

УДК 616.136-007.64-084.87

© В.И.Есин, К.И.Закляков, А.П.Мустафин, А.П.Леонтьев, А.И.Эстрин

Резекция аневризмы брюшной аорты с протезированием и одномоментной левосторонней гемиколэктомией

В.И.ЕСИН, К.И.ЗАКЛЯКОВ, А.П.МУСТАФИН, А.П.ЛЕОНТЬЕВ, А.И.ЭСТРИН

Resection abdominal aortic aneurysm with prosthesis and synchronous left-side hemicolectomy

V.J.ESIN, K.J.ZAKLAKOV, D.G.MUSTAFIN, A.P.LEONTIEV, A.J.ESTRIN

Астраханская государственная медицинская академия, Александро-Мариинская областная клиническая больница

Сочетание онкологического заболевания с патологией сердца и сосудов не является редкостью. Оба заболевания характеризуются высоким удельным весом в структуре заболеваемости, тенденцией к ее увеличению, неминуемым развитием осложнений с высокой летальностью [1-3].

Частота сочетания аневризмы брюшного отдела аорты и рака ободочной кишки составляет 5,4–6,2% [1, 3, 5-7, 13]. У больных в возрасте 70 лет она выявляется у 10-12% и, как правило, в инфраренальном сегменте, а рак ободочной и прямой кишки в структуре онкологической заболеваемости выходит на 3 место [2, 3, 5]. Оба заболевания, особенно у пожилых пациентов, протекая определенное время бессимптомно, приводят у 86% к развитию тяжелых, угрожающих жизни осложнений, таких как разрыв аневризмы, обтурационная толстокишечная непроходимость или перфорация опухоли с гнойными осложнениями [2, 4, 8, 14, 15].

Выявление конкурирующих злокачественных и сердечно-сосудистых заболеваний до недавнего времени считалось противопоказанием для радикальной хирургической операции.

Современное развитие высокотехнологичной специализированной хирургии, достижения анестезиологии и реаниматологии позволили активизировать тактику лечения. Хирургическое лечение конкурирующих заболеваний в онкологии уже «не является данью моде, а становится осознанной необходимостью» [3, 4]. Возрастает число сообщений об успешных одномоментных операциях АКШ с искусственным кровообращением, протезированием сердечного клапана, резекции аорты с гемиколэктомией или удалением метастазов брюшной полости при раке толстой кишки [1, 4-6, 10]. Мировой опыт подобных операций небольшой и является предметом дис-

куссий. Наибольший опыт совместной работы онкологов и сердечно-сосудистых хирургов по оказанию такого объема помощи в нашей стране накоплен в РОНЦ им. Н.Н.Блохина и РНЦХ им. Б.В.Петровского [1, 3, 4]. Конечно, этот раздел онкохирургии остается одним из наиболее сложных и общепринятых, стандартов нет, но постепенное дальнейшее накопление опыта позволит четко разработать методики выполнения таких сочетанных операций. Приводим пример успешной такой операции в условиях многопрофильной областной больницы.

Больной А., 69 лет, жестянщик, поступил на плановое обследование и лечение в кардиологическое отделение областной клинической больницы 5 октября 2007 г. в связи с одышкой при ходьбе, сердцебиением, повышением артериального давления, появлением слабости. Состояние расценено удовлетворительное. Выявлено расширение левой границы сердца на 2,0 см. Артериальное давление 140-90 мм рт. ст. Пульс аритмичный, 77 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены. Признаков недостаточности кровообращения нет. В связи с появлением боли в левой половине живота обращено впервые внимание на пульсирующую опухоль «больших размеров» в левой половине живота. Заподозрена аневризма брюшной аорты.

R-грамма грудной клетки патологии не выявила.

ЭКГ: мерцательная аритмия, нормосистолическая форма, гипертрофия левого желудочка.

Ультразвуковая томография: брюшная аорта проксимальнее бифуркации на протяжении 145 мм, расширена до 78 мм; в просвете пристеночные тромбозы, просвет диаметром 38 мм; подвздошные артерии с неровным контуром, левая неравномерно расширена до 27 мм; в проекции правой почки жидкостное образование 54×56 мм.

Анализ крови: эритроцитов – $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 104 г/л, лейкоцитов – $3,57 \times 10^9/л$, гематокрит – 34%.

Анализ мочи, биохимические пробы крови в нормальных пределах.

