

**Бойко В. В.<sup>1,2</sup>, Краснояружский А. Г.<sup>1,2</sup>, Пономарева Е. В.<sup>2</sup>,  
Минухин Д.В.<sup>2</sup>**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СРЕДОСТЕНИЯ**

*<sup>1</sup>ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН  
Украины»,*

*<sup>2</sup>Харьковский национальный медицинский университет, Харьков Украина*

**Актуальность:** синдром верхней полой вены (СВПВ) - неотложное состояние, связанное с нарушением кровообращения в бассейне верхней полой вены (ВПВ), который является одним из вариантов компрессионного синдрома средостения (КСС). Накопленный опыт свидетельствует о том, что консервативные мероприятия требуют длительного времени, опухоли средостения могут быть резистентны к химио- и лучевой терапии. В связи с этим, мы придерживаемся индивидуальной активной тактики, которая существенно зависит от выявления взаимосвязи между опухолью, ВПВ и ее притоками. Уменьшение кровотока в системе ВПВ приводит к снижению объема венозной крови в правом предсердии, что обуславливает ряд клинических признаков (расширение вен шеи, отек верхних конечностей, цианоз) и симптомов (головная боль, одышка, кашель, дисфагия). СВПВ был впервые описан W. Hunter в 1757 г. В структуре онкологических заболеваний опухоли средостения составляют 3-7 %, из них 80% доброкачественный, а 20 % злокачественные, 12 % из которых развиваются вследствие первичных или вторичных опухолевых поражений грудной полости.

**Цель исследования:** изучить результаты хирургического лечения злокачественных опухолей средостения с вовлечением в инфильтрат ВПВ и ее притоков.

**Материалы и методы:** исследование представляет собой ретроспективный анализ наблюдения 86 больных с новообразованиями средостения осложненных СВПВ за период с 2018 по 2021 гг. Все больные находились на лечении в торако-абдоминальном отделении ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины». Группа сравнения составляет 50 пациентов с СВПВ в лечении которых использовались общепринятые методики лечения, основная группа - 36 пациентов, которым применялись разработанные нами обходные шунтирующие операции. На предоперационном этапе всем пациентам были выполнены стандартные диагностические исследования, позволяющие оценить распространенность опухолевого процесса и функциональные резервы: мультиспиральная компьютерная томография (МКТ) органов грудной клетки и брюшной полости, комплексное УЗИ сосудов верхних конечностей и шеи, ЭКГ, ЭХОКГ, спирометрия, фибробронхоскопия. Наиболее достоверным методом диагностики инвазии ВПВ является МКТ с

внутривены контрастированием изоосмолярными контрастными препаратами. Для обеспечения постоянного венозного доступа осуществлялась катетеризация бедренной вены и подключичной вены со стороны операции.

**Результаты:** Принципиальным аспектом для лечения больных с СВПВ является обеспечение адекватного сосудистого доступа для введения лекарственных веществ, проведения инфузионной терапии и наркоза. Проведение инфузий традиционным способом в вены бассейна ВПВ существенно улучшает состояние больного. В связи с этим выполняли инфузии в протоки ВПВ или в лучевую артерию. При больших неоперабельных опухолях ВПВ выполняли обходные венозные шунты, которые позволяли купировать СВПВ и легче переносились больными. Забор биопсийного материала позволяет уже в раннем послеоперационном периоде назначить химиотерапию с учетом чувствительности опухоли. Мы применяли аурикулояремные шунты (слева, справа) аурикулоподключичный шунт (слева, справа). Излюбленной локализацией инвазивной тимомы является левосторонний тип поражения, а потому левосторонний аурикулояремный шунт является наиболее распространенным оперативным вмешательством при паллиативном оперативном вмешательстве при СВПВ. Удаление опухоли с инвазией в ВПВ без предварительного обходного шунта, с нашей точки зрения, является ошибкой, которая может стать причиной летального исхода. Пересечение ВПВ или острый ее тромбоз при выделении опухоли приводит к стремительному повышению центрального венозного давления с вытекающими из этого последствиями. Среди наших пациентов синдром ВПВ был диагностирован у 4 (14%) больных с опухолями средостения. В исследовании L. Spaggiari и соавт. Синдром ВПВ был диагностирован у 8 (11%) из 72 пациентов. По данным L. Spaggiari и соавт., тромбоз после резекции развился в 2,5% (2/80) случаев, 1 пациент был повторно оперирован в объеме протезирования ВПВ заплатой из подкожной вены бедра, в связи с быстрым ухудшением симптомов, связанных с синдромом ВПВ. В нашей серии наблюдений мы не столкнулись с подобным осложнением после краевой резекции ВПВ. Традиционно опухоли торакальной локализации с инвазией в магистральные сосуды средостения считались неоперабельными в связи с плохими непосредственными и отдаленными результатами. Однако выполнение радикальных хирургических вмешательств увеличивает отдаленную общую и безрецидивную выживаемость пациентов. Десятилетняя выживаемость при тимоме III стадии по Masaoka увеличивается с 31-35% при объеме операции R1-R2 до 75-94% при R0-резекции. При таких обнадеживающих результатах попытки выполнения расширенно-комбинированных хирургических вмешательств представляются онкологически оправданными.

**Выводы:**

1. СВПВ - неотложное состояние, коррекция которого должна осуществляться, основываясь на индивидуальной активной тактике в каждом конкретном клиническом случае.

2. Больные с СВПВ требуют адекватного сосудистого доступа к системе ВПВ для инфузии лекарственных средств в пред - и интраоперационной периоде. 3. Использование обходных аурикулояремных и аурикулоподключичных шунтов является неотъемлемым этапом при радикальных операциях у больных с СВПВ.