

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 16, №4

2017



КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.61-006.6-089

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПРИ КИСТОЗНОМ РАКЕ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

© Гринёв А.В., Сафонов Д.В., Николаев С.И.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме

Цель. Изучение целесообразности удаления кистозного новообразования почки 3-го типа по классификации Bosniak на примере рассмотренного нами клинического наблюдения.

Методика. Пациенты с кистозными новообразованиями почек подлежат лечению, зависящему от типа и размера новообразования. Выполняются различные варианты вмешательств: пункция кистозного образования со склеротерапией; открытая резекция почки, лапароскопическая резекция почки; нефрэктомия. В последние годы широкое распространение получает резекция почки при кисте 3-го типа по классификации Bosniak, размером до 4 см. Для уточнения диагноза выполнены: ультразвуковое исследование почек, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В нижнем полюсе левой почки выявлено округлое кистозное образование с чёткими контурами до 30 мм в диаметре.

Результаты. Из люмботомического разреза осуществлён доступ к почке. При ревизии выявлена опухоль нижнего полюса почки до 3 см в диаметре, с гладкой поверхностью. Выполнена резекция нижнего полюса почки с опухолью в пределах здоровых тканей в условиях тепловой ишемии. Гистологическое заключение: тёмноклеточный почечно-клеточный рак.

Заключение. Методом выбора при лечении кисты почки 3-го типа по классификации Bosniak является резекция почки, либо нефрэктомия.

Ключевые слова: киста почки, нефрэктомия, резекция почки

FIRST EXPERIENCE OF KIDNEY RESECTION IN CYST CANCER IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF SMOLENSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

Griniov A.V., Safonov D.V., Nikolaev S.I.

Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

Objective. To study the expediency of removal of kidney cyst neoplasm of type 3 by Bosniak on the example of the clinical observation we considered.

Methods. Patients with kidney cyst neoplasm are subject to treatment which depends on the type and size of the neoplasm. Various variants of intervention are performed: puncture sclerotherapy, open resection of the kidney, laparoscopic resection of the kidney, nephrectomy. In recent years open resections of kidney cyst neoplasm of type 3 by Bosniak, with the size no more 4 sm are widespread. To clarify the diagnosis we performed ultrasound examination and multislice computer tomography of the abdominal cavity and retroperitoneal space. A cystic formation with clear contours with the size of 30×30 mm was revealed in low pole of the left kidney.

Results. When lumbothomy was performed, a cyst neoplasm of the low pole of the kidney with a smooth surface and the size of 30 mm was revealed. Resection of the lower pole of the left kidney in thermal ischemia was carried out. Microscopic examination revealed nephrocellular cancer.

Conclusion. The method of choice for the treatment of kidney cyst neoplasm of type 3 by Bosniak is kidney resection or nephrectomy.

Keywords: renal cyst, nephrectomy, kidney resection

Введение

В последние годы количество пациентов с кистозными поражениями почек увеличивается, что связано, прежде всего, с большей выявляемостью в результате совершенствования методов диагностики, в первую очередь ультразвуковых исследований (УЗИ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ). В клинической практике используется классификация кист почек по Bosniak: киста 1-го типа – простая доброкачественная киста, имеющая правильную округлую или овальную форму, не утолщённые ровные стенки, гомогенное содержимое с характеристиками воды. Киста 2-го типа – не более 3 см в диаметре, с одной или двумя перегородками толщиной не более 1 мм; единичные кальцинаты в стенках или перегородках, или киста с более плотным содержимым, что может быть результатом повышенного содержания в кистозной жидкости белка или наличия в ней крови. Ни один из элементов кисты не накапливает контрастное вещество после внутривенного его введения. Киста 3-го типа – с толстыми неоднородными стенками; неравномерная кальцификация стенок; единичные пристеночные дополнительные структуры; толстые или накапливающие контрастное вещество перегородки; мультилокулярные кисты. Киста 4-го типа – гетерогенные кистозные структуры, с необычно толстыми, накапливающими контрастный препарат стенками, имеющие дополнительные солидные включения. Эти изменения являются результатами некроза, геморрагий и кистообразования в солидной опухоли, либо результатом развития опухоли в стенке кисты [1]. Подобный подход позволяет не только разделить кистозные поражения на отдельные группы, но и определить тактику мониторинга и выбор лечения.

