

Опухоль почки в сочетании с поражением противоположной неонкологическим заболеванием

Ю.Г. Аляев, З.Г. Григорян, А.А. Левко

Урологическая клиника ММА им. И.М. Сеченова

RENAL TUMOR COUPLED WITH THE OPPOSITE KIDNEY AFFECTED BY NON-ONCOLOGIC DISEASE

U.G. Alyaev, Z.G. Grigoryan, A.A. Levko

Urology clinic, Moscow Medical Academy named after I.M. Sechenov

In patients with a renal tumor, the non-oncologic diseases of the contrary organ occur in 17,7% of observations. Among them are: concrements — 5,3%, cysts — in 9,7%, hydronephrosis — in 1,6%, renal artery stenosis — in 1,1% of observations. In patients with a renal tumor and the non-oncologic disease of the contrary counterpart, the one first of all should determine a sequence of the therapeutic actions, whereupon the one should solve a question on the type of surgery on the kidney affected by tumor. In all the cases, the one executes surgery on the neoplasm after ensuring an adequate urine outflow from the contrary side. The indications for the organ-sparing surgery on the tumor are the dynamic state of the contrary kidney and the degree of manifestation of the chronic renal failure: in latent state — relative, in intermittent — absolute. 5-year general survival in patients with renal tumor and non-oncologic disease of the contrary organ amounted 76,3%, corrected — 83,3%.

В настоящее время неуклонно растет заболеваемость опухолью почки, что связано как с улучшением диагностики новообразований данного органа, так и с ростом истинной заболеваемости. В то же время в связи с активным внедрением в клиническую практику новейших методов обследования отмечают значительный рост выявляемости двусторонних поражений почек и прослеживают тенденцию к увеличению числа больных опухолью почки в сочетании с неонкологическими заболеваниями противоположного органа. Ранняя дооперационная диагностика сочетания опухоли одной почки и различных неонкологических поражений противоположной (мочекаменная болезнь — МКБ, кисты, гидронефротическая трансформация, стеноз почечной артерии) имеет большое практическое значение, так как от правильного и своевременного распознавания болезни зависит выбор тактики лечения. В связи с угрозой прогрессирования клинических проявлений сочетанного заболевания чрезвычайно важно определение последовательности и характера лечебных мероприятий, а также целесообразности органосохраняющих операций (ОСО) по поводу опухоли. Улучшение своевременной дооперационной диагностики и определение рациональной лечебной тактики у этих больных окажет существенное влияние на течение послеоперационного периода и позволит предупредить развитие осложнений. Проведенный анализ литературы, а также наши наблюдения свидетельствуют о наличии целого ряда неразрешенных вопросов у больных опухолью почек в сочетании с поражением противоположного органа неонкологическим заболеванием, что продиктовало необходимость тщательного исследования этой проблемы.

В своей работе мы проанализировали данные больных опухолью почки в сочетании с 4 неонколо-

гическими заболеваниями с противоположной стороны: МКБ, кистами, гидронефрозом и стенозом почечной артерии. Среди 1430 больных опухолью почки, находившихся на обследовании и лечении в Урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова с 1973 по 2006 г., перечисленные неонкологические заболевания с противоположной стороны выявлены в 17,7% наблюдений.

Среди 1430 больных опухолью почки МКБ выявлена у 156 (10,9%). Сочетание опухоли одной почки и камней (почки или мочеточника) противоположной отмечено у 63 (4,4%) больных. У 18 из них обнаружен уратный нефролитиаз. Камень почки выявлен у 53, мочеточника — у 10. Среди 45 больных опухолью одной почки и со смешанными камнями почки или мочеточника в противоположной мужчин — 26 (57,8%), женщин — 19 (42,2%). Опухоль локализовалась в правой почке у 21 (46,7%) больного, в левой — у 24 (53,3%). Еще у 8 пациентов наблюдали двустороннюю опухоль. У 35 больных выявлен камень почки, у 10 — мочеточника (среди них у 2 пациентов обнаружено сочетание опухоли с камнями противоположной почки и мочеточника одновременно и у 9 — камни и на стороне опухоли). У больных опухолью почки и наличием конкрементов с противоположной стороны прежде всего необходимо определить последовательность лечебных мероприятий, и основным является вопрос, когда следует проводить удаление камня — до или после оперативного вмешательства по поводу опухоли — и в каком случае можно воздержаться от активных мероприятий в отношении конкрементов и ограничиться динамическим наблюдением. При выраженных клинических проявлениях МКБ удаление камня и восстановление пассажа мочи должно предшествовать оперативному вмешательству в отношении

Последовательность и характер лечебных мероприятий у больных опухолью почки при наличии камней с противоположной стороны (n=44)*

