

УДК 616.136.2/146.1-006.03:616.833.53-08

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНОЙ СОСУДИСТОЙ ОПУХОЛИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ

М.Н. Сухов, Ю.А. Поляев, И.П. Лывина, А.В. Кобяцкий, М.В. Исаева, Р.В. Гарбузов, А.В. Голенищев, А.В. Мосин

Российская детская клиническая больница (117513 г. Москва, Ленинский пр-т, 117)

Ключевые слова: сосудистые опухоли, оперативное лечение.

Описано комбинированное лечение массивной сосудистой опухоли пояснично-крестцовой области у девочки 8 лет. Перед радикальным удалением новообразования была проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия питающих сосудов. Контрольное обследование через 3 мес после операции патологии не выявило.

Сосудистые опухоли составляют 7–20 % всех опухолей человека [1, 2]. Доброкачественные сосудистые опухоли в одних случаях протекают бессимптомно, в других – наблюдается их быстрый рост (особенно на 2–6-м месяцах жизни) с инвазией в окружающие ткани, нарушением анатомических соотношений и физиологической функции пораженного органа [1, 3, 4]. Наряду с нарушениями функции соседних органов значительную угрозу представляют рецидивирующие кровотечения из этих новообразований с летальностью до 2–3 % [2].

Лечение сосудистых новообразований является сложной проблемой в силу особенностей их морфологического строения и взаимоотношения с магистральными сосудисто-нервными стволами. Основным методом лечения здесь остается хирургический. Сложность и травматичность доступа, высокий риск интраоперационных кровотечений нередко препятствуют радикальному удалению гиперваскуляризированных образований. Высокая частота рецидивов нередко связана с продолженным ростом не полностью удаленной опухоли [5, 6]. В связи с вышеуказанным мы решили поделиться опытом комбинированного лечения обширной кавернозной лимфогемангиомы пояснично-крестцовой области в педиатрической клинике.

Больная Р., 8 лет, наблюдалась на протяжении последних 3 лет в РДКБ с клиническим диагнозом: «обширная артериовенозная дисплазия пояснично-крестцово-ягодичной области». При первом поступлении в крестцово-копчиковой области обнаружено плотное, неподвижное, повышенной температуры сосудистое образование вишневого цвета, возвышающееся над окружающими тканями. Размер образования 10×8 см, в центре – участок некроза размером 2×2 см под коркой. При попытке удаления последней развилось венозное кровотечение, которое с трудом удалось купировать прошиванием ткани опухоли. При ультразвуковой доплерографии определены выраженная васкуляризация опухоли, множественные увеличенные сосуды вдоль поясничных мышц. Кровоток по внутренней и общей подвздошной венам слева с признаками артериовенозного сброса. Левая яичниковая вена расширена до 3–4 мм, с высокоскоростным кровотоком. Выражен сосудистый рисунок стенок кишечника. Ангиография: внутренние подвздошные артерии резко гипертрофированы и извиты.

В проекции патологического образования определяется выраженный артериовенозный сброс из бассейнов внутренних подвздошных артерий с двух сторон, а также из срединной сакральной и нижних поясничных артерий. Отток по гипертрофированным венам таза не нарушен.

Больная получала курсы лечения рофероном, однако через 5 мес отмечено увеличение опухоли до 15×12 см. Была выполнена рентгеноэндоваскулярная окклюзия сосудов, питающих новообразование, цилиндрами гидрогеля 0,50–0,75 мм в диаметре. В ствол левой внутренней подвздошной артерии установлена спираль «Гигантурко».

Через 7 месяцев образование имело размер 14×13 см с язвой (2×3 см) в центре. При магнитно-резонансной томографии в мягких тканях пояснично-крестцовой области определялся субстрат с гипоинтенсивным во всех режимах сигналом, включавший в себя аномальные сосуды разного калибра. Аналогичные по сигнальным характеристикам изменения визуализировались в параректальной области, вблизи мочевого пузыря, пресакральном пространстве. По данным ангиографии, в проекции таза, больше слева, располагалось массивное гиперваскулярное образование с выраженным артериовенозным сбросом из ветвей бассейна внутренних подвздошных артерий с двух сторон, срединной сакральной и нижних поясничных артерий. Последние резко гипертрофированы, извиты, больше слева. Венозный отток не нарушен. Выполнена повторная рентгеноэндоваскулярная окклюзия афферентных сосудов области артериовенозного сброса (рис. 1): введен гидрогель, в стволы внутренних подвздошных артерий установлены окклюзирующие спирали. При контрольном исследовании определяется значительное уменьшение кровотока в области артериовенозного сброса.

