

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ СЛУЧАЙ ОТДАЛЁННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Хареба Г.Г., Черныш П.Б., Савенков В.И., Картавцев А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харьков

Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 2–3% всех эпителиальных опухолей (European Network of Cancer Registries, 2001). ПКР является наиболее распространенным солидным новообразованием в почках – на него приходится около 90% всех злокачественных опухолей почек.

Одной из характеристик ПКР является его выраженная склонность к метастазированию. Количество больных с гематогенными и лимфогенными метастазами на момент установления диагноза составляет от 25–57 % и у около 50 % больных, перенесших радикальную нефрэктомия, в последующем выявляются метастазы. Особенностью ПКР является то, что рецидив заболевания возможен и через 10 лет после нефрэктомии. Метастазы наблюдаются в 22 % случаев через 5 лет и в 11 % случаев через 10 лет после нефрэктомии (Смирнов И. В., Юдин А. Л., Афанасьева Н. И., 2004).

Наиболее часто ПКР метастазирует в лёгкие, а также (по уменьшению частоты обнаружения метастазов): лимфатические узлы, кости, печень, головной мозг. Также метастазы могут встречаться, но значительно реже, в разнообразных органах и тканях (ухо, нос, гортань, глаз, язык, грудь, диафрагму, желчный пузырь).

Метастатическое поражение мочеточника при ПКР встречается крайне редко. При этом описаны лишь единичный случаи метастазов в культю мочеточника удалённой почки. В литературе опубликовано немногим более 50 случаев таких наблюдений. Однако нами не встречено ни одного клинического наблюдения метастазирования ПКР в контрлатеральный мочеточник здоровой почки спустя длительный период после нефрэктомии. В связи с этим приводим собственное клиническое наблюдение такого метастазирования.

Больной С., 66 лет, поступил в отделение онкологической урологии КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала» urgently с ноющими болями в поясничной области справа и выраженной гематурией. Ранее, в 2006 году, больному была выполнена нефрэктомия слева в связи с наличием опухоли левой почки T₁N₀M₀. По данным компьютерной томографии определялся опухолевый узел в верхнем полюсе левой почки размерами 6,2х5,8х6,3 см, очагов метастазирования выявлено не было. Гистологическое заключение: зернисто-светлоклеточный рак почки.

В настоящее время при поступлении в стационар состояние пациента удовлетворительное. По результатам выполненной КТ сделано заключение: состояние после нефрадреналэктомии слева, признаки неопластического процесса правого мочеточника (7х17 мм) в области перекрестка с подвздошными сосудами. Каликопиелозктазия справа. Данных о наличии метастазов другой локализации нет. КТ представлена на рисунках 1, 2.

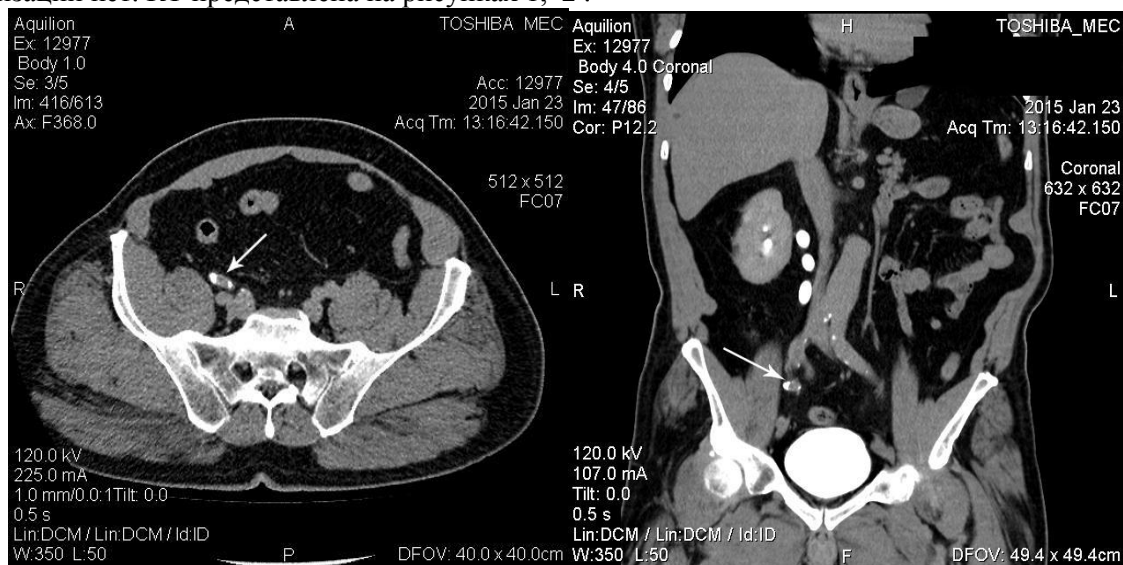


Рисунок 1, 2. Метастаз рака левой почки в правый мочеточник.