Лечебные мероприятия	Характер и последовательность лечебных мероприятий	Число больных	Всего
Удаление камня почки или мочеточника до оперативного вмешательства по поводу опухоли	ДУВЛ**	8	19
	Перкутанная нефролитолапаксия	2	
	Пиелолитотомия	3	
	Контактная уретеролитотрипсия	2	
	Уретеролитотомия	2	
	Спазмолитическая терапия	2	
Оперативное вмешательство по поводу опухоли	Первичное удаление опухоли	25	44
	Вторичное удаление опухоли	19	
Удаление камня почки или мочеточника после оперативного вмешательства по поводу опухоли	Плановое	ДУВЛ	9
	Экстренное	Пиелолитотомия	
		Уретеролитотомия	
Динамическое наблюдение	Ультразвуковой мониторинг	16	16

*Один больной опухолью почки и коралловидным камнем с противоположной стороны признан неоперабельным.

** ДУВЛ — дистанционная ударноволновая литотрипсия.

опухоли. Без обеспечения адекватного оттока мочи оперативное пособие в отношении опухоли проводить не рекомендуется [1–4]. Среди больных со смешанными камнями первоначально лечебные мероприятия по поводу конкрементов применены нами в 19 (43,2%) наблюдениях. В связи с отсутствием выраженных проявлений МКБ, сопровождающихся нарушением пассажа мочи, у 25 (56,8%) больных в первую очередь произведены хирургические вмешательства в отношении опухоли, после них в 9 (20,5%) наблюдениях осуществлены различные оперативные пособия по поводу конкрементов почки. При сочетании опухоли и камня чашечки противоположной почки, не вызывающего приступы боли и не нарушающего пассаж мочи, в 16 (36,4%) случаях мы ограничились динамическим наблюдением с периодическим ультразвуковым (УЗ) контролем (см. таблицу).

При выборе метода лечения МКБ до оперативного вмешательства по поводу опухоли нужно помнить, что избавление от камней должно производиться в кратчайшие сроки, так как проведение длительных лечебных мероприятий оттягивает операцию по поводу рака. При сочетании опухоли и камня мочеточника противоположной почки небольшого размера, не вызывающего нарушения пассажа мочи, выраженной дилатации чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и имеющего тенденцию к самостоятельному отхождению, допустимо проведение консервативной терапии, способствующей выведению конкрементов. При задержке сроков отхождения конкремента более 7 дней показаны более активные мероприятия. При выборе метода лечения МКБ у больных опухолью почки следует отдать предпочтение более щадящим методам, в первую очередь ДУВЛ.

Приводим клиническое наблюдение. У больной А., 58 лет, выявлена опухоль левой почки, камень нижней трети правого мочеточника. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ): в среднем сегменте левой почки — опухолевый узел размерами 33x24x24мм с активным накоплением контрастного препарата. В проекции нижней трети правого мочеточника — конкремент размером 8 мм (рис. 1).

Для восстановления оттока мочи из правой почки выполнена ДУВЛ с полной дезинтеграцией конкремента и отхождением фрагментов. Через 2 нед произведена резекция левой почки, парааортальная лимфаденэктомия. В приведенном наблюдении ДУВЛ справа позволила нормализовать пассаж мочи и создать благоприятные условия для ОСО в отношении опухоли левой почки.

При длительно стоящих и крупных конкрементах средней и нижней трети мочеточника и наличии противопоказаний к ДУВЛ или неудачной попытке ее выполнения показана контактная уретеролитотрипсия. При наличии камня мочеточника больших размеров, не позволяющих надеяться на его самостоятельное отхождение, нарушающего пассаж мочи и создающего угрозу возникновения атаки острого пиелонефрита, при невозможности выполнения ДУВЛ и проблематичности контактной литотрипсии показана уретеролитотомия. Вопрос о дренировании почки решают индивидуально. При обсуждении тактики лечения камней мочеточников у больных опухолью противоположной почки несомненно следует ориентироваться на последние «Рекомендации по лечению уролитиаза», рассмотренные Европейским обществом урологов (ЕОУ) в Женеве [5], в которых предложен единый поэтапный подход к лечению камней мочеточников, заключающийся в первичном выполнении ДУВЛ, затем — контактной

