

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616.61-007.21:616.146.2]-089/87

Ю.В. Думанський¹, А.Г. Кудряшов¹, А.В. Башеев²

НЕФРЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ФРАГМЕНТА ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПЕРЕВЯЗКОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКИ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,²Донецкий областной противоопухолевый центр

Лечение рака почки, осложненного тромбозом полой вены, широко обсуждается в литературе [1-4]. Однако, в большинстве случаев, речь идет об удалении опухолевого тромба различной степени распространенности. К сожалению, встречаются тромбы полой вены, прорастающие интиму. При их удалении возникает необходимость удаления интимы сосуда, что всегда приводит к образованию рецидива тромба. Резекция или удаление полой вены на значительном протяжении требует перевязки (или иссечения при ее тромбозе) почечной вены остающейся почки. Однако, как правило, при росте тромба в полой вене, постепенно развивается коллатеральный кровоток, что не приводит к нарушению оттока крови от остающейся почки.

В литературе имеются единичные сообщения о нефрэктомии и удалении фрагмента полой вены [1-9]. Приводим свое наблюдение.

Больной П., 1948 г.р., находился на лечении в урологическом отделении № 1 ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр» с 22.03.2010 г. по 20.04.2010 г., с диагнозом: рак правой почки, $T_{3b}N_2M_0$, mts в забрюшинные лимфатические узлы, тромб в нижней полой вене, II клиническая группа.

Пациент поступил в отделение с жалобами на периодические боли в пояснице справа, общую слабость, быструю утомляемость.

При ультразвуковом исследовании по месту жительства выявлено образование правой почки до 19,5×15,0 см.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное; живот симметричный, мягкий, активно участвует в акте дыхания; визуально определяется выраженная веноз-

ная сеть; при пальпации живот болезненный в правых отделах; всю правую половину живота занимает ограниченно подвижная плотная опухоль до 20,0×15,0 см в диаметре.

В отделении пациент дообследован.

На спиральной компьютерной томографии (СКТ) органов брюшной полости и малого таза выявлено образование правой почки 16,8×14,5×22,0 см в диаметре, сдавливающее двенадцатиперстную кишку и восходящий отдел ободочной кишки. На уровне $Th_{12}-L_1$ в нижней полой вене образование 8,4×4,3 см в диаметре, протяженностью 6,0 см – тромб. Определяются увеличенные забрюшинные лимфатические узлы, формирующие конгломерат до 4,8×3,8 см в диаметре (паравазально на уровне Th_{11}). Функция правой почки отсутствует, левой не нарушена.

СКТ органов грудной клетки патологию не выявила. При фиброэзофагогастроуденоскопии и фиброколоноскопии патология также не выявлена.

В анализах крови наблюдалась умеренная анемия, уровень азотистых шлаков в пределах нормы, общий анализ мочи без патологии.

Пациент подготовлен к оперативному лечению.

30.03.2010 г. больной оперирован. Интраоперационно при ревизии органов брюшной полости выявлена опухоль правой почки до 15×20 см в диаметре, вовлекающая в процесс лоханку почки и надпочечник. Паракавальные и аортокавальные лимфатические узлы, плотные, сливающиеся в конгломерат, размерами 4,0×5,0 см в диаметре.