Методика

Основное место в диагностике кистозных новообразований почки отводится инструментальным методам, таким как ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, мультиспиральная компьютерная томография. Мультиспиральная компьютерная томография выполнялось в два этапа. На первом этапе осуществляли нативное сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Поле обзора планировали от диафрагмы до гребней подвздошных костей. На втором этапе проводили болюсное контрастное усиление с применением контрастного препарата с содержанием йода не менее 350 мг/мл. Контрастирующий агент вводили с помощью автоматического шприца-инъектора со скоростью 4-4,5 мл/с. При контрастном исследовании изучали три фазы: кортико-медулярную (артериальную), нефрографическую (паренхиматозную), экскреторную. Пациенты с кистозным новообразованием почки подлежат лечению в зависимости от типа, размера и локализации новообразования. При кистах 1-го и 2-го типа по классификации Bosniak возможно активное наблюдение, или пункционная склеротерапия. При кистах 3-го и 4-го типа по классификации Bosniak показано хирургическое лечение по принципам онкологической хирургии.

Описание клинического случая

В урологическую клинику СГМУ (урологическое отделение Смоленской областной клинической больницы) 9 января 2014 г. поступила больная С. 67 лет с диагнозом: Киста нижнего полюса левой почки.

На момент поступления больная жалоб не предъявляла. Из анамнеза: при прохождении диспансерного осмотра врачом ультразвуковой диагностики выявлена киста нижнего полюса левой почки. При объективном обследовании: живот увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, принимает участие в акте дыхания; при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого не определяется. По данным общего и биохимического анализов крови, а так же по данным общего анализа мочи патологии не выявлено. По данным УЗИ почек: RD – размеры: 110×50 мм; толщина паренхимы – 15 мм; полостная система на расширена; конкременты и объёмные образования не определяются. RS – размеры: 110×51 мм; толщина паренхимы – 15 мм; полостная система не расширена. В нижнем полюсе определяется шаровидное, с ровными контурами объёмное образование в основном с экстраренальным расположением, диаметром 30 мм, с неоднородной структурой, аваскулярное.

Выполнена мультиспиральная компьютерная томография. По данным обследования выявлено, что в нижнем полюсе левой почки определяется округлое образование жидкостной плотности, с неоднородными по толщине стенками с заметным контрастированием и мелкими контрастирующимися перегородками. Чашечно-лоханочная система не расширена и не

деформирована с обеих сторон. Экскреторная функция почек не изменена. Определяется добавочная артерия, идущая от аорты к нижнему полюсу левой почки. Лимфатические узлы забрюшинного пространства и брюшной полости не увеличены. Выставлен диагноз: Киста нижнего полюса левой почки 3-го типа по классификации Bosniak. Принято решение выполнить открытую резекцию левой почки с новообразованием.

16-го января 2014 г. выполнена операция: люмботомия, резекция нижнего полюса левой почки в условиях тепловой ишемии. Под эндотрахеальным наркозом выполнена люмботомия в 10 межреберье слева. После рассечения фасции Героты обнажена левая почка, в нижнем полюсе которой выявлена округлая, с гладкой поверхностью опухоль до 3 см в диаметре. Принято решение о выполнении резекции нижнего полюса почки с опухолью. Почка полностью мобилизована. При этом выделена, и перевязана aberrантная нижнеполярная артерия. В дальнейшем в области ворот почки селективно выделена почечная вена и артерия. Артерия пережата мягким зажимом. В условиях тепловой ишемии выполнена резекция нижнего полюса почки с опухолью в пределах здоровых тканей. Ложе опухоли ушито викриловой нитью 3-0. Паренхима почки ушита викриловой нитью 1-0 отдельными узловыми швами. С целью усиления гемостатического эффекта на зону шва почки выполнена аппликация гемостатической губки «ТахоКомб». После восстановления кровообращения в почке гемостаз признан адекватным. Рана ушита с оставлением дренажей. Общая продолжительность тепловой ишемии почки составила 18 мин. Гистологическое заключение: тёмноклеточный почечно-клеточный рак. Течение послеоперационного периода осложнилось развитием левосторонней пневмонией. Дренажирование раны продолжалось в течение 17 сут. Больная выписана в удовлетворительном состоянии по месту жительства.

При наблюдении за пациенткой в течение 3 лет местных и отдалённых изменений, характерных для прогрессирования опухолевого процесса, не выявлено. Выполнялось УЗИ почек, спиральная компьютерная томография, по результатам которых патологии не выявлено. Азотвыделительная функция почек не нарушена. При контрольной экскреторной урографии – выделительная функция обеих почек сохранена.

