

# ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ УРОЛОГ ОБ ВНЕОРГАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>, В.Н. Краснов<sup>3</sup>, Г.В. Даниленко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «ДМА МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «ДГБ №12» ДГС

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДОС

Забрюшинные внеорганные опухоли относятся к редкой патологии и составляют 0,2% по отношению ко всем опухолям человека. Чаще болеют пациенты молодого и среднего возраста (21–50 лет).

Наибольшее распространение получила классификация опухолей забрюшинного пространства, основанная на гистогенетическом принципе:

I. Опухоли мезодермального происхождения:

а. опухоли из жировой ткани:

- 1) доброкачественные – липомы;
- 2) злокачественные – липосаркомы;

б. опухоли из гладких мышц:

- 1) доброкачественные – лейомиома;
- 2) злокачественные – лейомиосаркома;

с. опухоли из соединительной ткани:

- 1) доброкачественные – фиброма;
- 2) злокачественные – фибросаркома;

д. опухоли из поперечных полосатых мышц:

- 1) доброкачественные – рабдомиома;
- 2) злокачественные – рабдомиосаркома;

е. опухоли из кровеносных сосудов:

- 1) гемангиома и ангиосаркома;
- 2) гемангиоперицитомы – доброкачественная и злокачественная;

ф. опухоли из лимфатических сосудов:

- 1) доброкачественные – лимфангиома;
- 2) злокачественные – лимфангиосаркома;

г. опухоли из первичной мезенхимы:

- 1) доброкачественные – миксома;
- 2) злокачественные – миксосаркома;

h. опухоли недифференцированные, неясного происхождения – ксантогранулемы.

II. Опухоли нейрогенного происхождения:

а. опухоли из закладок нервных влагаллищ:

- 1) нейрофиброма, без капсулы;
- 2) инкапсулированная нейролеммома;
- 3) злокачественная нейролеммома (злокачественная шваннома);

б. опухоли из тканей симпатической нервной системы:

- 1) ганглионеврома;
- 2) симпатобластома;

3) нейробластома;

с. опухоли из гетеротопных тканей коры надпочечников и хромаффинных тканей:

- 1) рак из клеток надпочечника;
- 2) злокачественная нейромаффинная парагангиома;
- 3) парагангиома;
- 4) активная феохромоцитома.

III. Опухоли из эмбриональных остатков почки:

а. злокачественные и доброкачественные тератомы;

IV. Злокачественные опухоли метастатического характера.

Развиваясь в свободной клетчатке забрюшинного пространства, эти новообразования постепенно могут достигать значительных размеров без каких-либо клинических проявлений, сдавливая прилегающие органы. В одних случаях развиваются расстройства мочеиспускания, в других – явления кишечной непроходимости, поражения нервов в виде стойкой боли в брюшной полости, поясничном отделе, нижних конечностях.

Иногда первыми признаками заболевания является лимфогенный стаз в одной или обеих нижних конечностях, вторичное варикоцеле.

Общее состояние больных, даже при наличии больших опухолей, остается длительное время удовлетворительным. Быстрая утомляемость, слабость, потеря массы тела, повышения температуры тела, явления интоксикации свидетельствуют о длительном процессе.

Боль в животе является одним из ранних симптомов, наиболее характерна для опухолей небольших размеров, расположенных паравертебрально, в полости малого таза. Боль возникает в случае сдавливания опухолью нервов, которые идут от поясничного или крестцового сплетения, а также при условии растяжения париетального листка брюшины.

Определение опухоли во время пальпации живота является очень ценным клиническим симптомом, который чаще выявляется в случае злокачественных опухолей.

Нарушения венозного и лимфатического оттока клинически проявляются увеличением объема нижней конечности на стороне поражения, болью, расширением подкожных вен передней брюшной стенки.