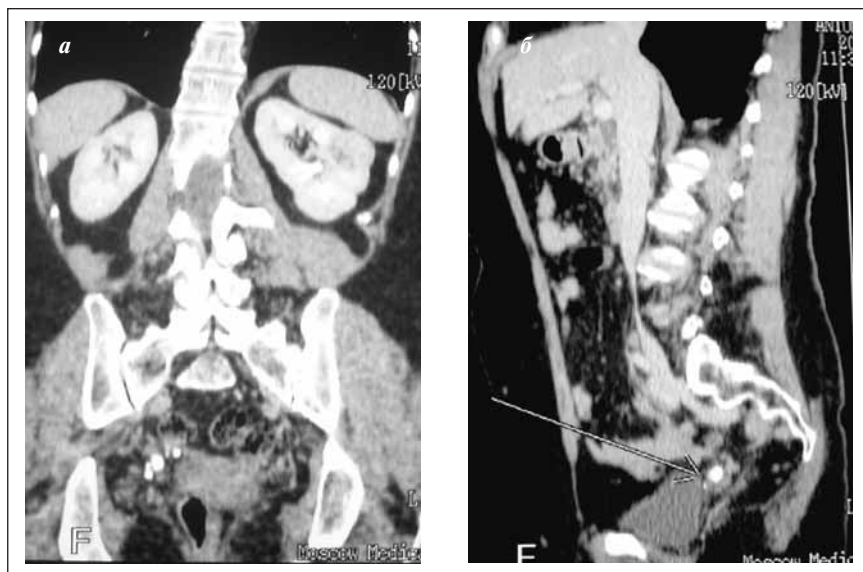


Рис. 1. Больная А. МСКТ. Опухоль левой почки (указана стрелкой), МКБ, камень правой почки, камень нижней трети правого мочеточника (указан стрелкой):
а — мультипланарная реконструкция (МПР), фронтальная проекция;
б — МПР, сагиттальная проекция

уретеролитотрипсии и, наконец, при необходимости (в настоящее время реже) — уретеролитотомии. Однако ведение больных опухолью почки в сочетании с камнем мочеточника с противоположной стороны может иногда и не соответствовать в полной мере общепринятым рекомендациям в связи с необходимостью скорейшего обеспечения пассажа мочи для быстрой подготовки пациента к операции по поводу онкологического заболевания.

У больных опухолью и с камнем противоположной почки больших размеров или множественными камнями наиболее оптимально применение чрескожной пункционной литотрипсии и литоэкстракции, при необходимости дополняемой ДУВЛ резидуальных фрагментов [2, 4, 6–9]. В некоторых (на сегодняшний день редких) случаях показана открытая операция. Приводим 2 наблюдения чрескожной перкутанной нефролитолапаксии, после которой произведена резекция противоположной почки с опухолью (рис. 2, 3).

В данных наблюдениях в первую очередь решено удалить конкремент и обеспечить адекватный пассаж мочи для создания условий выполнения ОСО по поводу новообразования. Учитывая размеры и локализацию камня, первоначально произведена чрескожная перкутанная нефролитолапаксия, которая позволила наименее инвазивно (по сравнению с открытой операцией) и наиболее быстро по времени (по сравнению с ДУВЛ с учетом размеров и плотности камня) избавить больного от камня. Спустя 3 нед после удаления камня произведена резекция противоположной почки с опухолью.

В связи с функциональными нарушениями противоположной почки, опасностью возникновения осложнений МКБ, прогрессированием хронического пиелонефрита и развитием хронической почечной недостаточности (ХПН) наиболее предпочтительным в этой группе больных является осуществление ОСО по поводу рака. У 45 больных выполнено 16 резекций почки, 3 энуклеорезекции и 25 нефрэктомий. Один больной опухолью и с наличием коралловидного камня с противоположной стороны вследствие невозможности осуществления ОСО по техническим причинам и нефрэктомии в связи с функциональной несостоятельностью противоположной почки признан неоперабельным. В случае невозможности осуществле-

ния ОСО при определении тактики и характера лечебных мероприятий по поводу МКБ к этим пациентам нужно относиться как к больным с единственной почкой. Выжидательная тактика в отношении камней на противоположной стороне ошибочна и чревата угрозой возникновения различных осложнений даже в тех наблюдениях, в которых клинические проявления нефролитиаза до оперативного вмешательства были незначительными или отсутствовали. Так, осложнения МКБ, возникшие в различные сроки после оперативного пособия в отношении опухоли, отмечены нами в 3 наблюдениях: в 2 — анурия, в 1 — острый пиелонефрит — по поводу которых произведены экстренные вмешательства. Первоначальное удаление опухоли допустимо лишь при единичных камнях чашечек без клинических проявлений, однако показания к ним определяют индивидуально. Эти больные в послеоперационном периоде нуждаются в УЗ-мониторинге.

На основании особенностей диагностики и лечения мы выделили больных опухолью почки в сочетании с уратным нефролитиазом в отдельную группу. Среди них гиперурикемия выявлена в 84,1%, гиперурикурия — в 40,9%. Перед оперативным вмешательством по поводу опухоли почки при ее сочетании с уратным нефролитиазом необходима медикаментозная коррекция пуринового обмена для предотвращения возникновения нарушения уродинамики и мочекишечного криза в послеоперационном периоде во время повышенной функциональной нагрузки на оперированную или оставшуюся почку. При выявлении опухоли почки у больных уратным

