

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ С ОПУХОЛЕВОЙ ВЕНОЗНОЙ ИНВАЗИЕЙ

Б.К. Комяков, В.В. Шломин, С.А. Замятнин, Д.В. Семенов

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. Тактика хирургического лечения больных раком почки с венозной инвазией опухоли представляет собой сложную задачу. Мы приводим результаты лечения 192 больных с данной патологией.

Материал и методы исследования. В нашей клинике оперировано 192 больных раком почки с опухолевой венозной инвазией. Мужчин было 111 (57,8%) и женщин – 81 (42,2%). Средний возраст составил 63 года. 187 (97,4%) больным выполнена нефрэктомия с тромбэктомией, а 5 (2,6%) пациентов не оперированы из-за полиорганной недостаточности. В 115 (59,9%) случаях опухолевый тромб исходил из правой почки, в 77 (40,1%) – из левой. Тромбоз почечной вены выявлен у 98 (51,1%) пациентов, почечной и НПВ – у 94 (48,9%). Из них у 28 (29,8%) – в каваренальном сегменте НПВ, у 49 (52,1%) – в подпеченочном, и у 17 (18,1%) опухолевый тромб распространялся выше печеночных вен. В 5 случаях тромб достигал полости правого предсердия.

Краевое отжатие НПВ с удалением почечной вены выполнено у 102 (54,5%), полное отжатие НПВ с резекцией почечной вены и тромба – у 20 (10,7%) пациентов. В 47 (25,1%) слу-

чаях выполнялось поперечное отжатие НПВ от печеночных до подвздошных вен, венокаватомия, краевая резекция вены с удалением тромба. В 1 (0,5%) случае была произведена резекция НПВ от печеночных до подвздошных вен. При распространенности опухолевого тромба выше печеночных вен у 15 (8,0%) больных выполнялись тромбэктомия с отжатием грудного отдела НПВ, у 2 (1,1%) больных – нефрэктомия с тромбэктомией в условиях АИК.

Результаты и их обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 15 (8,0%) больных. Интраоперационная и ранняя послеоперационная летальность вследствие тромбоэмбологических осложнений составили 1,6% (3 случая). В течение первого года после операции местный рецидив или отдаленные метастазы зарегистрированы у 65 (34,7%) больных. Общая 5-летняя выживаемость составила 44,2%.

Выводы. Объем операции при интрапочечной опухоли почки зависит от уровня распространения венозной инвазии. Современный междисциплинарный хирургический подход при раке почки с венозной инвазией (особенно при высоких тромбах) позволяет улучшить результаты оперативного лечения.

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ В УСЛОВИЯХ ЕЕ ИНТРА- И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КОНСЕРВАЦИИ

Б.К. Комяков, В.В. Шломин, Б.Г. Гулиев, С.А. Замятнин

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Введение. При больших центрально расположенных опухолях единственной почки ее резекция *in situ* не всегда технически невыполнима. В подобных случаях целесообразна резекция почки в условиях ее интра- или экстракорпоральной консервации.

Материал и методы исследования. В нашей клинике выполнены 12 экстракорпоральных резекций почки с аутотрансплантацией и 2 резекции почки с опухолью *in situ* в условиях ее полного отключения от кровотока без пересечения сосудов и селективной перфузии ра-

створом «Кустодиол». У 10 больных диагностирован рак правой почки, у 2 – опухоль левой почки, у 2 – двусторонний рак. Средний возраст больных составил 54 года. Показаниями для экстракорпоральной резекции в 7 (58,3%) случаях была крупная опухоль единственной или единствено функционирующей почки, в 2 (16,7%) – двусторонний рак. В 3 (25,0%) случаях экстракорпоральная резекция была произведена по элегитивным показаниям. При последних 2 операциях почечные сосуды выделяли на протяжении, канюлировали, отключали от общего кровотока и перфузировали раствором «Кустодиол». После резекции опухоли почки канюли извлекали, дефект сосудов ушивали и включали кровоток.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 больных.

Летальность после экстракорпоральной резекции составила 7,1% (1 больной). За период наблюдения рецидива опухоли не было. Функция оперированной почки по данным нефросцинтиграфии была удовлетворительной. Длительность экстракорпоральной резекции почки с аутотрансплантацией в среднем составила 284,2 минуты, а интракорпоральной резекции почки в условиях ее изолированной консервации – 196,4 минуты.

Выводы. При больших опухолях единственной почки и технической невозможности выполнения ее резекции *in situ* показана экстракорпоральная резекция почки с аутотрансплантацией. Перспективным является предложенный способ противоиземической защиты почки путем ее интраоперационной перфузии раствором «Кустодиол» после отключения почечных сосудов от магистрального кровотока.