Наблюдалось стихание болевого синдрома после введения баралгина, но через 2 дня повышалась температура до $37,8^{\circ}C$, которая объяснения не нашла.

В связи с большой (78 мм) аневризмой брюшной аорты, появлением болевого синдрома в виду опасности жизнеугрожающего осложнения – ее разрыва, больной переведен в отделение хирургии сосудов и диагностика не расширялась. После предоперационной подготовки 12 октября проведена операция под эндотрахеальным наркозом. Выполнена полная срединная лапаротомия. Диагноз аневризмы брюшной аорты подтвержден: она в инфраренальном отделе размером 8,0-8,5 см, шейка около 1,0 см, аневризма распространяется на левую подвздошную артерию, диаметр которой до 3,0 см около устья (тип аневризмы Пб по классификации А.В. Покровского и F. Allenberg).

При ревизии оказалось, что имеется опухоль селезеночного угла ободочной кишки $4,0 \times 7,0$ см с припаянным воспалительно-измененным сальником; опухоль муфтообразно суживает просвет кишки, но проходимость ее не нарушена. Увеличенных лимфоузлов и метастазов нет. Дивертикулез в пределах сигмовидной кишки.

Консилиум ведущих специалистов клиники, обсудив ситуацию, учитывая угрожающий характер взаимоотношающей патологии (аневризма диаметром около 8,0 см, появление в ее течении болевого синдрома, стенозирующий рак селезеночного изгиба ободочной кишки с дивертикулезом и перифокальным воспалением при отсутствии метастазов) пришел к заключению о показании к одномоментной сочетанной операции.

После пережатия сосудов проведена резекция аневризмы с общепринятой, предложенной O.Greesh, техникой внутримешкового протезирования аорты и подвздошных сосудов. Использован фторлавановый бифуркационный протез диаметром 22 мм. Затем мобилизована и удалена левая половина ободочной и сигмовидная кишка (ввиду ее дивертикулеза) с сальником. Используются сшивающие аппараты УО-60 и НЖКА. Наложена одномоментная ручная однорядная закрытый трансверзоректосигмоидный анастомоз по принятой в клинике методике.

Макропрепарат. Фрагмент аорты со вскрытым просветом аневризматического мешка $6,0 \times 8,0$ см, толщина стенок мешка до 1,0 см с пристеночными тромбами, участками кальциноза и внутристеночными кровоизлияниями. Фрагмент толстой кишки длиной 40 см с сальником. Опухоль $4,0 \times 7,0$ см прорастающая серозный покров с воспаленным сальником; на разрезе слизистая с изъязвлением и сероватыми разрастаниями. Микро: умеренно дифференцированная аденокарцинома; в сальнике умеренные признаки воспаления; лимфоузел – с гиперплазией фолликулов. Стадия $T_3N_0M_0$ (стадия «С» – по Dukes).

В послеоперационном периоде в течение 3-х дней наблюдалось вечернее повышение температуры до $38^{\circ}C$. Гемокультура микробного роста не выявила. Проведенная антибактериальная внутривенная терапия была усиленной. Выписан в удовлетворительном состоянии на 20 день после сочетанной операции.

Обсуждение и заключение. Эти операции сегодня – удел специалистов высокой квалификации и должны выполняться в многопрофильной больнице в содружестве ангиохирургов, колопроктологов, анестезиологов-реаниматологов с оценкой риска операционно-анестезиологического пособия. Общность операционного доступа при раке ободочной кишки и аневризме брюшного отдела аорты делают оптимальным выбор одномоментного подхода. Согласно литературным сведениям такая симульгантная операция оправдана при раке I–II стадии без метастазирования. Если методика резекции брюшной аорты и линейное протезирование достаточно разработана, то при левостороннем раке ободочной кишки необходимость первичного или двухэтапного (с колостомой) восстановления проходимости кишки оценивается не однозначно. Из-за опасности инфицирования брюшной полости и протеза в таких случаях ряд хирургов не рискуют и выполняют операцию по Hartmann (с колостомой) [7, 15, 16].

В тоже время, другие считают возможным выполнение одномоментного восстановления без колостомы как при правосторонней, так и левосторонней локализации опухоли, что оправдано при I–II стадиях опухоли [1, 8] и отсутствии отдаленных метастазов. Перспективным является раннее выявление раннего рака ободочной кишки (стадия «А» по Dukes), что позволяет японским онкохирургам проводить малоинвазивное местное иссечение опухоли с неоадьювантной химиотерапией [11, 12].