Обсуждение клинического случая

Кисты 1-го и 2-го типов по классификации Bosniak рекомендуется наблюдать. Но динамическое наблюдение имеет определённые ограничения, так как в различных лечебных учреждениях могут быть компьютерные томографы разных классов и это приводит к неоднозначному толкованию полученных результатов. Киста почки считается сложной, если её содержимое имеет высокую плотность (>20 HU). Более высокая плотность содержимого может быть обусловлена кровоизлиянием в кисту, воспалительным процессом, высоким содержанием белка [1]. Обнаружение в кистах плотных перегородок, накапливающих контрастные препараты, неровность стенок могут являться признаками малигнизации. Частота такого сочетания (киста + рак) варьируется и достигает у «атипичных» кист 40% [3]. Тонкоигольная аспирация и биопсия – ненадёжные методы, диагностическая ценность которых не превышает 14% [5]. При этом технические трудности возникают при локализации новообразования вблизи почечных ворот и по передней поверхности органа, когда биопсия почки чревата повреждением почечных сосудов и может оказаться малоинформативной. Причём результаты могут быть как ложноположительными, так и ложноотрицательными. К тому же при проведении данной процедуры возможны такие осложнения как кровотечение, инфицирование, диссеминация опухолевых клеток по ходу пункционного канала. Всё это побуждает к поиску надёжных методов диагностики, позволяющих выявлять кистозные поражения почек, следить за их эволюцией, проводить дифференциальную диагностику с раком почки, выявлять случаи сочетания кисты и рака, определять на основании полученных данных показания к тому или иному методу лечения.

В последние годы активно исследуются и совершенствуются лапароскопические методы лечения кист почек, которые становятся в ряде случаев наиболее точным этапом диагностики. Но, несмотря на привлекательность концепции малоинвазивного вмешательства, лапароскопическая резекция не является общепризнанным, стандартным способом оперативного лечения. Основными причинами, вызывающими сомнения у урологов в эффективности лапароскопической резекции, являются технические трудности в осуществлении надёжного гемостаза во время операции и неуверенность в адекватном радикализме вмешательства. К тому же, кисты почек 3 типа порой трудно диагностировать при гистологическом экспресс-исследовании [1]. Часто при наличии осложнённых кистозных масс возникают затруднения у морфолога при определении их характера: доброкачественная она или нет. Поэтому методом выбора при лечении кисты 3 типа по Bosniak является резекция почки, либо нефрэктомия. Однако, больных после нефрэктомии нельзя считать абсолютно здоровыми по следующим причинам: 1) развитие гиперфилтративной нефропатии с

прогрессированием в нефросклероз; 2) возможное поражение остающейся почки (мочекаменная болезнь, кисты, злокачественные новообразования); 3) ограничение резерва компенсаторных возможностей организма; 4) возникновение случаев гепатопатии как проявление саногенных реакций, связанных с увеличением метаболической нагрузки на печень после удаления почки; 5) остающаяся почка в большом числе наблюдений поражена нефросклерозом, что приводит к прогрессированию протеинурии и почечной недостаточности у значимого числа пациентов, подвергнутых нефрэктомии [2]. При очевидной радикальности этого вмешательства последствия его для организма весьма чувствительны.

Заключение

Таким образом, в отличие от кист почек 1-го и 2-го типа по классификации Bosniak, кисты 3-го и 4-го типа подлежат оперативному лечению в соответствии с правилами онкологической хирургии. При этом методом выбора является резекция почки или нефрэктомия.

Литература (references)

1. Костюков С.И., Медведев В.Л., Коган М.И. Особенности диагностики и лапароскопического лечения кистозных поражений почек 3 и 4 типов по Bosniak // Урология. – 2008. – №3 – С. 21-23. [Kostyukov S.I., Medvedev V.L., Kogan M.I. *Urologiya*. Urology – 2008. – N3 – P. – 21-23. (in Russian)]
2. Пучков К.В., Крапивин А.А., Филимонов Б.В. Лапароскопическая хирургия рака почки. – М.: Медпрактика – М, 2008. – 163 с. [Puchkov K.V., Krapivin A.A., Filimonov B.V. *Laparoscopicheskaya hirurgiya raka pochki*. Laparoscopic surgery of kidney cancer. – Moscow: Medpraktika – M, 2008. – 163 p. (in Russia)]
3. Wolf J.S. Evaluation and management of solid and cystic renal masses // Journal of Urology. – 1998. – V.159. – P. 1120-1133.
4. Spaliviero M., Herts B.R., Magi-Galluzzi C. et al. Laparoscopic partial nephrectomy for cystic masses // Journal of Urology Baltimore. – 2005. – V.174. – P. 614.
5. Hayakawa M., Hatano T., Tsuji A. Patients with renal cysts associated with renal cell carcinoma and the clinical implications of cyst puncture: a study of 223 cases // Urology. – 1996. – V.47. – P. 643.

Информация об авторах

Гринёв Андрей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: safonovdm66@mail.ru

Сафонов Дмитрий Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: safonovdm66@mail.ru

Николаев Сергей Иванович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: safonovdm66@mail.ru