нефролитиазом откладывать оперативное вмешательство по поводу рака с целью длительного литолиза недопустимо. Если уратный конкремент с противоположной стороны (почка или мочеточник) нарушает пассаж мочи, вызывает выраженную дилатацию ЧЛС, боль и создает угрозу возникновения острого пиелонефрита, то удаление камня должно предшествовать оперативному вмешательству по поводу новообразования. При уратном камне мочеточника небольших размеров, который не вызывает выраженных нарушений пассажа мочи и имеет тенденцию к самостоятельному отхождению, более целесообразно применение спазмолитической терапии, способствующей миграции конкремента. При отсутствии выраженных клинических проявлений МКБ прежде всего следует осуществить вмешательство в отношении опухоли почки на фоне комплексной медикаментозной терапии уратного литиаза и нарушенного пуринового обмена. Начатую терапию уратного литиаза и нарушенного пуринового обмена необходимо продолжить в послеоперационном периоде на фоне УЗ-мониторинга за состоянием ЧЛС для раннего выявления миграции конкрементов и профилактики пуринового криза. При миграции конкремента и дилатации ЧЛС следует провести внутреннее дренирование последней катетером-стендом с целью предотвращения субренальной анурии и атаки острого пиелонефрита. Начатая терапия уратного нефролитиаза должна быть продолжена в послеоперационном периоде на фоне УЗ-мониторинга за состоянием ЧЛС резектированной и/или оставшейся почки. В связи со стойкостью обменных нарушений при уратном нефролитиазе и высокой частотой рецидива камнеобразования терапию нужно продолжить в отдаленном послеоперационном периоде с добавлением литолитических препаратов (уралит, блемарен, магурлит) при наличии конкрементов. Медикаментозная терапия носит лечебный или профилактический характер и осуществляется под УЗ-контролем почек с регулярным определением уровня урикемии и суточной экскреции мочевой кислоты.



Рис. 2. Больной Л. МСКТ, МПР, фронтальная проекция. Опухоль правой почки (указана стрелкой), МКБ, камень левой почки (указан стрелкой)



Рис. 3. Больной Н. МСКТ, МПР, фронтальная проекция. Опухоль левой почки (указана стрелкой), МКБ, камень правой почки (указан стрелкой)

Среди 1430 больных опухолью почки кисты противоположного органа выявлены у 127 (8,9%). У 105 (82,7%) имели место паренхиматозные кисты, у 22 (17,3%) – кисты почечного синуса. При сочетании опухоли и кисты почки сразу после ультразвукового исследования (УЗИ) с эходоплерографией необходимо выполнить МСКТ, позволяющую детализировать все характеристики как плотного, так и жидкостного образований и разработать тактику лечения [2, 8, 10, 11]. При этом необходимо на этапе обследования определить вероятную природу жидкостного образования, так как при наличии сомнений в доброкачественном характере процесса к этим больным следует относиться как к пациентам с двусторонней опухолью. При сомнительных жидкостных образованиях и недостаточной информативности УЗИ и МСКТ показана магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет точно определить характер содержимого кисты, обнаружить дополнительные внутрикистозные структуры и является предпочтительным методом для классификации атипичных кистозных структур почек по М.А. Bosniak [12–19].

В тех случаях, когда при традиционной МРТ не удастся достоверно установить наличие опухоли, рекомендуется применение динамической МРТ, отражающей скорость и интенсивность накопления контраста и особенно полезной при небольших размерах образования. Динамика контрастирования опухоли может быть разнообразной как по скорости, так и по интенсивности накопления. Как правило, кривая накопления контрастного вещества в опухоли характеризуется неравномерностью в отличие от достаточно ровного графика паренхимы [12].

Приблизительно 5–7% новообразований почек не удастся точно диагностировать [20, 21]. К ним относят образования, которые невозможно причислить ни к простым почечным кистам, ни к плотным опухолям. Эти образования неясного генеза могут быть как злокачественной, так и доброкачественной природы. При злокачественной патологии, которая может визуализироваться как жидкостное образование, наиболее часто встречаются кистозная

форма почечно-клеточного рака (ПКР), опухоль с распадом, кистозная дегенерация в опухоли, рак в стенке кисты, а при доброкачественной — геморрагические или нагноившиеся почечные кисты и мультилокулярная киста почки. Частота злокачественной патологии в атипичных кистах почек, по данным литературы, составляет около 40% [22, 23]. По нашим данным, среди 105 больных паренхиматозными кистами почки в сочетании с опухолью противоположной у 8 (7,6%) имели место сомнительные жидкостные образования, 6 из которых отнесены нами ко II типу, 1 — к III и 1 — к IV типу по Bosniak. Среди 117 пациентов с двусторонней опухолью у 8 выявлены 13 атипичных жидкостных образований (у 3 они сочетались с плотной опухолью), из которых 2 отнесены ко II, 8 — к III и 3 — к IV типу по Bosniak. Итак, из 21 сомнительного жидкостного образования 10 (47,6%) оказались злокачественной природы (из них 4 образования IV, 5 — III и 1 — II типа по Bosniak). Таким образом, среди образований IV типа по Bosniak злокачественный процесс выявлен в 100%, III типа — в 55,6% и II типа — в 12,5% наблюдений. Учитывая такую высокую вероятность злокачественного процесса, пациенты с жидкостными образованиями III и тем более IV типов по Bosniak должны подвергаться оперативному вмешательству и уточнению природы заболевания. Тактику в отношении образований II типа определяют индивидуально на основании комплексного критического анализа всех данных обследования. Диагностическая роль дооперационной пункции имеет ограниченное значение в связи с тем, что отрицательный результат не может исключить злокачественную природу образования [18, 24, 25].

