

8. Prognostic Gleason grade grouping: data based on the modified Gleason scoring system / P.M. Pierorazio, P.C. Walsh, A.W. Partin, J.I. Epstein // BJU Int. – 2013. – Vol. 111, № 5. – P. 753–760.
9. EAU guidelines on prostate cancer. Part II: treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer / A. Heidenreich, P.J. Bastian, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau [et al.] // Eur Urol. – 2014. – Vol. 65, № 2. – P. 467–479.
10. Унгурияну Т.Н. Краткие рекомендации по описанию, статистическому анализу и представлению данных в научных публикациях / Т.Н. Унгурияну, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2011. – № 5. – С. 55–60.
11. Search for residual prostate cancer on pT0 radical prostatectomy after positive biopsy / R. Mazzucchelli, F. Barbisan, A. Tagliabracchi, A. Lopez-Beltran, L. Cheng [et al.] // Virchows Arch. – 2007. – Vol. 450, № 4. – P. 371–378.

ЛОКАЛЬНЫЙ РЕЦИДИВ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

*Щукин Д.В., Хареба Г.Г., Гарагатый И.А., Антонян И.М.,
Мозжаков П.В., Гарагатый А.И., Лийченко В.А.*

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков

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

Введение Локальный или локорегиональный рецидив почечно-клеточного рака после органосохраняющей хирургии является одной из наиболее важных проблем онкоурологии. Частота данной проблемы варьирует от 0 до 10%, однако истинная сфера рецидивирования опухоли в остатке почки или в окружающих тканях еще не ясна. В настоящее время не представлена оценка факторов, влияющих на его возникновение.

Материал и методы Мы провели ретроспективный анализ пациентов с локорегиональным рецидивом ПКР, а также онкологических результатов их хирургического лечения. Органосохраняющая хирургия по поводу почечно-клеточного рака была проведена у 980 пациентов с различными стадиями заболевания. Их средний возраст составлял 57,8 лет (от 18 до 82 лет). Абсолютные императивные показания имели место у 69 (7,0%) пациентов, включая 28 (2,9%) больных с единственной или с единственной функционирующей почкой и 41(4,1%) с двусторонними опухолями. Относительные императивные показания зафиксированы в 142 (14,5%) наблюдениях. Группа элективных показаний была представлена 769 (78,5%) пациентами. Средние размеры удаленных новообразований составляли 5,8 см (от 1,0 до 30,0 см). Распределение опухолей по стадиям представлено в таблице 1. Мультифокальность ПКР была зарегистрирована во время операции в 24 (2,4%) случаях. Распространение опухоли в венозную систему обнаружено у 28 (2,9%) пациентов, в синусный или паранефральный жир - у 15 (1,5%). Полностью интранеральные новообразования были выявлены в 36 (3,7%) наблюдениях.

При выполнении большинства операций использовалась техника энуклеорезекции опухоли (682 (69,6%) пациента). Типичная резекция выполнена в 280 (28,6%) наблюдениях, тогда как энуклеация опухоли - в 18 (1,8%) случаях.

Таблица 1

Распределение опухолей соответственно Т-стадии

Стадия TNM	Группа абсолютных императивных показаний n=69	Группа относительных императивных показаний n=142	Группа элективных показаний n=769	Всего n=980
T1a	15 (21,7%)	61 (42,9%)	286 (37,3%)	362 (37,0%)
T1b	23 (33,3%)	38 (26,8%)	451 (58,6%)	512 (52,2%)
T2a	8 (11,6%)	17 (12,0%)	18 (2,3%)	43 (4,4%)
T2b	6 (8,7%)	8 (5,6%)	4 (0,5%)	18 (1,8%)
T3a	14 (20,3%)	16 (11,3%)	10 (1,3%)	40 (4,1%)
T3b	2 (2,9%)	1 (0,7%)	0 (0%)	3 (0,3%)
T4	1 (1,5%)	1 (0,7%)	0 (0%)	2 (0,2%)

Интраоперационное гистологическое исследование, а также интраоперационная ультрасонография не применялись ни в одном из наблюдений. Тепловая ишемия почки использовалась у 862 (88,0%) пациентов (полная ишемия - у 690 (70,4%), сегментарная ишемия у - 172 (17,6%) пациентов). Экстракорпоральная резекция почки с ее последующей аутотрансплантацией выполнена в 11 (1,1%) наблюдениях. Средний период наблюдения за пациентами составил $56,8 \pm 7,4$ месяца.

