

Віддалені результати органозберігальних операцій при видаленні кістозних пухлин нирок категорії III–VI за Bosniak

О.М. Кваша, О.М. Ухаль, М.І. Ухаль

Одеський національний медичний університет

Мета дослідження: вивчення віддалених результатів органозберігальних операцій при видаленні кістозних пухлин нирок категорії III–VI за Bosniak.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за участю 16 хворих з верифікованими кістозними пухлинами нирок категорії III–VI за Bosniak. Показаннями до оперативного втручання були: клінічні прояви, лабораторні, ультразвукові, доплерографічні та променеві методи (МСКТ з болусним контрастуванням або МРТ). Діагноз пухлинного процесу нирок також підтверджували за допомогою гістологічного та гістохімічного методів дослідження.

Результати. При віддалених дослідженнях через 18 та 36 міс ознак рецидиву кіст і пухлинного процесу в нирках не виявлено. Ознак пухлинного процесу в лімфатичних вузлах або в інших органах у ці терміни дослідження також не виявлено. Видалення кіст і пухлин приводить у віддалені терміни після оперативного втручання до значного поліпшення кровообігу в нирках.

Заключення. Органозберігальна резекція частини нирки, ураженої кістозними пухлинами категорії III–VI за Bosniak, є сучасним ефективним методом лікування і повинна бути альтернативою оперативного видалення уражених нирок у таких хворих.

Ключові слова: органозберігальні операції, кістозні пухлини нирок, віддалені результати.

Long-term results of organ-preserving surgeries for removal of cystic kidney tumors of category III–VI according to Bosniak

О.М. Кваша, О.М. Ухаль, М.І. Ухаль

The objective: to study the long-term results of organ-preserving surgeries when removing cystic kidney tumors of category III – VI according to Bosniak.

Materials and methods. The study was carried out with the participation of 16 patients with verified cystic renal tumors of the category III – VI according to Bosniak. Indications for surgery were: clinical manifestations, laboratory, ultrasound, Doppler and radiation methods (MSCT with bolus contrast or MRI). The diagnosis of renal tumor process was also confirmed using histological and histochemical research methods.

Results. Long-term studies after 18 and 36 months showed no signs of recurrence of cysts or tumor process in the kidneys. Signs of a tumor process in the lymph nodes or in other organs during these periods of the study were also not found. Removal of cysts and tumors in the long term after surgery leads to a significant improvement in blood circulation in the kidneys.

Conclusion. Organ-preserving resection of a part of the kidney affected by Bosniak category III – VI cystic tumors is a modern effective method of treatment and should be an alternative to surgical removal of affected kidneys in such patients.

Keywords: organ-saving operations, cystic kidney tumors, long-term results.

Отдаленные результаты органосохраняющих операций при удалении кистозных опухолей почек категории III–VI по Bosniak

А.Н. Кваша, Е.М. Ухаль, М.И. Ухаль

Цель исследования: изучение отдаленных результатов органосохраняющих операций при удалении кистозных опухолей почек категории III–VI по Bosniak.

Материалы и методы. Исследование проведено с участием 16 больных с верифицированными кистозными опухолями почек категории III–VI по Bosniak. Показаниями к оперативному вмешательству были: клинические проявления, лабораторные, ультразвуковые, доплерографические и лучевые методы (МСКТ с болусным контрастированием или МРТ). Диагноз опухолевого процесса почек также подтверждали с помощью гистологического и гистохимического методов исследования.

Результаты. При отдаленных исследованиях через 18 и 36 мес признаков рецидива кист и опухолевого процесса в почках не выявлено. Признаков опухолевого процесса в лимфатических узлах или в других органах в эти сроки исследования также не обнаружено. Удаление кист и опухолей приводит в отдаленные сроки после оперативного вмешательства к значительному улучшению кровообращения в почках.

Заключение. Органосохраняющая резекция части почки, пораженной кистозными опухолями категории III–VI по Bosniak, является современным эффективным методом лечения и должна быть альтернативой оперативного удаления пораженных почек у таких больных.