Опухоль вовлекает в процесс нижнюю полую вену, в которой определяется плотный

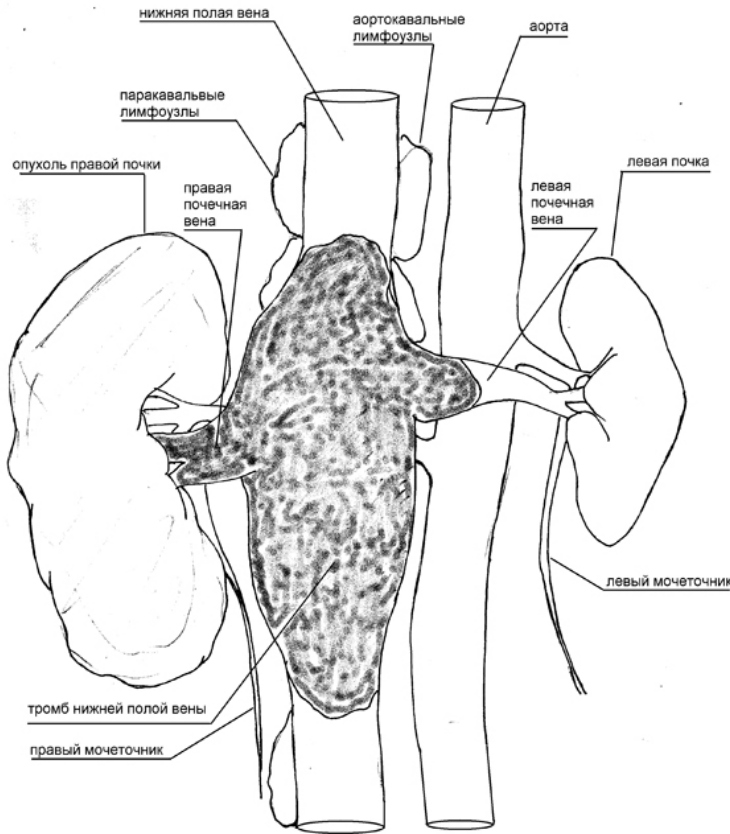


Рис. 1. Схема расположения опухоли правой почки и тромба полой вены.

неподвижный тромб, булавовидно расширяющий последнюю, размерами 8,0×8,0 см в диаметре. Ниже тромба полая вена расширена до 6,0 см, выше тромба вена спавшаяся. Печеночные вены расположены в 5,0 см от верхушки тромба. В брюшной полости определяется сеть варикозно расширенных вен, как справа, так и слева, диаметром до 1,0 см.

С техническими трудностями удалена правая почка с надпочечником, с перевязкой почечных сосудов у стенки полой вены. Выше, а также ниже тромба, на нижнюю полую вену, а также на почечную вену слева наложены турникеты. Полая вена вскрыта над тромбом. При дальнейшей ревизии выявлено – опухолевый тромб прорастает интиму, полностью облитерирует просвет полой вены и левой почечной вены, кровотока по этим сосудам нет. Схема расположения опухоли правой почки и тромба полой вены представлены на рисунке 1.

При попытке удаления тромба из нижней полой вены последний удаляется вместе с интимой. В этой связи, учитывая опасность воз-

никновения повторного тромба, а также наличие выраженного коллатерального кровотока и отсутствие кровотока по полой вене и левой почечной вене решено выполнить резекцию участка полой вены проксимально – ниже отхождения печеночных вен, дистально – на 3,0 см ниже нижнего края тромба, всего до 9,0 см по длине полой вены. Что и было выполнено, с прошиванием и перевязкой дистального и проксимального отрезков полой и левой почечной вен (рис. 2.). Произведено удаление описанного при ревизии конгломерата лимфатических узлов. Через срединную рану, а также через дополнительный разрез в правой поясничной области подведены марлевые и резиновые дренажи. Брюшина по правому фланку восстановлена отдельными швами. Срединная рана послойно ушита до дренажа.

Патолого-гистологическое заключение № 10671-10677 от 07.04.2010 – почечно-клеточный рак прорастает капсулу почки; тромботические мас-