Результаты. Среди 980 пациентов с ПКР, перенесших органосохраняющую операцию, локорегиональный рецидив рака был обнаружен в 31 (3,2%) случае. У 3 (9,7%) больных он сочетался с наличием отдаленных метастазов. Средний возраст пациентов с рецидивом составлял 61,5 лет (от 43 до 76 лет). При оценке первичных опухолей почек было выявлено, что их размеры варьировали от 25 мм до 270 мм и в среднем составляли 55,8 мм. Преимущественной стадией опухоли являлась стадия T1b (58%, n=18), у 4 (12,9%) пациентов выявлены опухоли со стадией T3a, стадия новообразования T4 имела место только у 1 (3,2%) больного. Внутривенное распространение опухоли во время органосохраняющей хирургии зафиксировано у 1 (3,2%) пациента, еще у 1 (3,2%) больного обнаружены мультифокальные опухоли. В 3 (9,7%) случаях определялись двусторонние опухоли почек (2- синхронные, 1- асинхронные).

Абсолютные императивные показания к органосохраняющей хирургии имелись в 6 (19,4%) наблюдениях, тогда как относительные императивные показания фигурировали в 5 (16,1%) случаях. По элективным показаниям были оперированы остальные 20 (64,5%) больных. В большинстве случаев опухоли локализовались в области одного из полюсов почки (18 (58%)). Средне-полярная локализация новообразований выявлена в 10 (32,3%) наблюдениях, тогда как расположение в зоне среднего сегмента почки имело место у 3 пациентов (9,7%). Полностью интраренальная локализация зафиксирована у 2 (6,5%) больных.

Органосохраняющие операции чаще всего выполнялись в условиях полной тепловой ишемии почки (n=21 (67,7%)), сегментарная ишемия использовалась в 6 (19,4%) случаях, тогда как без ишемии было проведено 4 (12,9%) хирургических вмешательства. Основной хирургической техникой удаления опухоли являлась энуклеорезекция (20 (64,5%)). Гораздо реже использовалась классическая резекция почки (9 (29%)). Техника энуклеации применялась только у 2 (6,5%) пациентов.

В подавляющем большинстве случаев локальный рецидив опухоли исходил из зоны резекции первичной опухоли (21(67,7%)), при этом рецидивная опухоль распространялась в венозную систему почки у 8 (25,8%) пациентов. Уровни внутривенного распространения в 4 (12,9%) случаях ограничивались интраренальными притоками почечной вены, в 2 (6,5%) - почечной веной, в 1 (3,2%) - ретропеченочной НПВ и еще в 1 (3,2%) - интраперикардиальной НПВ. В 7 (22,6%) наблюдениях причиной рецидива являлась мультифокальность опухоли, а в 2 (6,5%) случаях рецидивные опухоли локализовались в зоне резекции и в других частях почки (мультифокальность + рецидив в зоне резекции). Еще у 7 (22,6%) больных источником рецидива являлись метастазы опухоли в региональные лимфатические узлы. В 4 (12,9%) наблюдениях они представляли собой единственный источник локорегионального рецидива опухоли, в 2 (6,5%) сочетались с мультифокальными очагами новообразования в остатке почки, а в 1 (3,2%) - с рецидивом в зоне резекции.

Размеры рецидивных опухолей составляли в среднем 33,8 мм (от 12 до 78 мм). Период от органосохраняющей операции до выявления рецидива варьировал от 6 до 60 месяцев (в среднем 22,5 месяцев). Трое (9,7%) пациентов не были оперированы в связи с интеркуррентной патологией или в связи с множественными метастазами. Повторная органосохраняющая хирургия выполнена только в 3 (9,7%) наблюдениях. В остальных 25 (80,6%) случаях для хирургического лечения использовалась радикальная нефрэктомия.

