального сегмента нижней полой вены, 1А кл.гр. При поступлении предъявлял жалобы боли в мезогастррии давящего характера, усиливающиеся при изменении положения тела, общую слабость. Со слов больного заболел в декабре 2011, с момента появления болей в мезогастррии на фоне «полного благополучия». Обратился в ЛПУ по м/ж. Обследован – КТ ОБП от 22.12.11. Признаки объемного образования забрюшинного пространства. Рекомендована явка к онкологу ЛОКОД, что больным выполнено не было. В период с декабря 2011 по март 2012 отмечается постоянный болевой синдром в вышеуказанной области, с непродолжительными периодами облегчения. Явка в ЛОКОД 6.04.12. С 6.04.12. по 25.04.12. больной находился на стационарном лечении в ТО№2, обследован, установлен диагноз – опухоль забрюшинного пространства, инвазия инфраренального сегмента нижней полой вены, 1А кл.гр. Определены показания для оперативного лечения. Настоящая явка в ЛОКОД, госпитализация в ТО№2 для оперативного лечения.

Состояние больного: относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не уве-



**Рис.1.** Опухоль забрюшинного пространства с инвазией в нижнюю полую вену.

личены. Живот симметричен, участвует в акте дыхания ограниченно. При пальпации живот мягкий болезненный в мезогастрии умеренно, где определяется опухолевидное образование без четких контуров. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Шум плеска не определяется. Перистальтика выслушивается, удовлетворительных свойств. Притупления по фланкам нет. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Стул оформлен, без примесей. Мочеиспускание без особенностей. Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула пустая. Периферических отеков нет, вены нижних конечностей и брюшной стенки не расширены.

Лабораторные и инструментальные обследования. Анализ крови на RW – отрицательно. Анализ крови на сахар – 4,5 ммоль/л. Коагулограмма: протромбиновое время – 17 сек; МНО – 1,1; РФМК – 6,0 мг/ %; АЧТВ – 40 сек. Биохимическое исследование крови: общий белок 69 г/л, альбумин 38 г/л; креатинин 65 мкмоль/л; мочевины 5,1 ммоль/л; билирубин общий 8,5 ммоль/л. Клинический анализ крови: Hb – 152 г/л; эр –  $4,6 \times 10^{12}$ ; Л –  $7,1 \times 10^9$ ; тр. –  $238 \times 10^{12}$ ; СОЭ – 10 мм/час; п – 1 %, с – 58 %, э – 2 %; л – 29 %; м – 10 %. Общий 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. Рг-графия ОГК без патологии. КТ ОБП – признаки объемного образования забрюшинного пространства, интимно свя-

занного с инфраренальным отделом аорты и нижней полой вены. УЗИ ОБП, ЗП – объемное образование забрюшинного пространства. ФЭГДС – хронический рефлюкс-гастрит. РРС – прямая кишка осмотрена до 15 см, без патологии. Экскреторная урография – уродинамика не нарушена. Ирригоскопия – недостаточность баугиниевой заслонки. КТ ОБП с в\в усилением – признаки объемного образования забрюшинного пространства справа (инвазия нижней полой вены?), забрюшинной лимфаденопатии, нерезко выраженной пиелoureтерэктазии справа (инвазия правого мочеточника?), остеохондроза ниже-грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

Больному установлен клинический диагноз – опухоль забрюшинного пространства, компрессия, инвазия инфраренального сегмента нижней полой вены, 1А кл. гр.

Больному решено провести оперативное вмешательство интегрированной бригадой хирургов с участием онколога и ангиохирурга.

8.05.2012г. больному произведена операция – комбинированное удаление опухоли забрюшинного пространства, резекция нижней полой вены, пластика вены дакроновым протезом (хирурги – онколог В. Н. Коротков, ангиохирург П. В. Мирошниченко). Полная срединная лапаротомия. В брюшной полости патологии не обнаружено. В забрюшинном пространстве определяется плотная, ограниченно подвижная, бугристая опухоль. Произведена мобилизация правой половины толстой кишки и двенадцатиперстной кишки, кишечник смещен медиально. Определяется опухоль 12x8x6см, располагающаяся непосредственно над аортой и нижней полой веной, сдавливающая правый мочеточник (рис. 1). Острым и тупым путем опухоль мобилизована, при этом от аорты отделена субадвентициально. Мобилизован и отведен латерально правый мочеточник. Выявлено, что опухоль прорастает в нижнюю полую вену на всем протяжении от места слияния подвздошных вен до устьев почечных вен, охватывая вену почти циркулярно. Нижняя полая вена взята на зажимы проксимальнее и дистальнее опухоли. Опухоль удалена единым блоком с нижней полой веной (рис. 2). Последовательно наложены проксимальный и дистальный термино-терминальные анастомозы между культями нижней полой вены и линейным дакроновым протезом 18 мм (рис. 3). Произведена парааортокавальная лимфодиссекция. Контроль на гемостаз и инородные тела. Забрюшинное пространство дренировано тубчатым протезом. Рана послойно