Симптомы кишечной непроходимости, предопределенные экстраорганным сдавлением, проявляются раньше на фоне новообразований, которые располагаются в нижних отделах левой половины забрюшинного пространства. В случае опухолей этой локализации наблюдается боль, которая иррадирует в поясничную область, прямую кишку, паховую область и нижние конечности.

Для опухолей тазовой локализации характерно длительное и чаще бессимптомное начало развития заболевания, в связи с чем ранняя диагностика имеет значительные трудности. Неорганные забрюшинные опухоли малого таза не имеют специфических диагностических признаков, которые отличают их от опухолей или опухолевых заболеваний этой же локализации.

Одним из самых ранних симптомов первичных неорганных опухолей малого таза есть боль внизу живота, которая наблюдается приблизительно в 50% случаев и чаще имеет постоянный характер. Ранними клиническими симптомами являются также нарушения дефекации и мочеиспускания. Отеки и расширения подкожных вен нижних конечностей наблюдаются обычно на фоне злокачественных опухолей.

Иррадиация боли в одну или обе нижние конечности предопределена давлением опухоли на корешки пояснично-крестцового сплетения, что необходимо учитывать во время дифференциальной диагностики неорганных опухолей малого таза и пояснично-крестцового радикулита.

Симптомом, который наблюдается почти у всех больных с первичными неорганными опухолями малого таза, является определение опухоли во время пальпации через прямую кишку или влагалище. Забрюшинные опухоли тазовой локализации могут способствовать возникновению промежностных грыж.

Диагноз заболевания уточняется после выполнения рентген-урологического исследования. Особенное место в диагностике забрюшинных новообразований занимает ультрасонография, а также аортография, ангиография, кавография, внутривенная экскреторная урография, иригоскопия, компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием с целью исключения метастазов в органы брюшной полости, легкие, кости таза и позвоночника.

Ни один из перечисленных методов исследования не позволяет определить гистологическую структуру новообразования, что необходимо для выбора метода лечения, особенно лучевого и химиотерапевтического.

Чрезкожную аспирационную пункционную биопсию осуществляют в случае расположения забрюшинной опухоли на боковых стенках таза. В случае тазового расположения опухоли применяют пункционную биопсию через заднюю стенку влагалища или путем прокола ишио-ректального участка. Помогают проводить прицельную биопсию эхография и компьютерная томография.

Пункционная биопсия позволяет уточнить характер процесса и определить морфологическое строение новообразования.

Основным методом лечения является хирургический. Операбельность при неорганных забрюшинных опухолях остается низкой. Операции удается выполнить лишь у 20–30% больных. Рецидивы возникают часто – у 35–50% оперированных.

Лучевая терапия. Лучевой метод лечения применяют у неоперированных больных в поздних стадиях заболевания.

В настоящее время показания к лучевой терапии забрюшинных опухолей значительно расширены. Рентгенотерапия фибросарком, оперативное удаление которых было невозможным, значительно продлевает жизнь больным. Предварительная лучевая терапия кажущихся неоперабельными опухолей (типа фибросарком, липосарком, миксосарком) может в некоторых случаях уменьшить их настолько, что они становятся доступными к удалению.

Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов с неорганными забрюшинными опухолями в возрасте от 32 до 72 лет, из них 6 мужчин и 3 женщины. Оперативное вмешательство удалось выполнить 6 пациентам. У 2 пациентов из-за выраженного спаечного процесса опухоли с мышцами забрюшинного пространства удалить основной очаг не удалось. Биопсия – фибросаркома. У пациента Ф. (70 лет) обнаружена запущенная неорганная злокачественная опухоль левой половины малого таза с резко выраженным левосторонним варикоцеле и значительным увеличением в объеме левой нижней конечности из-за сдавления сосудов в тазу. Несмотря на консультации в разных онкоцентрах нашей страны план лечения ему выработан не был. По настоянию пациент консультирован в одной из онкоурологических клиник в Израиле, где ему было проведено несколько