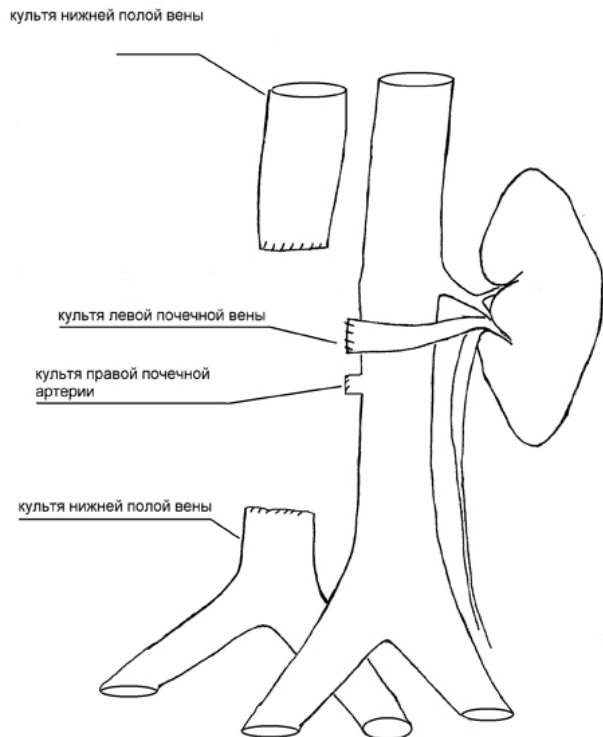


Рис. 2. Схема выполненной операции.



Рис. 3. Послеоперационное расширение вен передней брюшной стенки.

сы представлены опухолевой тканью, прорастают интиму полых вен; в лимфатических узлах метастазы почечно-клеточного рака; Ткань надпочечника без особенностей.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная инфузионная терапия. В связи с выраженной анемией, гипопротемией многократно проводились гемотрансфузии препаратов крови.

На 9 сутки после операции был удален марлевый тампон через срединную рану, на 13 сутки удален тампон из правой поясничной области и удалены дренажи. Рана зажила первичным натяжением.

В удовлетворительном состоянии пациент был выписан из отделения.

С профилактической целью пациенту были назначены курсы иммунотерапии – Эберон по 30 млн. ЕД на курс, интервал между курсами 3 недели.

В течение первой недели после операции отмечались умеренно выраженные отеки нижних конечностей и усиление кровенаполнения расширенных вен брюшной стенки, по

поводу чего производили бинтование нижних конечностей и ношение эластичного пояса. К моменту выписки отмечалась умеренная пастозность нижних конечностей.

Больной осмотрен через 3 месяца после операции – данных в пользу продолжения болезни нет, клинические и биохимические анализы в норме, отмечается умеренная пастозность нижних конечностей.

Последний осмотр больного проведен 18.07.2011 г. Состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Данных за продолжение болезни при спиральной компьютерной томографии не выявлено. Убедительных свидетельств о наличии венозной недостаточности нет. Отсутствует расширение вен семенного канатика, нет отеков нижних конечностей. Однако, имеет место расширение подкожных вен передней брюшной стенки справа (рис. 3.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Тромбэктомия у больных раком почки / М.И. Давыдов // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – Ч. 1. – С. 158-161.
2. Давыдов М.И. Хирургическое лечение рака почки, осложненного венозной инвазией (пособие для врачей) / М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев, Б.П. Матвеев. – М., 2003. – 24 с.
3. Матвеев В.Б. Хирургическое лечение осложненного венозной инвазией и метастатического рака почки: дисс. докт. мед. наук. – М., 2001. – 233 с.
4. Переверзев А.С. Оперативное лечение рака почки с инвазией опухолевого тромба в нижнюю полую вену / А.С. Переверзев // Урология и нефрология. – 1995. – № 6. – С. 10-16.
5. Переверзев А.С. Диагностика и лечение рака почки с метастазами в оба надпочечника и прорастанием в полую вену / А.С. Переверзев, А.А. Андреев // Вестник хирургии. – 1990. – № 6. – С. 53-55.
6. A case of adult Wilms tumor with vena caval involvement / K. Baba, O. Yamaguchi, M. Nomiya [et al.] // Hinyoika. Kyo. – 1995. – Vol. 41., № 5. – P. 369-372.
7. Bihrl R. Renal cell cancer with extension into the vena cava / R. Bihrl, J.A. Libertino // Tumors of the kidney. – Baltimore: Williams & Wilkins. – 1986. – P. 111-123.
8. Ciancio G. The use of natural veno-venous bypass during surgical treatment of renal cell carcinoma with inferior vena cava thrombus / G. Ciancio, M. Soloway // Am. Surg. – 2002. – Vol. 68., № 5, – P. 488-490.
9. Management of renal cell carcinoma with level III thrombus in the inferior vena cava / G. Ciancio, A. Vaidya, M. Savoie, M. Soloway // J. Urol. – 2002. – Vol. 168., № 4. – P. 1374-1377.

Стаття надійшла 03.09.2011