

пережатия НПВ ниже устьев главных печеночных вен использовали стандартную технику трех турникетов. Длина кавотомического разреза варьировала от 5,0 до 14,0 см и составляла в среднем 8,6 см. Латеральная резекция нижней полой вены из-за инвазии опухоли в стенку полой вены была выполнена у 6 (37,5%) пациентов. При этом ширина оставшегося просвета НПВ составляла не менее 60% от его первичного диаметра.

Общие данные об оперативных вмешательствах и их осложнениях

Средняя продолжительность госпитализации при анализе всех 132 пациентов составила $16,8 \pm 4,8$ суток, а средняя продолжительность операции - $234,4 \pm 28,8$ мин. Общий уровень периоперационных осложнений достигал 68,8% (11 из 16 пациентов). Интраоперационные осложнения были зафиксированы у 9 (56,3%) больных, послеоперационные - у 4 (25,0%). Периоперационная летальность имела место в 3 (18,8%) случаях. Все смерти отмечались во время операции (1- эмболия опухолевыми массами, 1- сердечная недостаточность, 1- кровотечение).

Средний объем кровопотери достигал $4450 \pm 460,2$ мл. Основными причинами кровотечений являлись повреждение массивных венозных коллатералей при выделении нижней полой вены, повреждение печени при выполнении ее мобилизации, а также наличие крупных вариантных поясничных вен.

Среди интраоперационных осложнений преобладали кровотечения (6 больных -37,5%), сопровождающиеся явлениями сердечной недостаточности. Травматические повреждения печени наблюдались в 4 (25%) случаях, повреждение общей подвздошной артерии - в 1 (6,3%).

Спектр тяжелых послеоперационных осложнений включал кровяной тромбоз НПВ (n=1), острую почечную недостаточность (n=1), кровотечение из НПВ с реоперацией (n=1), пневмонию с дыхательной недостаточностью (n=1), спонтанный пневмоторакс (n=1).

Выживаемость. Средний период наблюдения за всеми 13 пациентами, вошедшими в анализ выживаемости, составлял $36,6 \pm 5,6$ мес (от 9 до 72 месяцев). Общая 3-летняя выживаемость не превышала 53,8%, а выживаемость свободная от прогрессии опухоли - 30,8%. Локальный рецидив опухоли в просвете нижней полой вены отмечался у 2 (15,4%) больных в среднем через 20 месяцев с момента операции. Отдаленные метастазы (легкие, печень, диафрагма) возникли у 9 (69,2%) пациентов в среднем через 28 месяцев.

Заключение. Результаты нашего исследования продемонстрировали хорошую выполнимость и безопасность вышеописанной техники удаления супрадиафрагмальных опухолевых тромбов НПВ без использования искусственного кровообращения, включая и тромбы правого предсердия. Трансдиафрагмальные доступы к интраперикардальной нижней полой вене и правому предсердию со стороны брюшной полости, как со вскрытием перикарда так и без, обеспечивают адекватный подход к этим структурам. Они позволяют не только наложение зажима на правое предсердие, но и проведение наружного пальцевого смещения верхушки тромба ниже диафрагмы и даже ниже устьев главных печеночных вен.

ПОЛНОСТЬЮ ИНТРАПАРЕНХИМНЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК – РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ И ИНТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ

Лесовой В.Н., Щукин Д.В., Поляков Н.Н., Гарагатый И.А., Антонян И.М., Хареба Г.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

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

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Введение. Наиболее отчетливой тенденцией последних лет является активное расширение показаний к выполнению органосохраняющей хирургии опухолей почек. В настоящее время этот вид оперативного лечения используется в большинстве ситуаций, когда объем остающейся паренхимы составляет не менее 50% вне зависимости от локализации, размеров и даже стадии опухоли. Данная тенденция также коснулась новообразований с распространением в полостную и венозную систему почки.

Интрапаренхимальные опухоли представляют собой отдельную группу среди всех новообразований, которые подвергаются органосохраняющей хирургии. Это связано со сложностью интраоперационной визуализации, большими техническими проблемами при удалении опухоли и необходимостью сохранения целостности структур почечного синуса. Учитывая экстремальную сложность, выполнение данных операций зачастую требует использования технологий

екстракорпоральной хирургии. Мы представляем ретроспективный анализ выполнимости и безопасности органосохраняющей хирургии при полностью интратанальном расположении новообразований почки.