Ключевые слова: органосберегающие операции, кистозные опухоли почек, отдаленные результаты.

Відомо, що кістозні пухлини нирок можуть становити 10–15% серед злоякісних пухлин нирок [1, 2]. Широке використання, в тому числі шляхом скринінгових досліджень, сучасних променевих методів діагностики – ультразвукографії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії дає можливість діагностувати кістозні новоутворення нерідко ще на доклінічній стадії захворювання [3, 4]. Це дозволяє більш широко використовувати у цих хворих органозберігальні оперативні втручання шляхом резекції нирки, ураженої пухлинним процесом [2, 5].

Мета дослідження: вивчення віддалених результатів органозберігальних операцій при видаленні кістозних пухлин нирок категорії III–VI за Bosniak.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено за участю 16 хворих з верифікованими кістозними пухлинами нирок категорії III–VI за Bosniak.

Показаннями до оперативного втручання були: клінічні прояви, лабораторні, ультразвукові, доплерографічні та

Розподіл хворих залежно від віку та статі

Стать	Кількість хворих та їх вік (у роках)				Усього
	До 20, абс. число	20–39, абс. число	40–59, абс. число	60–75, абс. число	
Чоловіки	-	-	4	5	9 (56,3%)
Жінки	-	-	2	5	7 (43,7%)
Усього	-	-	6	10	16

Таблиця 2

Клінічні прояви, зумовлені пухлинами та кістами нирок

Клінічні прояви	Кількість хворих, n=16	Усього
Артеріальна гіпертензія	14	87,5%
Головний біль	10	62,5%
Тупий біль у попереку	6	37,5%
Ниркова колька	1	6,3%
Лейкоцитурія	3	18,8%
Гематурія	10	62,5%
Асимтоматичний перебіг	4	25,0%

променеві методи (МСКТ з болюсним контрастуванням або МРТ). Діагноз пухлинного процесу нирок також підтверджували за допомогою гістологічного та гістохімічного методів дослідження.

Вік хворих коливався від 42 до 74 років. Віковий та гендерний склад досліджуваної групи хворих наведені в табл. 1.

Із наведених у табл. 1 даних видно, що чоловіки становили більшість серед хворих, а кістозні пухлини нирок частіше виявляли у пацієнтів віком старше 60 років.

У всіх хворих при клінічному розборі планувалося проведення відкритого органозберігального оперативного втручання – видалення стінок кіст і резекція частини нирки, ураженої пухлиною. Резекцію нирки і одночасне видалення кісти виконували під загальною анестезією. Операцію виконували в положенні хворого на здоровому боці, під який підкладається валик. Розріз проводили в поперековій ділянці. Пошарово через одинадцять міжребір'я розкривали заочеревинний простір і здійснювали доступ до нирки. Висікали кісту нирки. У 15 хворих виділяли ниркову ніжку і накладали на кровоносні судини спеціальний турнікет. Проводили клиноподібну резекцію частини нирки разом із пухлиною (при локалізації пухлини в центральній зоні) відступаючи від краю пухлини на 1 см. При локалізації пухлин на полюсах нирок проводили резекцію полюсу. Рану нирки зашивали, поступово зближуючи краї нирки по Айвазяну. За наявності великої зони резекції на швиту рану нирки накладали гемостатик Тахокомб. Тривалість теплової ішемії не перевищувала 15 хв (у середньому – 12,3±1,9 хв). До місця резекції підводили дренажну трубку для контролю відокремлюваного з ділянки операції у післяопераційному періоді. Рану пошарово зашивали. Ускладнення під час резекції нирки не відзначали. Дренажну трубку з рани видаляли зазвичай через кілька днів, якщо по ній вже не було виділень. Шви зі шкіри знімали на 9–10 добу після операції.

В одного хворого з підковоподібною ниркою, ураженою пухлиною і кістою за добу до оперативного втручання проводили суперселективну емболізацію судин, які доставляли потік крові до частини нирки, ураженої пухлиною.