Смерть во время операции или в ближайшем послеоперационном периоде имела место в 3 (9,7%) наблюдениях у пациентов с внутривенным распространением рецидивной

опухоли (опухолевая эмболия легочной артерии при вводимом наркозе -1, отек мозга - 1, сердечная недостаточность - 1). Период наблюдения за остальными пациентами в среднем составлял 28,3 месяца (от 2 до 96 месяцев). В течение наблюдения умерли 16 (51,6%) пациентов. Во всех случаях причиной смерти являлась прогрессия опухоли.

Заключение Локорегиональный рецидив почечно-клеточного рака является редкой, но очень сложной онкоурологической проблемой. Наиболее частой причиной его возникновения можно считать неполное удаление опухоли в зоне резекции, что зачастую (25,8%) связано с внутривенным распространением новообразования. Тем не менее, почти в 30% случаев рецидивы опухоли исходят из мультифокальных почечных опухолей или метастазов в региональные лимфатические лимфоузлы. Учитывая, что рецидивирование рака в остатке почки наиболее часто обнаруживается в течение первых двух лет после операции, необходимо тщательное наблюдение за пациентами в течение этого периода. Онкологические результаты хирургического лечения пациентов с локорегиональным рецидивом ПКР не являются удовлетворительными, что требует исследования эффективности адъювантной таргетной и иммунотерапии у этой категории больных.

A NEW SURGICAL TECHNIQUE OF THE RENAL ARTERY CONTROL DURING NEPHRECTOMY WITH TUMOR THROMBUS REMOVAL

*Lesovoy V.N., Shchukin D.V., Khareba G.G., Garagatiy I.A.,
Poliakov M.M., Mozzakov P.V.*

Kharkiv national medical university

МН «Regional Clinical Center of Urology and Nephrology n.a. V.I. Shapoval»

Introduction The nephrectomy safety during removal of kidney tumors with intravenous extension mostly depends on control of the renal artery. But in certain situations control of the renal artery is a very complicated and dangerous stage of the operation due to presence of the venous collaterals and massive size of the tumor thrombus. Search of the renal artery often accompanied the displacement of the renal vein, inferior vena cava or kidney, which can lead to thrombus fragmentation and pulmonary embolism in the presence of fragile or soft tumor thrombus.

Material and methods We present a novel method of control of the renal artery after performing thrombectomy. While surgical access to the renal artery passes anteriorly through the transected renal vein. The main stages of this surgical approach are transection the renal vein in the area of cavorenal segment, displacement of the renal vein with tumor thrombus laterally and anterior access to the renal artery.

We present video of the anterior approach to the left renal artery after thrombectomy in patient with the left renal vein tumor thrombus to the level of cavarenal junction. After duodenum mobilization we performed the isolation of the inferior vena cava. In case of the tumor thrombus extension to the inferior vena cava the technique of three tourniquets was used. In patients with only renal vein tumor thrombus the vascular clamp was placed distally to the thrombus apex. After transection of the renal vein the both venous ends were sutured and ligated.

Then displacement of the transected renal vein with tumor thrombus laterally and mobilization of anterior and lateral surface of aorta were performed. In the case of the left-side tumors the renal vein was separated bluntly and sharply from the aorta and mesenteric root. Renal artery was ligated and sectioned. Left renal vein with tumor thrombus were passed under the mesenteric root. At the final stage of the operation carried out mobilization and removal of the kidney.

Results We used this surgical technique in 13 patients with tumor thrombus of the renal vein (n=3) and inferior vena cava (n=10). Ligation of the renal artery from the anterior approach was successfully performed in all 13 patients. Overall considerable technical difficulties when using this maneuver was 7.7%. The average blood loss during the operation does not exceed 1990.0 ml. Intraoperative mortality and pulmonary embolism was not observed.