Материал и методы. Общее число органосохраняющих операций, выполненных в клинике к 2017 году составило 680. В исследование вошли 28 (4,1%) пациентов с полностью интратанальными опухолями (новообразования не имели какого-либо экзофитного компонента и были полностью покрыты почечной паренхимой). Для удаления опухолей использовалась техника энуклеорезекции или энуклеации. Интраоперационное УЗ исследование не применялось ни в одном из наблюдений. Локализацию опухоли рассчитывали с помощью трехмерной топограммы на основании данных МДКТ. В работе оценивались клиничко-морфологические параметры новообразований и пациентов, интраоперационные особенности, уровень интра- и периоперационных осложнений, а также общей и свободной от прогрессии выживаемости. Средний период наблюдения за пациентами составлял $42,4 \pm 5,6$ месяца.

Результаты. Среди всех 28 пациентов в 7 (25,0%) случаях имели место абсолютные императивные показания к операции (единственная почка - 5, двусторонние новообразования - 2). В 9 (32,1%) наблюдениях были зафиксированы относительные императивные показания к хирургии. У 12 (42,9%) больных хирургические вмешательства выполнялись по элективным показаниям. В 5 (17,9%) случаях удаление опухолей осуществлялось экстракорпорально с последующей аутоотрансплантацией остатка почки.

Средние размеры опухолей составляли $3,8 \pm 0,6$ см (от 1,8 до 5,6 см). Инвазия новообразования в полостную систему имела место только у 3 (10,7%) пациентов, еще у 3 (10,7%) больных отмечалось прорастание в просвет сегментарной или полярной почечной вены. Инвазия в жировую клетчатку почечного синуса не была зафиксирована ни в одном из наблюдений. Гистологическое исследование выявило почечно-клеточный рак в 25 (89,3%) случае и почечную аденому в 3 (10,7%) наблюдениях. Отдаленных и региональных метастазов у пациентов обнаружено не было.

У 3 (10,7%) пациентов была выявлена макрогематурия при поступлении, 2 (7,1%) больных беспокоили периодические боли в области почки, связанные с обструкцией полостной системы опухолью. В остальных случаях (82,1%) пациенты не предъявляли каких-либо жалоб.

Время тепловой ишемии составляло в среднем $14,2 \pm 3,6$ минут. В группе экстракорпоральной хирургии среднее время резекции достигало $42,6 \pm 7,6$ минут, а холодной ишемии $67,6 \pm 8,4$ минут.

Вскрытие полостной системы почки выполнялось в 24 (85,7%) наблюдениях. У трех (10,7%) пациентов для восстановления целостности полостной системы использовали пиелокаликаноанастомоз.

Интраоперационная кровопотеря в среднем не превышала $388 \pm 54,2$ мл

Нефрэктомия непосредственно после резекции была осуществлена в 2 (7,1%) случаях из-за кровотечения или малого количества остающейся паренхимы. В раннем послеоперационном периоде серьезных осложнений, таких как формирование артерио-венозных фистул с выраженными кровотечениями не отмечалось. У 4 (16,7%) пациентов имели место умеренные паранефральные гематомы, которые разрешились консервативно.

Среди поздних послеоперационных осложнений у 2 (7,1%) больных зафиксировано сморщивание почки. У одного пациента, который подвергся экстракорпоральной резекции с аутоотрансплантацией почки, сформировался стойкий мочевого свищ, что привело к нефрэктомии. В остальных наблюдениях функция оперированной почки была сохранена.

Отдаленные онкологические результаты прослежены у 22 больных. За весь период наблюдения умерло 3 пациента. У 2 из них имели место отдаленные метастазы. Локорегиональных рецидивов опухолей не было выявлено ни в одном из наблюдений. Уровень общей выживаемости на протяжении среднего периода наблюдения 42 месяца составил 86,4%, а выживаемости, свободной от прогрессии опухоли - 90,9%

Заключение. Наше исследование продемонстрировало, что органосохраняющая хирургия является эффективным и безопасным методом лечения опухолей почек с полностью интратанальным расположением.