Клінічний випадок

Хворий Л., 53 років. Під час скринінгового УЗД органів черевної порожнини було виявлено асимптоматичну малу пухлину і кісту правої половини підковоподібною нирки. Кіста розташовувалась у центральній зоні по латеральному краю правої половини нирки розміром 35×36 мм. Пухлина знаходилась у верхньому полюсі нирки розміром 30×35 мм. Для диференційної діагностики характеру кістозного і пухлинного процесу хворому виконана доплерографія і МРТ з болюсним контрастуванням. Було встановлено, що пухлина добре кровопостачається зі змінням щільності ниркової тканини з 30 до 60 од. Магістральне кровопостачання підковоподібною нирки представлено розсіпним типом артерій. Щільність оболонки кісти та її рідинного змісту не перевищувала до і після болюсного контрастування 10 од.

За добу до запланованого проведення резекції ниркової тканини, ураженої пухлиною, хворому проведена ангіографія судин підковоподібною нирки і суперселективна катетеризація гілки артерії, яка кровопостачала пухлину, з одночасним виконанням хіміоемболізації пухлини нирки (ліпіодолом 2 мл + доксірубіцином 1 мл) зі спиртовою доемболізацією. З поперекового доступу під загальною анестезією виконана резекція оболонки кісти і ниркової тканини, ураженої пухлиною.

Під час виділення правої половини підковоподібною нирки встановлено, що ішемія ниркової тканини поширювалася від 1 до 1,5 см від краю пухлини. Резекція нирки виконана в межах зони ішемії. При цьому кровотеча не перевищувала 30 мл. На раньову поверхню нирки накладена пластина Тахокомбу. Рану дренивали і пошарово ушивали. Цей приклад свідчить, що, попередня суперселективна хіміоемболізація судин малої пухлини підковоподібною нирки є ефективним способом профілактики інтраопераційної кровотечі при резекції ниркової тканини, ураженої пухлиною, без перетискання магістральних ниркових судин і теплової ішемії нирки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні прояви пухлин нирок у сполученні з кістами та їхня порівняльна частота наведені в табл. 2.

Стан кількісних показників ниркового кровообігу до і після оперативного втручання

Група пацієнтів	Кровообіг у нирках до операції, n=15		Кровообіг у нирках через 36 міс після операції, n=15	
	Максимальна систолічна швидкість (Amax; м/с) у нирках без кіст: 0,244±0,022	Максимальна діастолічна швидкість (Amin; м/с) у нирках без кіст: 0,060±0,004	Максимальна систолічна швидкість (Amax; м/с) у нирках без кіст: 0,250±0,023	Максимальна діастолічна швидкість (Amin; м/с) у нирках без кіст: 0,052±0,031
Сполучення кіст нирок та пухлин	0,181±0,011*	0,028±0,005*	0,224±0,011**	0,042±0,003**

Примітки: * – різниця статистично достовірна порівняно із кровообігом у здоровій нирці (P<0,05); ** – різниця статистично достовірна порівняно з кровообігом до оперативного втручання (P<0,05).

З наведених даних видно, що серед клінічних проявів кіст із сполученнями з пухлинами найбільш часто була артеріальна гіпертензія та головний біль – у 87,5% хворих. У 62,5% пацієнтів фіксували гематурію. Надзвичайно важливим є той факт, що у 25% осіб перебіг кіст із сполученнями з пухлинами був безсимптомним, а в їхньому виявленні на першому етапі зіграло скринінгове УЗД.

У більшості випадків кісти в нирках, уражених пухлинами, мали розміри від 4 до 4,5 см у діаметрі і локалізувались як субкортикально, так і в інтрапаренхіматозній зоні (рисунки).

Післяопераційний період у всіх хворих загалом перебігав легко. Середній післяопераційний ліжко-день становив 11,9±2,1. При гістологічному дослідженні видалених кістозних пухлин частіше всього фіксували помірно диференційований G2 світлоклітинний рак.