Пациенту выполнена операция: эндоскопическая лазерная резекция опухоли правого мочеточника. Гистологическое заключение: почечно-клеточный рак, с отсутствием нормальной ткани мочеточника в удалённой ткани. Послеоперационный период протекал без осложнений. Учитывая данные гистологического заключения про инвазивный характер опухоли, принято решение о выполнении радикальной операции. Через 7 дней после эндоскопической операции выполнена резекция правого мочеточника в пределах здоровых тканей с анастомозом конец в конец и стентированием мочеточника. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение. Почечно-клеточный рак обладает крайне высоким метастатическим потенциалом с возможностью появления отдалённых метастазов самой разнообразной и неожиданной локализации в очень отдалённый период времени после радикальных операций. Представленный случай крайне редкого вида метастазирования через 9 лет после операции, подтверждает необходимость длительного и тщательного диспансерного наблюдения за пациентами.

ВЫБОР МЕТОДА ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИИ

Шамраев С.Н., Генбач И.Д., Васильева В.Д., Носов А.А.

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины», г.Киев;

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Красный Лиман

Выбор способа деривации мочи (СДМ) после радикальной цистэктомии (РЦ) является приоритетным вопросом. Данная операция является золотым стандартом лечения многих врожденных и приобретенных органических и функциональных патологий мочевого пузыря (МП). Наиболее распространенными показаниями к РЦ являются гиперрефлексия, экстрофия, рак МП. Ключевым вопросом после РЦ следует считать восстановление пассажа мочи и выбор способа её деривации. От этого этапа будет зависеть качество дальнейшей жизни пациента и такие показатели здоровья, как социальное и психологическое благополучие.

Уже порядка 25 лет в арсенал техник и методов деривации мочи после радикальной цистэктомии вошли способы орто- и гетероцистопластики. Только за XX столетие было предложено более 60 методов ортотопического мочевого пузыря (ОЦП). На данный момент в крупных урологических центрах активно используется около 7-10 методик.

Отсутствие объективного подхода к выбору СДМ является одной из ключевых проблем в онкоурологии. Имеющееся множество наработок и альтернативных методов в данной области хирургических вмешательств создает почву для ситуации, когда хирург руководствуется собственными предпочтениями, опытом и субъективным мнением, а не объективными количественными данными.

Большое количество методов говорит также об отсутствии наиболее оптимального, поэтому вопрос обоснованного и рационального СДМ остается в данный момент открытым.

Цель исследования – произвести сравнительный анализ применения различных методов деривации мочи и обосновать их выбор как группы наиболее предпочтительных способов гетеро- и ортоцистопластики. **Материал и методы.** Истории болезней 31 пациента, которым была выполнена РЦ в клинике урологии ДонНМУ им. М. Горького. Анализированы результаты применения различных СДМ после РЦ. Статистическую обработку проводили с использованием лицензионного пакета STATISTICA 8.0.

Результаты. Все пациенты вошли в три возрастные группы: молодые – 19-45 лет (10%), среднего – 45-59 лет (61%) и пожилого возраста – 60-75 лет (29%). Показаниями к РЦ были низкодифференцированный переходно-клеточный рак МП (90,5%) - мышечно-инвазивная форма в 96% наблюдений, экстрофия МП - 2 (6,5%) и вторично-сморщенный МП – одно (3,0%) наблюдение.

Замечено, что выбирая тот или иной способ отведения мочи после РЦ у молодых пациентов, хирург отдавал предпочтение цистопластике по Studer – 67%. Менее часто встречалась операция по Bricker – 33%. У пациентов среднего возраста преобладали операции по Bricker – 42% и Indiana – 32%. У пожилых пациентов наиболее часто примененный способ деривации мочи являлась УКС с У-У анастомозом – 44%, реже осуществляли методики Studer – 23%, Indiana – 22% и Bricker – 11%.

По СДМ пациенты были разделены на три группы. В группу I вошли 6 (19,3%) пациентов, которым была произведена уретерокутанеостомия (УКС). Группа II составляла 10 пациентов (32,3%), оперированных по методу Bricker. Группа III – 15 пациентов (48,4%) с различными методами