Несмотря на проведенное лечение, образование имело тенденцию к росту, отмечались частые массивные кровотечения из трофической язвы, расположенной в центре опухоли. При настоящей госпитализации опухолевидное образование пояснично-крестцово-ягодичной области имело размер 18×16 см, в центре определялось покрытая фибрином язва 9×7 см (рис. 2, а). Решено выполнить комбинированное удаление опухоли.

На первом этапе проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия афферентных (в том числе и маточных) сосудов области артериовенозного сброса. При контрольном исследовании определялось значительное уменьшение кровотока в области артериовенозного сброса. Второй этап, через сутки – комбинированная операция. Вначале проведена лапаротомия. При ревизии на придатках и теле матки обнаружены извитые, расширенные венозные стволы. Были мобилизованы, перевязаны и пересечены питающие новообразование верхние и нижние ягодичные артерии и срединная крестцовая артерия. Брюшная полость ушита, и больная переведена в положение на животе. Опухоль радикально удалена (подлежащие мышцы не поражены). Несмотря на предварительную перевязку питающих сосудов и наложение временных турникетов на обе внутренние подвздошные артерии, при удалении опухоли возникло обильное, с трудом купированное кровотечение из расширенных венозных стволов, находившихся внутри образования. Дефект мягких



Рис. 1. Эндоваскулярное исследование: область массивного артериовенозного сброса с гипертрофированными афферентными сосудами (артериальная фаза).

тканей (рис. 2, б) ушит полностью после мобилизации кожных покровов с незначительным натяжением.

Послеоперационный период протекал гладко. Швы с брюшной стенки удалены на 7-е, с пояснично-крестцовой области – на 12-е сутки. При контрольном ультразвуковом исследовании патологических образований в области малого таза и подвздошных сосудов не выявлено. Гистологически диагностирована капиллярно-кавернозная форма лимфогемангиомы с высокой степенью пролиферативной активности. Контрольное обследование через 3 мес после операции: подвздошные артерии и вены не изменены, кровоток симметричный; очаговая патология в пояснично-крестцовой области не выявлена (рис. 2, в).

Представленный случай показывает, что капиллярно-кавернозные обширные лимфогемангиомы обладают чрезмерно выраженной сосудистой сетью с признаками артериовенозного сброса. При изъязвлении новообразования возникают массивные кровотечения. При росте опухоли и повторяющихся кровотечениях необходимо радикальное удаление. Выполнению травматичной операции сопутствует массивная, угрожающая жизни интраоперационная кровопотеря. С целью профилактики подобных осложнений необходимо перед радикальным удалением данных новообразований выполнять эндоваскулярную окклюзию питающих опухоль сосудов.

Литература

1. Смянович В.А., Смянович А.Ф. Артериовенозные мальформации задней черепной ямки (диагностика, хирургическое лечение) // Новые технологии в мед.: диагностика, лечение, реабилитация: мат. научно-практ. конф. Т. 2. Минск, 2002. С. 179–182.
2. Howat A.J., Campbell P.E. Angiomas: Vascular Malformation of Infancy and Childhood. Report of 17 Cases // Pathology. 1987. Vol. 19, No. 4. P. 377–382.
3. Macuda T., Sonoda H. Pancreatic Angiomas // Surg. 2008. Vol. 38, No. 1. P. 72–75.
4. Levey D., MacCormack L., Sartoris D. Skeletal angiomas in as-



Рис. 2. Макроскопическая характеристика наблюдения:

а – вид опухоли до операции; б – обширный дефект мягких тканей пояснично-крестцово-ягодичной области после радикального удаления опухоли; в – вид пояснично-крестцово-ягодичной области через 3 мес.

sociation with gastro-intestinal // Journal of Orthopaedic Surgery. 2002. Vol. 25, No. 3. P. 287–293.

5. Peavy G.M. Use of laser photocoagulation for treatment of cutaneous angiomas in one dog and two cats // Journal of the AVMA. 2001. Vol. 219, No. 8, P. 1094–1097.
6. Wright J.L., Tai H., Churg A. Diffuse Dermal Angiomas // Hautarzt. 2002. Vol. 53, No. 12. P. 808–812.

Поступила в редакцию 15.01.2009.

COMBINATION THERAPY OF EXTENSIVE VASCULAR TUMOUR OF THE LUMBOSACRAL REGION

M.N. Sukhov, Yu.A. Polyakov, I.P. Lyivina, A.V. Kobayatskiy, M.V. Isaeva, R.V. Garbuzov, A.V. Golenishchev, A.V. Mosin
Russian Children's Clinical Hospital (117 Leninskiy Av. Moscow 117513 Russia)

Summary – The paper describes combination therapy of massive vascular tumour of lumbosacral region diagnosed in a girl aged eight years. Before making eradication of tumour, the surgeons have performed X-ray endovascular occlusion of the feeding vessels. During the control survey in three months after the operation, no pathology was found.

Key words: vascular tumours, operative therapy.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 99–100.