



СОЮЗ СОВЕТСКИХ  
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ  
РЕСПУБЛИК

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗ № 0 0071

(19) **SU** (11) **1635316** **A1**

(51)5 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ  
ПО ИЗОБРЕТЕНИЯМ И ОТКРЫТИЯМ  
ПРИ ГНТ СССР

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ И АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

(21) 4692723/14

(22) 15.05.89

(71) Киевский научно-исследователь-  
ский институт онкологии

(72) Н.Г. Кононенко, В.А. Черныш,  
Б.А. Толстомятов и Ю.С. Лоденко

(53) 616.13-616.14-089 (088.8)

(56) Веденский А.Н. Пластические и  
реконструктивные операции на магист-  
ральных венах. Л.: Медицина, 1979,  
с. 117-144.

(54) СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕНОЗНОГО  
ОТТОКА ОТ НИЖНЕЙ КОЧЕЧНОСТИ ПРИ РЕ-  
ЗЕКЦИИ ОПУХОЛИ С СЕГМЕНТОМ НАРУЖНОЙ  
ПОДВЗДОШНОЙ ВЕНЫ

(57) Изобретение относится к онколо-  
гии и может быть использовано при

резекции опухоли с сегментом наруж-  
ной подвздошной вены. Цель изобре-  
тения - снижение числа послеоперацион-  
ных осложнений, связанных с недоста-  
точностью венозного оттока. Для вос-  
становления адекватного кровотока в  
бедренно-подвздошном сегменте вены  
мобилизуют наиболее крупный веноз-  
ный проток и после иссечения сегмен-  
та наружной подвздошной вены в одном  
блоке с опухолью анастомозируют при-  
ток или притоки бедренно-подвздошно-  
го сегмента с соответствующими ве-  
нами подвздошного венозного бассейна.  
Способ позволяет восстановить адек-  
ватный венозный отток. Способ реко-  
мендован к использованию в клиниче-  
ской практике.

Изобретение относится к онкологии  
и может быть использовано при резек-  
ции опухоли с сегментом наружной под-  
вздошной вены.

Цель изобретения - снижение числа  
послеоперационных осложнений, свя-  
занных с недостаточностью венозного  
оттока.

Способ осуществляют следующим об-  
разом.

После лапаротомии в процессе суб-  
операционной ревизии особенно тща-  
тельно изучают состояние подвздошной  
вены, если до операции определялась  
ее компрессия. При подтверждении об-  
растания, сдавления вены опухолью  
и необходимости их иссечения в одном  
блоке, изучают пути венозного компе-  
тенсаторного кровотока с целью возмоз-  
10-91

ного сохранения для шунтирования при  
мобилизации опухолевого очага. Сразу  
же за пупартовой связкой тщательно вы-  
деляют на максимальную длину наибо-  
лее крупного диаметра (хотя и тонко-  
стенный) приточный венозный ствол  
или два из системы наружной подвздош-  
ной вены. Затем иссекают опухоль вме-  
сте с вовлеченным в процесс сегмен-  
том наружной и подвздошной веной в  
одном блоке, соблюдая осторожность  
во избежание повреждения подготов-  
ленных для шунтирования венозных  
притоков. После удаления опухоли и  
гемостаза определяют вариант шунти-  
рования: с общей подвздошной веной  
конец в бок или с одной из ветвей  
подчревной вены - конец в конец,  
если последняя не резецировалась



№ **SU** (11) **1635316** **A1**

моноклоно с наружной подвздошной веной и опухолью. В случае нецелесообразности эффективности одного вено-венозного соустья, целесообразно анастомозирование нескольких притоков вен с ветвями внутренней подвздошной вены или с общей подвздошной веной.

**П р и м е р.** Больная О., 23 года, поступила с жалобами на отек всей левой нижней конечности, боли в нижних отделах живота, наличие опухоли в тазу.

При осмотре обращала на себя внимание отечность левой нижней конечности, преимущественно стопы и голени. Над лобком имелся поперечный рубец длиной 15 см после пробной лапаротомии. При бимануальном вагинальном и ректальном исследовании через переднюю брюшную стенку на уровне левых подвздошных сосудов определялся верхний полюс опухолевидного образования, нижний полюс которого был на глубине примерно

8 см. Опухоль располагалась на левой стенке и занимала 1/2 полости малого таза, была гладкой поверхности, неподвижной, малоболезненной. Ректоскопией выявлена девиация вправо левой стенки прямой кишки. На пневмограммах (в условиях ретропневмоперитонеума) обнаружена опухоль малого таза. Тазовый ангиофлюорографией подтверждено расширение опухоли на подвздошные сосуды слева: левая наружная подвздошная вена определялась резко суженной и дугообразно деформированной, контур одноименной артерии был неровным, просвет сосуда суженным.