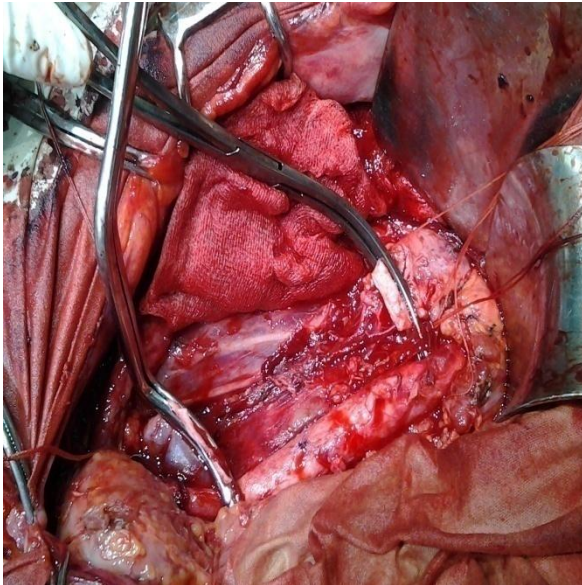


Рис. 2.

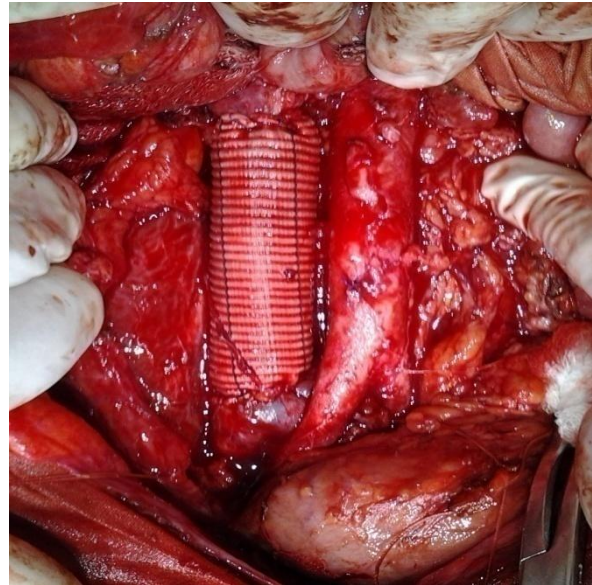


Рис. 3.

**Рис. 2.** Опухоль резецирована одним блоком с нижней полой веной.

**Рис. 3.** Состояние после протезирования нижней полой вены дакроновым протезом. Венозной недостаточности нижних конечностей не выявлено. На контрольном цветовом дуплексном сканировании проходимость нижней полой вены сохранена

ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко. Перистальтика восстановлена на 2 сутки. Энтеральное питание начато с третьих суток. Рана зажила первично. Признаков венозной недостаточности нижних конечностей не отмечалось. В удовлетворительном состоянии больной выписан на амбулаторное лечение.

Патогистологическое заключение № 9932-39 от 28.05.12. Опухоль имеет строение тератокарциномы. В л/у гиперплазия лимфоидной ткани, в стенке вены дистрофические изменения.

Радиолог – учитывая объем выполненного оперативного вмешательства, невозможность

точного определения топика мишени, ПГЗ, курс ТГТ не показан.

Химиотерапевт – цикл ПХТ не показан.

Осмотрен через 1,5 месяца после операции – признаков пролонгации заболевания и венозной недостаточности нижних конечностей не выявлено. На контрольном цветовом дуплексном сканировании проходимость нижней полой вены сохранена.

