

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЕЕ ОПУХОЛЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО ПРОТЕЗА

Попель Г.А.¹, Котов А.А.², Ерзинкян Ф.², Мартынов Е.П.²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,

²Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Первичные опухоли, исходящие из кровеносных сосудов, встречаются редко, о чем свидетельствуют литературные данные в виде отдельных сообщений о случаях или небольших ретроспективных сериях случаев. В том числе и первичные опухоли нижней полой вены (НПВ) принадлежат к числу редко встречающихся опухолей, большинство из которых происходят из эндотелиальных и гладкомышечных клеток. Эти опухоли можно разделить на доброкачественные и злокачественные. Доброкачественные опухоли из эндотелиальных клеток называют эндотелиомой, злокачественные – эпителиоидной гемангиоэндотелиомой (ЭГЭ). Внутрисосудистые ЭГЭ чаще встречаются в венах, чем в артериях и имеют различную анатомическую локализацию. В англоязычной литературе имеется всего около 30 сообщений о внутрисосудистой ЭГЭ. НПВ — крайне редкая локализация для этой опухоли с недостаточно изученным потенциалом злокачественности. В зарубежной литературе зарегистрированы единичные случаи ЭГЭ НПВ.

Доброкачественные опухоли сосудов, которые имеют природу из гладкомышечных клеток, называют лейомиоматозом, злокачественные — лейомиосаркомой. Первичная лейомиосаркома НПВ — редкая опухоль, встречающаяся примерно у 1/100 000 человек. По данным зарубежной литературы, только 2 % лейомиосарком имеют сосудистую природу, а половина из них и происходит из нижней полой вены. На сегодняшний день в Международном регистре лейомиосарком нижней полой вены зарегистрировано ~ 400 случаев лейомиосаркомы НПВ, что составляет лишь 0,5 % от всех оперированных лейомиосарком мягких тканей.

Поскольку у большинства пациентов имеются неспецифические жалобы, такие как боль в животе и пояснице, как правило, связанные с наличием сопутствующей патологии, диагностика первичных опухолей НПВ бывает затруднительной и запоздалой.

В настоящее время основным и наиболее эффективным методом лечения названной патологии является хирургический. Только операция в полном объеме позволяет добиться благоприятного результата, поскольку она тесно связана с прогнозом выживаемости, риском метастазирования и рецидива.

Цель. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов с первичными опухолями НПВ после реконструктивных операций с применением биологического сосудистого протеза.

Материалы и методы. Данная работа основывается на результатах обследования и лечения 6 пациентов с первичными опухолями НПВ за период времени с 2019 по 2023 год. Средний возраст пациентов составил $55,0 \pm 8,7$ лет. Среди пациентов преобладали лица женского пола в соотношении 5:1. Из общего числа пациентов 4 (66,7%) страдали первичными лейомиосаркомами, исходящими из гладкомышечных клеток стенки НПВ. У 1 пациентки имела место эпителиоидная гемангиоэндотелиома (16,7 %) и у 1 пациентки диагностирован внутривенный лейомиоматоз (16,7 %). Предоперационную визуализацию проводили с использованием ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС), компьютерно-томографической ангиографии (КТА). В 66,7 % случаях выполняли пункционную биопсию под ультразвуковым контролем с целью предоперационной морфологической верификации. По результатам проведенных исследований определяли распространенность патологического процесса, а также осуществляли прогностическую оценку вероятности вовлечения смежных органов в неопластический процесс, что позволяло планировать объем предстоящего хирургического вмешательства. При планировании хирургического вмешательства во всех случаях проводили дооперационную оценку вероятной необходимости сосудистой реконструкции, что позволяло с самого начала операции избежать бессмысленной ревизии НПВ в ущерб принципам абластики. Так, при наличии несомненных признаков операбельности первичной опухоли НПВ – вмешательство выполняли по принципу «don't touch». Последний заключался в том, что мобилизацию нижней полой вены, почечных и общих подвздошных вен проводили на протяжении, а удаление опухоли выполняли одномоментно с резекцией НПВ. Наблюдение за пациентами выполняется и в настоящее время.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам были выполнены оперативные вмешательства, среди которых преобладали протяженные, от 5 до 13 см циркулярные резекции НПВ с опухолью в пределах здоровых тканей. Для замещения резецированного участка НПВ в качестве сосудистого имплантата использовали линейные биологические сосудистые протезы, сформированные из ксеноперикарда. Мы давно отказались от практики применения сосудистых протезов из дакрона и политетрафторэтилена (ПТФЭ) ввиду их высокой тромбогенности. В 2-х случаях (33,3 %) осуществляли имплантацию левой почечной вены в имплантированный биологический сосудистый протез по типу «конец в бок». В 3-х случаях (50 %) выполнили правостороннюю нефрадреналэктомию из-за вовлечения в опухолевый процесс самой почки и/или почечных сосудов.

В послеоперационном периоде все пациенты получали антикоагулянтную терапию с применением низкомолекулярных гепаринов в лечебной дозе в течение 7 суток с последующим переводом на прямые оральные антикоагулянты сроком не менее 6 месяцев.

В раннем послеоперационном периоде у одного пациента имело место послеоперационное осложнение в виде забрюшинной гематомы, которая

потребовала хирургического лечения – удаления гематомы и ревизии брюшинного пространства.

Летальности среди оперированных пациентов в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, развития локального рецидива не было. Специфических послеоперационных осложнений в виде тромбоза вен бассейна НПВ и биологического сосудистого протеза не было. У 1 пациента через 6 месяцев после операции в ходе планового обследования с выполнением позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), диагностировали метастатическое поражение S6 нижней доли правого легкого, что потребовало выполнения хирургического вмешательства – торакоцентеза справа, атипичной резекции S6.

Выводы. Исходя из представленных данных, мы полагаем, что выполнение комбинированных радикальных хирургических вмешательств – резекции и протезирования НПВ с использованием биологического сосудистого протеза из ксеноперикарда при первичных ее новообразованиях позволяет увеличить выживаемость пациентов, не ухудшая результаты операции, а также снизить вероятность возможных специфических осложнений и рецидива заболевания. Мы считаем, что хорошо организованное и спланированное междисциплинарное сотрудничество между представителями каждой узкой специальности позволит сделать ведение таких пациентов гораздо более безопасным и успешным, чем в текущей ситуации.