АНГИОМИОЛИПОМЫ ПОЧКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*В.Н. Лесовой, Д.В. Щукин, И.М. Антонян, В.В. Мегера, В.Н. Демченко,
В.А. Кобзарь, П.В. Можжаков, Р.В. Стецишин, О.А. Турчин*

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала

Введение. Ангиомиолипома представляет собой наиболее частую доброкачественную мезенхимальную опухоль почки, которая в различных пропорциях состоит из жировой ткани, патологически измененных сосудов и гладких мышц. Выделяют так называемую спорадическую ангиомиолипому почки и ангиомиолипомы, связанные с туберозным склерозом. В подавляющем большинстве случаев спорадические ангиомиолипомы встречаются у женщин. Хотя данная патология считается доброкачественной, в литературе неоднократно описаны случаи внутривенозного распространения этой опухоли, а также поражения региональных лимфоузлов. К злокачественным вариантам этого новообразования относят эпителиоидную ангиомиолипому почки. Одной из особенностей почечных ангиомиолипом является склонность к самопроизвольным разрывам.

Почечные АМЛ имеют отчетливую склонность к росту, поэтому основным показанием к хирургическому лечению асимптомных ангиомиолипом служит их размер более 4 см. Главный приоритет такого подхода – предотвращение

самопроизвольных разрывов и массивных кровотечений из опухоли. Новообразования, сопровождающиеся выраженными симптомами, должны подвергаться хирургическому лечению вне зависимости от размеров

Мы ретроспективно проанализировали опыт хирургического лечения почечной ангиомиолипомы за последние пять лет.

Материалы и методы исследования. С 2008 по 2013 годы в Харьковском областном центре урологии и нефрологии имени профессора В.И. Шаповала хирургическое лечение ангиомиолипомы почки проведено 27 пациентам. Стандартное обследование включало оценку анамнеза и клинической симптоматики, ультразвуковое исследование, компьютерную или мультиспиральную компьютерную томографию почек и легких, общий анализ крови и мочи, анализ крови на мочевину и креатинин. Дооперационный диагноз жироводящей опухоли почки был установлен в 25 случаях. У остальных двух пациентов наличия жира в опухоли по данным компьютерной томографии обнаружено не было. Дооперационная

биопсия опухоли не выполнялась ни в одном из наблюдений.

При подозрении на наличие туберозного склероза пациенты осматривались невропатологом и им проводилась КТ или МРТ головного мозга. Диагноз туберозного склероза устанавливался при наличии множественных гамартомных образований головного мозга, кожи и почек. Ментальная ретардация и судорожный синдром отмечались только у 2 из 6 пациентов этой группы. Все хирургические вмешательства проводились из тораколюмботомических разрезов в десятом или одиннадцатом межреберье. В большинстве случаев использовалась органосохраняющая хирургия (26 из 27 пациентов). При выполнении операции старались максимально быстро удалить внепочечную часть опухоли вместе с окружающей жировой клетчаткой и ранефральной гематомой. Затем осуществляли энуклеацию или энуклеорезекцию оставшейся части новообразования. Анализ операционных характеристик включал вид и продолжительность вмешательства, а также количество и характер интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациентов варьировал от 22 до 74 лет и составлял в среднем 48,1. В большинстве случаев данным заболеванием страдали женщины (22 наблюдения). Соотношение женщин и мужчин составляло 4:1. Симптомокомплекс туберозного склероза имел место у 6 пациентов. Множественные двусторонние АМЛ без признаков туберозного склероза были выявлены у двух больных (9,5%). Еще в 4 наблюдениях отмечались множественные ангиомолипомы в одной из почек. Таким образом мультифокальность спорадической ангиомолипомы наблюдалась у 6 (28,6%) пациентов.

Десять (37,0%) из 27 страдавших поступили в клинику в ургентном порядке с признаками разрыва опухоли. В остальных наблюдениях опухоли не проявлялись симптомами и были выявлены случайно. Средний размер ангиомолипом составлял 5,4 см (от 0,5 до 23 см). У мужчин этот показатель был значительно выше, чем у женщин – 6,8 см (от 0,5 до 23 см) по сравнению с 4,8 см (от 0,8 до 15 см). Радикальная нефрэктомия выполнена только у одного из 27 пациентов, энуклеорезекция опухоли – у 19 пациентов, в 7 наблюдениях преимущественной техникой была энуклеация ново-

образования. В 7 случаях опухоли располагались большей частью внутрипочечно, рядом с почечным синусом. Тепловая ишемия использовалась в 18 наблюдениях. В среднем ее время не превышало 11,2 минуты (от 5 до 20 минут). Объем интраоперационной кровопотери варьировал от 150 до 1500 мл (в среднем 540 мл) и зависел от размера опухоли и объема забрюшинной гематомы, возникшей в результате самопроизвольного разрыва опухоли. Одна пациентка с туберозным склерозом была оперирована с обеих сторон по поводу самопроизвольных разрывов опухолей с интервалом 24 месяца.

Среди послеоперационных осложнений отмечено формирование артерио-венозной fistулы с псевдоаневризмой почечной артерии у пациента с полностью внутрипочечной ангиомолипомой. Данное осложнение привело к необходимости нефрэктомии из-за профузного кровотечения на 8-е сутки после энуклеорезекции опухоли. Еще у одного пациента отмечено сморщивание оперированной почки через два месяца после органосохраняющей хирургии.