В диагностике кист почечного синуса большую роль играет фармакологическое УЗИ (ФУЗИ). В большинстве наблюдений УЗИ и ФУЗИ достаточно для постановки диагноза, однако обязательно применяемая при опухоли МСКТ позволяет практически всегда провести дифференциальную диагностику обструктивных и кистозных образований почек. При сохраняющихся сомнениях в отношении характера заболевания, низкой выделительной функции почек мы рекомендуем магнитно-резонансную (МР) урографию как метод, способствующий получению изолированного изображения мочевых путей. Как мы выяснили, чувствительность МСКТ в дифференциальной диагностике обструктивных заболеваний составляет 95,45%, специфичность — 100%, чувствительность и специфичность МР-урографии — 100% [12, 26, 27].

При выявлении неосложненной кисты почки лечебная тактика зависит от ее размеров, клинических проявлений и внутриорганных гемодинамических нарушений. В подавляющем большинстве на-

блюдений в первую очередь необходимо осуществить оперативное пособие по поводу опухоли, после которого определиться с целесообразностью проведения различных мероприятий в отношении жидкостного образования. Реже активные действия в отношении кисты приходится предпринимать до удаления опухоли. При неосложненных кистах почечной паренхимы и синуса небольших размеров (менее 5 см), не сопровождающихся клинической симптоматикой и гемодинамическими нарушениями, по данным эходоплерографии, мы предпочитаем динамическое наблюдение. При жидкостных образованиях с преимущественно интраренальной локализацией (более 2/3) мы осуществляем наблюдение и при более крупных размерах (при отсутствии выраженных проявлений), так как пункция данных структур оказывает значительно более агрессивное воздействие на почечную паренхиму, чем присутствие самого жидкостного образования. Кроме того, вероятность рецидивирования кист подобной локализации, ввиду наличия ригидных, не имеющих тенденции к спадению стенок, представленных почечной паренхимой, крайне высока. При крупных кистах, вызывающих клиническую симптоматику и нарушения интраорганного кровообращения, показана их пункция с введением 96% этилового спирта. При значительных изменениях почечной гемодинамики пункцию следует осуществить до оперативного вмешательства в отношении опухоли противоположной почки, так как в случае нефрэктомии на единственную почку ляжет вся нагрузка по поддержанию гомеостаза. Из 127 больных с сочетанием опухоли почки и кист противоположной пункции последних выполнены у 18 (14,2%). У 4 больных с паренхиматозными кистами в связи с большими размерами (более 5 см) и выраженными нарушениями гемодинамики почки пункция выполнена до, у остальных 14 — после удаления опухоли. Длительное наблюдение выявило существенный рост кист почечной паренхимы еще у 5 больных (4,8%), которым в дальнейшем была выполнена еще одна пункция. Рецидивирование кисты, требующее повторной пункции, отмечено в 3 (16,7%) случаях. Среди 127 больных выполнены 86 нефрэктомий, 31 резекция почки с опухолью, 7 энуклеорезекций и 3 больных доброкачественной опухолью после пункционной биопсии находились под динамическим наблюдением. В этой группе 5-летняя выживаемость составила 80,3%.

Сочетание опухоли почки и гидронефроза противоположной выявлено у 23 (1,6%) пациентов. Выбор лечебной тактики зависит от распространенности опухолевого процесса и степени нарушения уродинамики с противоположной стороны. При обследовании большое значение имеет ФУЗИ, с помощью

которого выявляют ретенционные изменения в ЧЛС, оценивают резервные возможности почек и определяют последовательность лечебных мероприятий [28]. При этом большое значение имеют не только особенности уродинамики, но и гемодинамики почки, как пораженной опухолью, так и противоположной. Для оценки паренхиматозного кровотока показана фармакодупплерография. Характер ответной реакции почечного кровотока на введение вазопростана свидетельствует о степени обратимости сосудистых изменений, резервных возможностях кровообращения в почках и, в частности, в сегментах, питаемых добавочными сосудами при аберрантном типе кровоснабжения органа. Допплерография наряду с рентгеновскими методами способствует определению аберрантного типа кровоснабжения, вычислению диаметра добавочного сосуда и зоны кровоснабжения. На сегодняшний день наиболее информативным методом диагностики является МСКТ с трехмерной реконструкцией и виртуальной эндоскопией, позволяющая оценить как морфофункциональное состояние почек и верхних мочевых путей в различные фазы циркуляции контрастного вещества, так и характеристики опухолевого процесса. При непереносимости контрастных препаратов показана МР-урография, позволяющая без введения последних получить изображение мочевых путей и выявить причину обструкции. По нашим данным, чувствительность МСКТ при определении причины обструкции при стенозе лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) составила 95%, специфичность — 100% и точность — 92,7%. Чувствительность МР-урографии при определении причины обструкции при стенозе ЛМС составила 92,3%, специфичность — 75% и точность — 80% [12].