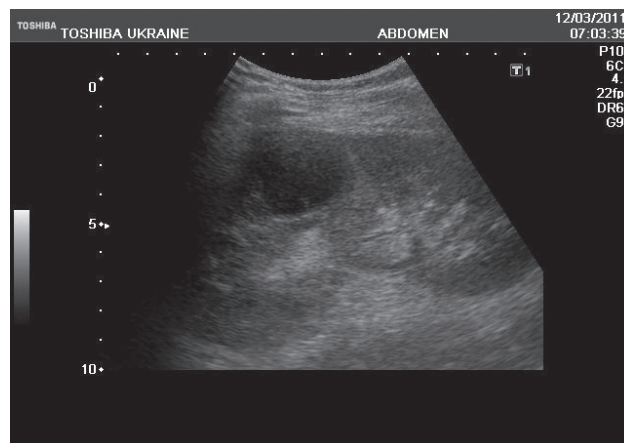
При віддалених дослідженнях через 18 та 36 міс ознак рецидиву кіст і пухлинного процесу в нирках не виявлено. Ознак пухлинного процесу в лімфатичних вузлах або в інших органах у ці терміни дослідження також не виявлено.

Зміни кількісних показників ниркового кровообігу до і через 36 міс після оперативного втручання наведено в табл. 3.

Із наведених у табл. 3 даних видно, що видалення кіст і пухлин приводить у віддалені терміни після оперативного втручання до значного поліпшення кровообігу в нирках.

За даними ізотопної реографії через 36 міс після видалення кіст і пухлин нирок разом з поліпшенням кровообігу в нирках значно покращувалась секреторно-екскреторна функція нирок.

Отже, виконання органозберігальних операцій при ви-



Хвора Т., 58 років. КТ. Пухлина та інтрапаренхіматозна кіста правої нирки

далені кістозних пухлин нирок категорії III–VI за Bosniak є ефективним і безпечним методом лікування.

ВИСНОВКИ

Органозберігальна резекція частини нирки, ураженої кістозними пухлинами категорії III–VI за Bosniak, є сучасним ефективним методом лікування і повинна бути альтернативою оперативного видалення уражених нирок у таких хворих.

Сведения об авторах

Кваша Александр Николаевич – Одесский национальный медицинский университет, 65089, г. Одесса, пер. Валиховский, 2; тел.: (067) 486-84-95. E-mail: kanuro@mail.ru

Ухаль Елена Михайловна – Одесский национальный медицинский университет, 65089, г. Одесса, пер. Валиховский, 2

Ухаль Михаил Иванович – Одесский национальный медицинский университет, 65089, г. Одесса, пер. Валиховский, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зубарев А.В., Насникова И.Ю., Козлов В.П. Современная ультразвуковая диагностика объемных образований почек // 3-й съезд Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине: Тезисы докладов. Москва. 25–28 октября 1999 г. – С. 117–119.
2. Bosniak M.A. Problems in the radiologic diagnosis of renal parenchymal tumors. Urol. Clin. NorthAm. 1993; 20(2): 217-230.
3. Савченко А.П., Пхакадзе Е.Г., Мамаев В.В. Возможности выявления бессимптомных кист почек при компьютерной томографии. // Вестник рентгенологии и радиологии. 1991, № 2. – С. 34–36.
4. Siegel C.L., McFarland E.G., Brink J.A. et al. CT of cystic renal masses. Analysis of diagnostic performance and interobserver variation // Am.J.Roentgenol. – 1997. – Vol. 169. – P. 813–818.
5. Теодорович О.В., Кадыров З.А., Забродина Н.Б. Некоторые особенности диагностики и ретроперитонеоскопическое лечение простых, гигантских, многокамерных и осложненных кист почек // Сб.: Актуальные вопросы онкоурологии, Уфа, 2003. – С. 42–43.

Статья поступила в редакцию 07.07.2020