**Вывод.** Использование восстановительных операций на нижней полой вене может существенно расширить возможности оперативного лечения злокачественных опухолей забрюшинного пространства с инвазией в магистральные сосуды.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кобза І. І., Орел Ю. Г., Лебедева С. О., Лабінський В. Р., Ретвінський А. І. Хірургічне лікування пухлинних інвазій нижньої порожнистої вени //Шпитальна хірургія. – 2000.– Додаток до № 1.– С. 44–45.

2. Кобза І. І., Лебедева С. А., Жук Р. А., Лужанський В. Д., Сольман Д. Б., Солонинко І. І., Алі Шрейм. Хірургія пухлин нирки з різним рівнем інвазії нижньої порожнистої вени та правого передсердя // Сердце і судини. – 2005 – №1 (Додаток).– С. 77–79.

3. Переверзев А. С., Лупальцов В. И., Щукин Д. В., Переверзев Ю. Ф. Радикальная нефрэктомия по поводу опухоли почки с прорастанием тромба в нижнюю полую вену // Клинічна хірургія. – 2000. – №12. – С. 49–52.

4. Русин В. І., Левчак Ю. А., Корсак В. В., Тернушак О. М. Особливості хірургічної профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень у хворих на рак нирки // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 1 – С. 5–9.

5. Galucci M., Borzomati D., Flammia G. Liver harvesting technique for the treatment of retro-

hepatic caval thrombosis concomitant to renal-cell carcinoma // perioperative and long-term results in 15 patients without mortality. *Eur Urol.* – 2004. – 45. – P. 194–202.

6. Kim H. L., Zisman A. A., Han K. R. et al. Prognostic significance of venous thrombus in renal cell carcinoma // Are renal vein and inferior vena cava involvement different? *J Urol.* – 2004. – №71. – P. 588–591.

П. В. Мірошніченко, В. Н. Коротков,  
А. С. Сагарадзе, М. В. Морозов,  
В. В. Долгополов

### ВИПАДОК ПРОТЕЗУВАННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПУХЛИНИ ЗАОЧЕРЕВНОГО ПРОСТОРУ

м. Луганськ, Україна

**Резюме.** Хірургічне лікування залишається основним методом лікування нирково-клітинного рака та злоякісних пухлин заочеревного простору, при цьому тромбоз нижньої порожнистої вени на сьогоднішній день не може бути приводом для відмови від оперативного лікування. До недавнього часу пухлини нирки або заочеревного простору з тромботичною інвазією нижньої порожнистої вени вважалися непридатними до видалення, проте одержані за останній час дані вказують на позитивні перспективи оперативного лікування хворих з цією патологією й викликають наполегливе зацікавлення хірургів. Тим не менш, випадки протезування нижньої порожнистої вени зустрічаються досить рідко. Приводиться опис клінічного спостереження.

**Ключові слова:** пухлинні тромбози нижньої порожнистої вени, оперативне лікування, протезування нижньої порожнистої вени.

7. Marshall F. F., Dietrick D. D., Baumgartner W. A., Reitz B. A. Surgical management of renal cell carcinoma with intracaval neoplastic extension above the hepatic veins // *J Urol.* – 1988. – № 139. – P. 1166–1172.

8. Nesbitt J. C., Soltero E. R., Dinney C. P. et al. Surgical treatment of renal cell carcinoma with inferior vena cava tumor thrombus // *Ann Thorac Surg.* – 1997. – № 63. – P. 1592–1600.

P. V. Miroshnichenko, V. N. Korotkov,  
A. S. Sagaradze, N. V. Morozov,  
V. V. Dolgoplov

### THE CASE OF CAVA INFERIOR VEIN ARTIFICIATION IN OPERATIONAL TREATMENT OF RETROPERITONEAL TUMOR

Lugansk, Ukraine

**Summary.** Operative treatment is still the basic method of nephrocellular cancer and retroperitoneal tumors treatment. At the same time the cava inferior vein thrombosis is not a reason to prohibit the operational treatment today. Recently nephrotumors or retroperitoneal tumors with thrombotic invasion of the cava inferior vein considered nonextractive. But the data received for the last time show the positive perspectives of operative treatment of patients with such a pathology, and cause the steady interest among the surgeons. Although the cases of cava inferior vein artificiation are still rare. Clinical study is made.

**Key words:** tumor thrombosis of cava inferior vein, operational treatment, cava inferior vein artificiation.