Мы считаем, что прежде чем осуществлять операцию на почке, пораженной опухолью, необходимо восстановить адекватный пассаж мочи с противоположной стороны. Если по данным проведенного обследования установлено выраженное нарушение оттока мочи, то первоначально следует осуществить его восстановление. У 9 больных оперативное вмешательство по поводу опухоли произведено на фоне дренирования мочевых путей с противоположной стороны, после чего проведен курс физиотерапии, направленный на восстановление обратимого стеноза ЛМС с эффектом. В настоящее время оптимальным является установка в предоперационном периоде катетера-стента, обеспечивающего «закрытое» дренирование мочевых путей и создающего идеальные условия для осуществления оперативного пособия в отношении опухоли. Оперативная коррекция первичного гидронефроза показана при прогрессировании процесса с ухудшением функции почки. Основная цель оперативных методов лече-

ния гидронефроза заключается в ликвидации сужения ЛМС и создании достаточного по диаметру анастомоза, что позволит восстановить пассаж мочи. При определении показаний к оперативной коррекции гидронефроза следует ориентироваться на стадию заболевания (степень нарушений уродинамики), функциональное состояние паренхимы почки, выраженность клинических проявлений, возраст и соматическое состояние больного. У пациентов же с опухолью противоположной почки наряду с вышеперечисленными факторами большое значение имеют характеристики злокачественного процесса, побуждающие при отсутствии выраженного нарушения пассажа мочи направить все усилия на борьбу со смертельно опасным недугом и уже позже, при благоприятном течении онкологического заболевания, заниматься коррекцией гидронефротической трансформации. Двум больным выполнена пластическая операция на мочевых путях после удаления почки с опухолью. У 12 больных в связи с начальной стадией, отсутствием прогрессирования трансформации и удовлетворительной функцией этой почки проводилось динамическое наблюдение.

При сочетании опухоли почки и гидронефротической трансформации с противоположной стороны наиболее оправданы ОСО по поводу новообразования. Причем при латентной стадии ХПН показания к ОСО расценивают как относительные, а при интермиттирующей — как абсолютные. Из 23 больных ХПН имела место у 15 (65,2%): у 11 — латентная стадия и у 4 — интермиттирующая. Однако техническая возможность осуществления ОСО среди этих 15 больных была у 9: 3 — с интермиттирующей стадией и 6 — с латентной. Всего ОСО выполнены в 11 наблюдениях. 12 пациентам по результатам характеристики опухолевого процесса была произведена нефрэктомия. Среди 23 больных общая 5-летняя выживаемость составила 78,3%, скорректированная — 82,6%.

У 16 (1,1%) больных опухолью почки выявлено сужение противоположной почечной артерии. Среди них были 9 (56,25%) мужчин и 7 (43,75%) женщин. Опухоль располагалась в правой почке у 8 (50,0%) больных, в левой — у 7 (43,75%), у 1 (6,25%) пациента выявлены двусторонняя опухоль и стеноз почечной артерии справа. Средний размер опухолевого узла составил $3,8 \pm 1,4$ см. У 13 больных стеноз был обусловлен атеросклеротическим поражением почечной артерии, причем у 4 из них имел двусторонний характер, у 3 — ее фибромускулярной дисплазией. ХПН выявлена у 12 (75%) пациентов, из них у 8 в латентной стадии, у 4 — в интермиттирующей. Чаще всего о стенозе почечной артерии свидетельствовало наличие артериальной гипертензии, которая наблюдалась у 13 (81,2%) больных. При выявлении опухо-

