

сечового міхура виконання циторедуктивної цистектомії клінічно ефективна. Пацієнти, які перенесли передопераційну хіміотерапію та які мали нижчу кількість метастатичних сайтів, мали

значно кращі результати виживаності, кращу якість життя, отримані результати свідчать про перспективи комбінованої терапії при метастатичному раку сечового міхура.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО МЕТАТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ ТА ПОРОЖНИСТОЇ ВЕН

В.І. Десятерик, О.В. Давиденко, І.Б. Білий, С.В. Мойсеєнко

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 2»*

Вступ. До недавнього часу хірургічне лікування пацієнтів з нирково-клітинним раком вважалось недоцільним. Методики видалення пухлинних тромбів, особливо при їх поширеності в ретропечінковий відділ нижньої порожнистої вени завжди асоціюються з кровотечею та тромбоемболічними ускладненнями. НКР зустрічається в 2–3% серед усіх видів злоякісних пухлин із високим рівнем захворюваності в Європейських країнах.

Щороку кількість пацієнтів з ускладненим тромбозом НКР в Україні зростає, про це свідчать дані Національного канцер-реєстру, в останні роки захворюваність на НКР становить 11,7 на 100 тис. населення. Куріння, чоловіча стать та вік ось три важливих фактори ризику розвитку НКР.

Венозна інвазія зустрічається в 4–10% хворих, в 60% із яких тромб виходить за межі ниркової вени в просвіт НПВ. Слід зазначити, що тромботичні ускладнення НКР частіше безсимптомні.

У серії із 55 хворих (за Takaawa), оперованих в університетській клініці Кобе 2005 р. три- та п'ятирічне виживання склало 51,4 та 30,3% відповідно при післяопераційній летальності 3,6%.

В умовах нашого багатопрофільного лікувального закладу методика хірургічного лікування: нефректомія та видалення пухлинних тромбів з НПВ – це єдиний ефективний метод лікування цієї категорії хворих, і від того, настільки організовано надання спеціалізованої допомоги, залежить життя цієї категорії хворих. Взагалі діагностика та оперативне лікування НКР ускладнених метатромбозом НПВ можливо віднести до категорії нестандартних ситуацій в хірургії, з урахуванням важкого стану в сучасній

організації надання допомоги онкологічним хворим.

Мета дослідження: оптимізація лікувальної тактики на основі аналізу результатів хірургічного лікування НКР, ускладненого метатромбозом ниркової вени та НПВ.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів клінічного обстеження, лабораторних показників, сучасних інструментальних методів діагностики та інтраопераційних спостережень хірургічного лікування 12 хворих з ускладненим метатромбозом НКР, та вивчені результати різних підходів до підготовки та строків хірургічного лікування цих хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в Криворізькій міській клінічній лікарні № 2, яка є клінічною базою факультету післядипломної освіти Дніпропетровської медичної академії. Із 12 хворих, у період з 2016 до 2018 року, яким виконали нефректомію з метатромбектомією з НПВ, чоловіків було 9 (75%), жінок 3 (25%) віком від 54 до 76 років (середній вік 63,5 +5,3 року). Пухлини правої нирки мали місце у 8 (66,6%), тоді як лівої – у 4 (33,3%) хворих. У симптомах, які клінічно спостерігались в цій категорії хворих, переважали прояви росту пухлини: біль в попереку 7 (58,3%), гематурія 8 (66,6%) в 1 (8,3%) випадку наявність пульсуючого утворення в зоні пупка. Саме в цьому 1 випадку крім пухлини нирки з тромбозом НПВ була діагностована неускладнена аневризма черевної аорти розміром 9x6,5 см. При обстеженні через 6 місяців розмір аневризми виріс до 12x9,5 см. Симптоми, пов'язані з порушенням венозного відтоку гепатомегалія, та асцит виявлено у 3 (8,3%) ілеофеморальний тромбоз, який, до речі, і став причиною обстеження і виявлення НКР спостерігались у 4 (33,3%) хворих.

Обсяг обстежень складав УЗД органів черевної порожнини, нирок та доплерографію судин нирок з оцінкою ниркового кровотоку, ЕХО-кардіографію, СКТ або МРТ з в/в контрастним підсиленням органів черевної та грудної порожнини, екскреторну урографію, за показаннями, якщо дозволяли показники клубочкової фільтрації та креатинін, виконували венокаваграфію (4).

