

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.61-089.87

Ю.С.Сидоренко, В.Ф.Касаткин, А.В.Снежко, М.А.Кожушко

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ С ЕЁ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»

Ключевые слова: резекция почки, аутотрансплантация, рак почки.

Выполнение органосохраняющих операций при раке почки особенно актуально при патологии контралатерального органа. При множественном поражении почки, больших размерах опухоли, особенно при локализации последней в воротах почки, такие операции нередко становятся технически сложными, сопровождаются массивной кровопотерей [1, 2]. Расширить возможности выполнения органосохраняющих вмешательств при раке почки возможно с использованием методики, включающей интраоперационное извлечение оперируемого органа из зоны его анатомического расположения, выполнение резекции в необходимом объёме вне организма, последующую аутотрансплантацию резецированного органа [1]. Активной разработкой подобных операций среди отечественных хирургов занимался Н.А.Лопаткин [5]. Операции *ex vivo* при раке почки выполняются достаточно редко [4], что связано с высокой сложностью подобных вмешательств, высоким риском осложнений, наиболее частым из которых является кровотечение в раннем послеоперационном периоде [3]. Мы имеем опыт выполнения 3 экстракорпоральных резекций. С нашей точки зрения, интерес представляет следующее клиническое наблюдение.

У больной М., 66 лет, при УЗИ брюшной полости выявлены две опухоли левой почки — в верхнем полюсе и в воротах почки, 2 и 1 см в диаметре соответственно. Поступила в клинику Ростовского научно-исследовательского онкологического института 10.11.2005 г.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляла. При реносцинтиграфии выявлено снижение выделительной функции обеих почек. Сопутствующая патология — врождённый порок сердца, незарращение

межжелудочковой перегородки, гипертоническая болезнь II стадии без декомпенсации.

Операция выполнена 16.11.2005 г. Произведена срединная лапаротомия. После мобилизации левой почки выявлены две опухоли мягко-эластической консистенции серо-белого цвета, одна из которых — до 2 см в диаметре — была в её верхнем полюсе, другая — 1 см в диаметре — локализовалась в воротах почки. Учитывая снижение функциональных возможностей контралатеральной почки, решено выполнить органосохраняющую операцию — резекцию левой почки. Принимая во внимание техническую сложность выполнения резекции почки при мультицентрическом её поражении, опасность массивного кровотечения из области ворот почки, операцию выполняли экстракорпорально. Мобилизованы и пересечены левые почечные сосуды с сохранением их максимально возможной длины. Мобилизованы подвздошные сосуды слева. Налажена система холодовой перфузии почки. Экстраорганно удалены опухоли верхнего полюса и области ворот левой почки. Раны почки ушиты узловыми швами. Почка помещена в левую подвздошную ямку и ротирована на 180 ° верхним полюсом вниз. Наложены сосудистые соустья: конец почечной вены шит в бок левой подвздошной вены, почечная артерия анастомозирована с левой внутренней подвздошной артерией «конец в конец». Гистологическое заключение — высокодифференцированный почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант. Послеоперационный период протекал гладко.

Через 6,5 мес после операции выполнена компьютерная томография брюшной полости (рисунок, а, б): левая почка расположена в области малого таза слева, ротирована. Размеры и конфигурация не изменены. Вокруг почки имеется небольшое количество осумкованной жидкости. Чашечно-лоханочная система не расширена, мочеточник извит. Экскреторная функция почки несколько снижена. Мочеточник контрастируется. Почечная артерия в проксимальном отделе анастомозирует с левой внутренней подвздошной артерией. Почечная вена анастомозирована с наружной подвздошной веной. Правая почка обычных размеров, положения и конфигурации, выделительная функция снижена.

Через 3 года после операции признаков генерализации или местного рецидива опухолевого процесса не выявлено.



Компьютерная томография больной М., 66 лет, после аутотрансплантации левой почки и экстракорпорального удаления опухолей (объяснение в тексте).

а — фронтальная проекция; б — сагиттальная проекция.

Функциональные показатели обеих почек без изменений остаются несколько сниженными.

Данное клиническое наблюдение показывает возможности использования экстракорпоральных методик операций для расширения показаний к выполнению органосохраняющих вмешательств. Достигнутые функциональные результаты обуславливают важность наличия таких операций в техническом арсенале соответствующих специализированных онкологических учреждений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Резекция почки при раке.—М.: Медицина, 2001.—224 с.
2. Крендель Б.М. Показания к экстракорпоральной хирургии почки // Урол. и нефрол.—1983.—№ 5.—С. 20–26.
3. Матвеев В.Б., Перлин Д.В., Фигурин К.Н. и др. Органо-сохраняющее лечение рака почки // Практич. онкол.—2005.—№ 3.—С. 162–166.
4. Переверзев А.С., Щербак А.Ю. Аутотрансплантация почки в клинической урологии.—Киев: Здоровье, 1989.—134 с.
5. Lopatkin N.A. Extrakorporale Nierenchirurgie // Z. Urol. Nephrol.—1983.—Bd. 76, № 12.—S. 771–774.

Поступила в редакцию 25.05.2009 г.