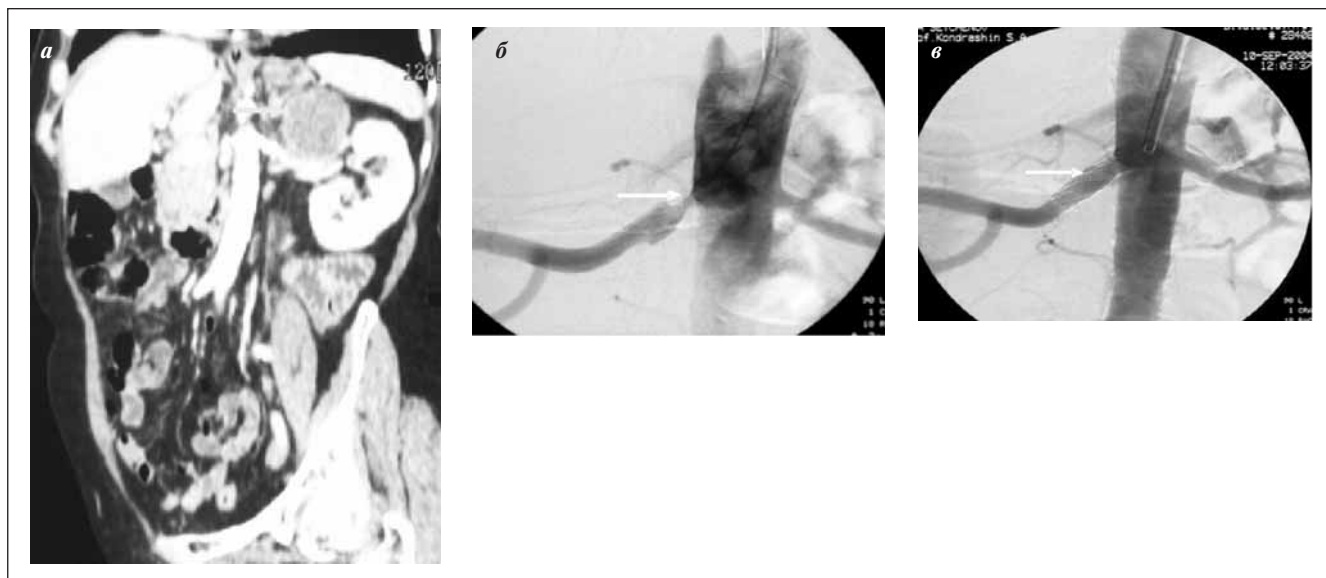


Рис. 4. Больная Б., 75 лет. Опухоль левой почки, стеноз правой почечной артерии: а — МСКТ, МПР; б, в — обзорная аортограмма до и после стентирования

ли почки и стеноза противоположной почечной артерии необходимо на основании всех данных дооперационного обследования, с применением функциональных методов исследования, оценить степень нарушения проходимости сосуда. При выраженном стенозе почечной артерии до оперативного вмешательства по поводу новообразования следует восста-

новить адекватный кровоток путем баллонной дилатации или эндоваскулярного стентирования, что позволит обеспечить поддержание гомеостаза после удаления опухоли. Приводим клинические наблюдения, в которых у больных опухолью почки в сочетании с выраженным стенозом противоположной почечной артерии первоначально произведено стентирование последней, после чего выполнена резекция почки с опухолью (рис. 4, 5).

При незначительном стенозировании почечной артерии, не приводящем к существенному снижению функциональной способности почки, допустимо первоначальное вмешательство по поводу опухоли с последующей корригирующей операцией на сосудах или динамическим наблюдением.

Среди 16 больных опухолью почки и стенозом противоположной почечной артерии до оперативного вмешательства по поводу рака почки в 5 наблюдениях произведена баллонная дилатация, в 7 — эндоваскулярное стентирование суженной противоположной почечной артерии. У 3 пациентов корригирующие операции на почечной артерии выполнены после удаления пораженной раком почки. У 1 больного раком одной почки с наличием ангиолипомы