Оценивая отдаленные результаты хирургического лечения, необходимо отметить, что в группе унифокальных спорадических ангиомолипом рецидива опухоли не было выявлено ни в одном из случаев при среднем периоде наблюдения 36 месяцев. В группе туберозного склероза и спорадических мультифокальных опухолей отмечено увеличение оставшихся новообразований в среднем на 20 мм (от 5 до 46 мм) за средний период 38 месяцев.

Патоморфологическое исследование выявило классические признаки ангиомолипомы почки в 18 из 27 наблюдений, в 7 случаях были обнаружены атипичные ангиомолипомы (2 – с минимальным содержанием жира, 5 – с множественными атипичными митозами). У 2 пациентов зафиксированы эпителиоидные ангиомолипомы. Признаков внутривенозного распространения или отдаленного метастазирования не было обнаружено ни на дооперационном этапе, ни при дальнейшем послеоперационном наблюдении.

Выводы. Результаты данного исследования продемонстрировали высокую эффективность органосохраняющей хирургии почечных ангиомолипом. В группе туберозного склероза и спорадических мультифокальных опухолей преимущественной хирургической техникой должна являться энуклеация опухоли.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Ю.П. Серняк, Ю.В. Рощин, А.С. Фуксзон, М.В. Криштопа, В.А. Мех

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

Цель исследования. Сравнительный анализ отдаленных функциональных результатов и качества жизни больных при выполнении лапароскопической радикальной нефрэктомии (РНЭ) и резекции почки (РП) при почечно-клеточном раке (ПКР).

Материал и методы исследования. Нами изучено 76 пациентов с (ПКР). Первую группу составили 40 (53%) пациентов, которым выполнили РНЭ. Вторую группу составили 36 (47%) человек, которым произведена РП почки. Размеры опухоли первой группы 2,5–6,0 см, а второй группы – 1,8–4,5 см. Функциональное состояние почек оценивали по клубочковой фильтрации (КФ) и креатинину. Качество жизни (КЖ) изучали по опроснику EORTC.

Результаты и их обсуждение. Длительность операции первой группы от 127 до 326 мин, объем кровопотери от 50 до 350 мл. Продолжительность

операции во второй группе от 75 до 205 мин, объем кровопотери от 20 до 170 мл. Средний уровень креатинина перед операцией в первой группе $71,4 \pm 2,56$ мкмоль/л, а во второй группе – $64,6 \pm 3,12$ мкмоль/л. Через 40 месяцев средний уровень креатинина в группе – РНЭ $91,31 \pm 1,2$ мкмоль/л, а в группе РП – $70,19 \pm 2,06$ мкмоль/л. КФ в отдаленные сроки в группе РНЭ снижалась на 14–27%. У 3 (10,0%) пациентов группы РНЭ развилась почечная недостаточность.

КЖ в группах РП и РНЭ: физическая активность ($4,7 \pm 0,3$ vs $6,2 \pm 0,9$), общее здоровье ($5,2 \pm 0,4$ vs $7,1 \pm 1,3$), жизнестойкость ($4,4 \pm 0,5$ vs $6,1 \pm 0,9$), социальная адаптация ($4,7 \pm 1,0$ vs $6,3 \pm 0,4$).

Выводы. РП является предпочтительным методом лечения (ПКР) при небольших размерах опухоли, что позволяет сохранить функцию почек при идентичных онкологических результатах.

«КОНТИНЕНТНАЯ» РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТАЭКТОМИЯ

Ю.П. Серняк, А.С. Фуксзон, Ю.В. Рощин, А.С. Фролов

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

Введение. Радикальная простатэктомия (РПЭ) должна обеспечивать онкологический контроль, и иметь оптимальные функциональные результаты. В связи с этим считается логичным выполнение пересечения венозно-дорзального комплекса (ВДК) без предварительного прошивания.

Цель исследования. Оценка влияния пересечения ВДК без предварительной перевязки при выполнении РПЭ на качество выполнения операции и функцию удержания мочи.

Материал и методы исследования. 42 больных после РПЭ разделены на две группы. В первую вошли 22 пациента, которым производилось прошивание ВДК. Во вторую – 20, где это не производилось.

Результаты и их обсуждение. В первой группе полное удержание мочи на первые сут-

ки после удаления катетера отмечено у 9 (40,9%) больных, через 3 месяца – 15 (68%) больных, в сроке 12 месяцев у 2 (9%) пациентов отмечается частичное недержание мочи легкой степени тяжести (до 2 прокладок в день). Во второй группе полное удержание мочи в первый день после удаления катетера отмечено в 17 (85%) случаях, через 3 месяца все больные удерживают мочу.

Выводы. пересечение ВДК без прошивания при выполнении лапароскопической РПЭ оказывает существенное влияние на сохранение функции удержания мочи, а именно на 45% больше пациентов отмечают полное удержание мочи в ранние сроки, а в поздние сроки на 10% больше больных полностью удерживают мочу. Не отмечено увеличения кровопотери ($p > 0,05$), количества позитивных краев и количества биохимических рецидивов.