Рівень поширення оклюзії ниркових вен та НПВ ми оцінювали за класифікацією клініки Мейо за модифікацією (Ciancio et al. 2002 p.): рівень I-тромб у нирковій вені, рівень IIa-тромб у каваренальному сегменті НПВ, рівень IIb-тромб у підпечінковому сегменті, рівень IIIa-тромб у ретроперитонеальному сегменті НПВ нижче головних печінкових вен; рівень IIIb-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ, але досягає гирла головних печінкових вен; рівень IIIc-тромб у ретропечінковому сегменті НПВ і поширюється над головними печінковими венами; але нижче діафрагми; рівень IIId-тромб в надпечінковому та наддіафрагмальному сегменті НПВ, але поза правими відділами серця.

Результати та їх обговорення. Для досягнення радикальності в хірургічному лікуванні НКР застосовували загальноприйняті методи: нефректомія в комбінації з метатромбектомією з басейну НПВ. При виконанні як судинного етапу операції, так і досягненні радикальної та розширеної нефректомії використовуємо наступні принципи:

– застосування оперативного доступу, який дозволяє виконати перев'язку ниркових судин (вени та артерії) до маніпуляції на нирці (оптимальним є трансабдомінальний та торакоабдомінальний доступи);

– видалення нирки єдиним блоком з пухлиною, жировою клітковиною та фасціями;

– адреналектомія на стороні ураження при пухлинах pT3–T4 виконується незалежно від локалізації пухлини в нирці. При пухлинах T1–T2 адреналектомія виконується при підозрі метастазування в наднирник за даними УЗД або МРТ;

– лімфодисексія в повному обсязі виконується при пухлинах p T3–T4. При раку правої нирки вона включає видалення латерокавальних, передкавальних, ретрокавальних та інтер-аортокавальних лімфовузлів від діафрагми до місця розгалуження здухвинних вен. При раку лівої нирки лімфодисексія повинна включати видалення латероаортальних, преаортальних та ретроаортальних лімфовузлів від діафрагми до біфуркації аорти. При пухлинах pT1–T2 розширена лімфодисексія є методом вибору;

– при розповсюдженні пухлини на оточуючі тканини виконуються комбіновані операції з резекцією уражених органів і тканин з інтраопераційним дослідженням країв відсічення.

Виконання таких умов можливе лише зусиллями мультидисциплінарної бригади: уролога, онколога та судинного хірурга на базі кафедри, яка координує та спрямовує їх дію за сучасними стандартами, насамперед, доступними на базі державної підтримки навчальної платформи VMJ Best Practice.

Для досягнення адекватного доступу при виконанні метатромбектомії ми використовуємо лапаротомні доступи в наступній модифікації: косопоперечний підреберний доступ – 2; трансабдомінальна лапаротомія – 7; тораколапаротомія – 1; «мерседес» – 2. Середній час операції за даними нашого невеликого дослідження склав 156 хвилин. Крововтрата під час операції склала 300–1500 мл (середня – 450 мл).

Задовільний результат за даними нашої клініки відзначений в 9 (75%) хворих цієї патологією. Різноманітні ускладнення виникли в 3 (25%) хворих. Ускладнення розподілились наступним чином: ТЕЛА 1 (8,3%); гостра ниркова недостатність 1 (8,3%) саме в хворого з анеризмою черевного відділу аорти, та 1 (8,3%) гостра серцева недостатність у хворого з кровотечею при тромбозі НПВ в ретропечінковому просторі, бо не вдалося використати реінфузію з застосуванням «Cell-Saver»(7). Летальність склала 2 випадки (16,6%). Основними причинами смерті є фрагментація тромбу, яка викликає тромбоемболію легеневої артерії та масивна кровотеча з розвитком гострої серцевої недостатності. Термін спостереження в нашому закладі склав від 2 до 33 місяців. Дворічне виживання підтверджене у 66,6%.

Висновки

1. Хворим, які страждають на НКР, в тому числі з венозною інвазією, а також хворим з солітарними та одиничними метастазами повинно застосовуватись хірургічне лікування з застосуванням судинного хірурга для радикального видалення всіх локалізованих вогнищевих осередків.

Радикальні операції при місцево розповсюджених формах раку нирки, особливо з метатромбозом НПВ, як правило, можливо використовувати лише в мультидисциплінарних (багатопротільних) медичних закладах, де є бригада різноспеціалізованих фахівців: уролога, онколога, судинного хірурга, сонолога, рентгенологів СКТ або МРТ та анестезіолога, який має певний досвід операцій на судинах.