При патогистологическом изучении микропрепаратов биопсии обнаружен агрессивный фиброматоз, синоним - высоколиферирующая фибросаркома, I стадия. Клинический диагноз по системе TNM - фибросаркома малого таза с вовлечением наружных подвздошных сосудов  $T_{4a}N_0M_0$ .

Больной планировалось удаление опухоли малого таза с резекцией и пластикой подвздошных сосудов. В связи с этим больная до операции получала 2 дня курантил по 1 таблетке 3 раза в день до еды и аспирин по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

Заготовлен сосудистый тканевой гофрированный протез в венозный аллотрансплантат.

Операция - удаление опухоли малого таза с иссечением наружной подвздошной вены и подчревной артерии, анастомозирование конец в конец расширенной притоковой вены с ветвью подчревной вены.

Выполнена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии в левой половине малого таза внутри и книзу от наружной подвздошной артерии располагалась плотная, несмещающаяся опухоль. Артерия частично вовлечена в рубцовый процесс (следы попытки мобилизации опухоли при предыдущей операции). Одноименная вена не видна, поэтому определить отношение к ней опухоли не представлялось возможным. Мочеточники не расширены, матка и придатки, прямая кишка в процесс не вовлечены. Пересечена левая круглая связка матки. Рассечена брюшина снаружи от подвздошной артерии. Последняя выделена из рубцов и оттянута кнаружи. При дальнейшей ревизии установлено, что опухоль циркулярно охватывает наружную подвздошную вену на протяжении 7-8 см и сращена с телом седалищной кости на таком же участке ниже безмышечной линии. На опухоли видны 2 крупные притоковые вены и масса мелких. Одна из расширенных вен вместе с фасцией осторожно отделена от опухоли и лигирована. Образовался ствол диаметром ~0,8 см и длиной около 10 см. Она уложена на влажную салфетку позади лонной кости. Поскольку в опухоль (под ее капсулу) входили ветви подчревных сосудов, то артерия лигирована у бифуркации и пересечена, а одна из ветвей подчревной вены до 1 см в диаметре выделена на протяжении 3,5-4 см, пережата клипсой и отсечена у опухоли. Основной ствол подчревной вены дистальнее мобилизованной ветви лигирован с прошиванием и пересечен. Опухоль остро распатором с надкостницей отделена от тела седалищной кости и тупо вслепую выделена из obturatorной ямки. Иссечен запирающий нерв, который входил в опухоль. Возникло венозное кровотечение. Предпринята тугая тампонада опухолевого ложа. Опухоль стала подвижной и оставалась фикси-

рованной вокруг наружной подвздошной вены. Последняя взята на турникеты у паупартовой связки и у места слияния с подчревной веной, пересечена на 1,5-2,0 см дистальнее и проксимальнее опухоли и вместе с подчревной артерией, некоторыми ветвями одноименной вены и опухолью удалена одним блоком.

Окончательный гемостаз артериальных и в основном венозных многочисленных расширенных сосудов ложа опухоли, продолжавшийся более двух часов, осуществляли прошивными лигатурами.

После окончания гемостаза была осмотрена левая нижняя конечность - она синюшная, отек увеличился. Показано восстановление кровотока от нижней конечности. Решено воспользоваться мобилизованной подготовленной приточной аутовеной. При неуспехе шунтирования планировалось прибегнуть к пластике дефекта подвздошной вены венозным аллотрансплантатом.

Коллатеральный венозный ствол без натяжения подведен к ветви подчревной вены. Убедившись в хорошем кровотоке в анастомозируемых венах и смочив их края раствором гепарина, накладывают анастомоз конец в конец непрерывным швом. Он герметичен и хорошо функционирует. Через 12 мин после шунтирования синюшность ноги почти полностью исчезла, что дало основание считать примененный спо-

соб восстановления кровотока адекватным.

Операция закончена дренированием полости таза, его перитонизацией и ушиванием лапаротомной раны.

Патогистологическое заключение - агрессивный фиброматоз.

Спустя 8 лет женщина жалоб не предъявляет. Работает по специальности. Рецидив опухоли нет. Окраска кожи левой нижней конечности обычная, левая голень в средней трети на 2 см толще правой.

Способ упрощает технику восстановления венозного оттока, снижает травматичность, позволяет восстановить адекватный венозный отток.

Способ рекомендован к использованию в клинической практике.

#### Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ восстановления венозного оттока от нижней конечности при резекции опухоли с сегментом наружной подвздошной вены, включающий шунтирование, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что, с целью снижения числа послеоперационных осложнений, связанных с недостаточностью венозного оттока, приточные ветви резецированного бедренно-подвздошного сегмента анастомозируют с соответствующими интактными ветвями подвздошного венозного бассейна.

Составитель С. Заринская

Редактор С. Регова

Техред Л. Олийник

Корректор Т. Малец

Заказ 1027/ДСП

Тираж 281

Подписное

ВНИИИ Государственного комитета по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР  
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-издательский комбинат "Патент", г. Ужгород, ул. Гагарина, 101