Список литературы

1. Белов Ю.В., Царьков П.В., Комаров Р.Н., Кравченко А.Ю., Селезнев М.Н. Аортокоронарное шунтирование и гемиколэктомия одномоментно. Хирургия 2009; 7: 7-14.
2. Гордеев С.А., Луцевич О.Э., Бекузаров Д.К. Синхронные операции при сочетанной патологии толстой кишки. Международный медицинский журнал 2002; 2: 161-164.
3. Давыдов М.М., Акчурич Р.С., Герасимов С.С., Шестопалова И.М., Пороцкий Б.Е. Современные возможности хирургического лечения онкологических больных с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вестник Московского онкологического общества 2007; 43-50.
4. Давыдов М.И., Герасимов С.С., Шестопалова И.М. Хирургическое лечение больных раком толстой кишки с конкурирующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Хирургия 2008; 8: 10-17.
5. Дудкин Б.П., Бушкевич А.И., Вандиловский А.Б. Сочетанные и комбинированные операции у больных с инфраренальными аневризмами брюшной аорты. Тезисы докладов XIV Всероссийского съезда хирургов. М., 2008; 113-114.
6. Фокин А.А., Терешин О.С., Лукин А.А. Хирургия аневризм брюшной аорты у онкологических больных. Ангиология и сосудистая хирургия (приложение) 2008; 3: 34-37.
7. Bachoo P., Cooper G., Engeset F. Management of synchronous infrarenal aortic disease and large bowel cancer. Eur.J.Vasc.Endovasc.Surgery. 2000; 19: 614-618.
8. Baxter N.N., Noel A.A., Cherry R. Management of patients with colorectal cancer and contaminant abdominal aortic aneurysm. Dis.ColonRect. 2002; 45: 165-170.
9. Jlluminati G., Calio F., D'Urgo A., Lorrusso A., Ceccanei G., Vietri F. Simultaneous repair of abdominal aortic aneurysm and resection of unexpected, associated abdominal malignancies. J.Surg.Oncology. 2004; 88: 4: 234-239.
10. Kato T., Takagi H., Mori Y. Simultaneous operation of isehnuic heart disease, abdominal aortic aneurysm and rectal cancer. Heart – Vassele 2005; 20: 4: 167-170.
11. Matsui T., Yao T., Jwashita A. Natural history of early colon cancer. World.J.Surg. 2000; 24: 9: 1022-1028.
12. Niyatvongs S. Surgical management of early colorectal cancer. World.J.Surg. 2000; 24: 2: 1050-1055.
13. Prusa A., Wolff K., Sahal, Polterauer P., Lammer J. Abdominal aortic aneurysms and contaminant diseases requiring surgical intervention. Arch.Surg. 2005; 140: 7: 230-235.
14. Rivolta N., Piffaretti G., Tozzi M., Lomazzi G., Riva F. Management of simultaneous abdominal aortic aneurysm and colorectal cancer. Surgical oncology. 2007; 16: 1: 165-167.
15. Robinson Y., Hughes W., Lippey E. Abdominal aortic aneurysm and associated colorectal carcinoma: a management problem. Aust.N.Z.J.Surg. 1994; 64: 475-478.
16. Shimada Y., Sogawa M., Okada A., Natura O., Hayashu F. A single-stage operation for abdominal aortic aneurysm with Concomitant Colorectal cancer. Ann.Thorac.Cardiovasc. Surgery. 2005; 11: 339-342.

Поступила 04.09.09 г.

Информация об авторах

1. Есин Владимир Иванович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением колопроктологии Александрo-Мариинской областной клинической больницы города Астрахани, заслуженный врач РФ; e-mail: lazer@astranet.ru
2. Закляков Константин Иванович – заведующий отделением хирургии сосудов Александрo-Мариинской областной клинической больницы города Астрахани, заслуженный врач РФ; e-mail: lazer@astranet.ru
3. Мустафин Дамер Гибатович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Астраханской государственной медицинской академии; e-mail: lazer@astranet.ru
4. Леонтьев Александр Павлович – врач-хирург отделения сосудистой хирургии Александрo-Мариинской областной клинической больницы города Астрахани; e-mail: lazer@astranet.ru
5. Эстрин Александр Ильич – врач-хирург отделения сосудистой хирургии Александрo-Мариинской областной клинической больницы города Астрахани; e-mail: lazer@astranet.ru