курсов специальной лучевой терапии. В результате лечения исчезла опухоль пальпаторно и при КТ исследовании, исчез лимфостаз левой нижней конечности, прошли явления левостороннего варикоцеле. Пациент находится под наблюдением 5 лет. У трех оперированных пациентов гистологически обнаружена феохромоцитомы. У двух пациентов — миксосаркома. У одного пациента — липосаркома. У трех оперированных пациенток оказались недифференцированные неорганные опухоли малого таза со сдавлением мочеточников, мочевого пузыря, матки и

придатков. Выполнено удаление опухолей, экстирпации матки и придатков. В послеоперационном периоде в течение длительного времени не восстанавливался произвольный акт мочеиспускания, моча выводилась путем дренирования мочевого пузыря через уретру. Пятилетняя выживаемость 20%.

Отдаленные результаты лечения при первичных внеорганных забрюшинных злокачественных опухолях малоутешительны, 5-летний срок переживают не более 10–15% перенесших радикальные операции.

## ТАКТИКА УРОЛОГА И ГИНЕКОЛОГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*В.П. Стусь<sup>1</sup>, И.М. Русинко<sup>2</sup>, Е.Н. Лось<sup>2</sup>, Н.Ю. Полион<sup>1</sup>,  
В.Н. Краснов<sup>3</sup>, Е.П. Украинец<sup>3</sup>, Е.А. Квятковский<sup>5</sup>, В.А. Леончик<sup>4</sup>, Г.В. Даниленко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГУ «ДМА МЗ Украины»

<sup>2</sup> КУ «ДГБ №12» ДГС

<sup>3</sup> КУ «Днепропетровская ОКБ им. Мечникова» ДООС

<sup>4</sup> КУ «Новомосковская ЦРБ» ДООС

<sup>5</sup> КУ «Днепропетровская 9 ГКБ» ДООС

При беременности увеличивающаяся в размерах матка постепенно начинает мешать окружающим ее органам. Каждая беременность сопровождается рядом определенных изменений в работе почек. Это выражается в усилении почечного кровотока и клубочковой фильтрации примерно на 35–40%.

На протяжении беременности претерпевает изменения и диурез — от увеличения в 1-м триместре, нормальных значений во 2-м до уменьшения в 3-м.

Также для большинства беременных характерно расширение полостной системы почек и мочеточников, начинающееся в 1-м триместре, достигающее максимальных значений ближе к 6–7-му мес. и остающееся иногда вплоть до 12–14-й нед. после родов.

Беременность, как правило, создает благоприятные условия для развития и прогрессирования острого пиелонефрита. К этому приводят нарушение уродинамики верхних мочевых путей и наличие лоханочно-почечных рефлюксов.

Одним из главных факторов развития острого пиелонефрита у беременных считается бактериурия. У первобеременных преобладает мономикробная мочевая инфекция, а у повторно беременных — смешанная бактериальная флора.

Существует прямо пропорциональная зависимость вероятности развития пиелонефрита от степени выявляемой бактериурии. Чаще острый пиелонефрит развивается во 2-й половине беременности — у первобеременных на 4–5-м мес., а при повторных родах — на 6–7-м мес. беременности. При появлении воспаления почек в 1-е месяцы беременности можно думать о его существовании в дородовой период.

Помощь в постановке диагноза традиционно оказывают данные общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследований.

Острый пиелонефрит беременных входит в состав инфекций мочевыводящих путей (ИМП). ИМП — это группа заболеваний, сопровождающихся микробной колонизацией в моче (свыше 10 000 колоний микроорганизмов в 1 мл мочи) или микробной инвазией с развитием инфекционного процесса от наружного отверстия уретры до коркового слоя почек.

Каждая третья беременная переносит эпизод ИМП. Есть несколько факторов риска, predisposing к развитию ИМП во время беременности. Факторы, осложняющие течение ИМП, многообразны. Признаком осложненной инфекции является нарушение уродинамики,