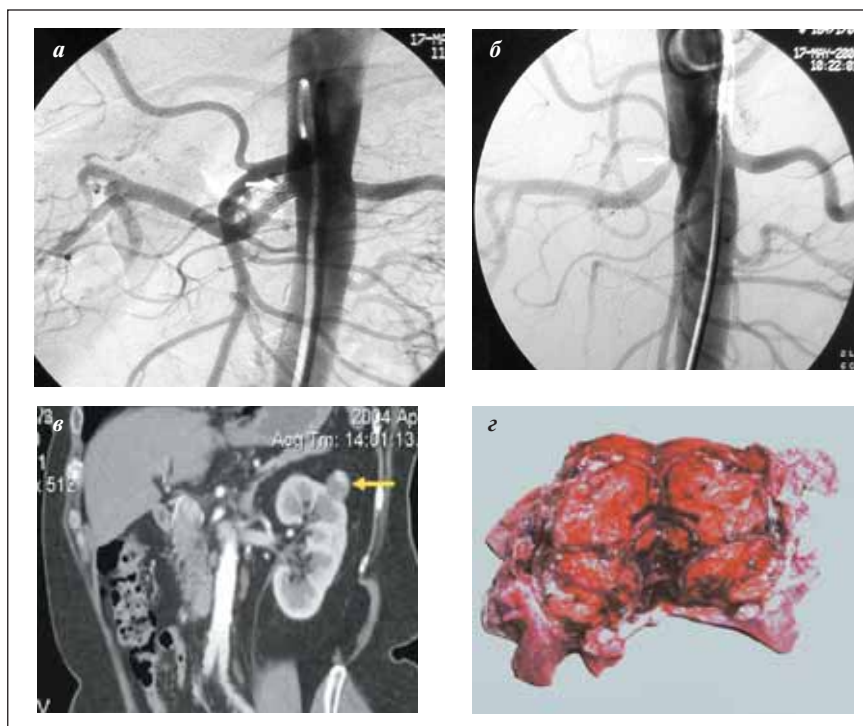


Рис. 5. Больная А., 58 лет. Опухоль левой почки, стеноз устья правой почечной артерии: а, б — обзорная аортограмма до и после стентирования; в — МСКТ, МПР; г — макропрепарат удаленной опухоли левой почки

противоположной в связи со сморщиванием почки, пораженной злокачественной опухолью, вследствие стеноза почечной артерии выполнена нефрэктомия. По поводу опухоли почки 16 пациентам произведены: 7 нефрэктомий, 6 резекций почки, 2 энуклеорезекции и 1 энуклеация опухолевого узла. Из 16 больных опухолью почки и стенозом противоположной почечной артерии 1 погиб от прогрессирования опухолевого процесса через 3 года и 3 — по причине сердечно-сосудистых заболеваний в сроки до 5 лет после удаления опухоли. Остальные 12 пациентов живы в течение 5 лет наблюдения. Общая 5-летняя выживаемость составила 75%, скорректированная — 93,75%.

Таким образом, у больных опухолью почки при выявлении неонкологического заболевания противоположной в первую очередь необходимо определить последовательность лечебных мероприятий,

после чего следует решить вопрос о характере операции на пораженной опухолью почке. Показания к ОСО по поводу опухоли обусловлены функциональным состоянием контралатеральной почки и степенью выраженности ХПН. При латентной стадии почечной недостаточности или ее отсутствии мы оцениваем эти показатели как относительные, при интермиттирующей — абсолютные. Пятилетняя общая выживаемость у больных опухолью почки и неонкологическим заболеванием противоположной составила 76,3%, скорректированная — 83,3%.

В заключение можно отметить, что только комплексное применение новейших методов диагностики позволяет своевременно выявить все особенности сочетанного двустороннего поражения почек, а активная хирургическая тактика способствует улучшению результатов лечения этой сложнейшей категории больных.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Выбор диагностической и лечебной тактики при опухоли почки. М., Тверь, ООО Издательство «Триада»; 2005.
2. Аляев Ю.Г., Григорян З.Г., Крапивин А.А. Опухоль почки в сочетании с мочекаменной болезнью. ФГУИПП «Кострома»; 2005.
3. Григорян З.Г. Опухоль почки в сочетании с нефролитиазом (диагностика и тактика лечения). Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2000.
4. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Уренков С.Б. и др. Тактика лечения больных при сочетании опухоли почки и мочекаменной болезни. Урол и нефрол 1995;(6):18—22.
5. Tiselius H.G., Ackermann D., Alken P. et al. Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology 2006:182—97.
6. Руденко В.И. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения. Дис. ... докт. мед. наук. М.; 2004.
7. Теодорович О. В., Забродина Н.Б., Борисенко Г.Г. и др. Современный подход к лечению резидуальных камней. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Сочи, 28—30 апреля 2003. М.; 2003. с. 291—2.
8. Мартов А.Г. Рентген-эндоскопические методы диагностики и лечения заболеваний почек и верхних мочевых путей (суправезикальная эндоурология). Дис. ... докт. мед. наук. М.; 1993.
9. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Эффективность и перспективы современной эндоурологии. Материалы X Российского съезда урологов. (Москва, 1—3 октября 2002). М.; 2002. с. 655—84.
10. Ба У.Р. Современный подход к диагностике и лечению простых кист почек. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1996.
11. Игнашин Н.С., Мартов А.Г. Диапневтика в урологии. М., Полигран; 1993. с. 197.
12. Григорьев Н.А. Диагностика урологических заболеваний с использованием магнитно-резонансной томографии. Дис. ... докт. мед. наук. М.; 2003.
13. Balci N.C., Semelka R.C., Patt R.H. et al. Complex renal cysts: findings on MR imaging. Am J Roentgenol 1999;172:1495—500.
14. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts. Radiology 1986;158:1—10.
15. Bosniak M.A. Diagnosis and management of patients with complicated cystic lesion of kidney. AJR 1997;169:819—21.
16. Merino C., Rodriguez R.G., Hernandez L.A. Renal hydatid cyst: a nuclear magnetic resonance study. Actas Urol Esp 1990;14:226—9.
17. Smith F.W., Hutchison J.M., Mallard J.R. et al. Renal cyst or tumor? Differentiation by whole-body nuclear magnetic resonance imaging. Diagn Imaging 1981;50:142—7.
18. Wolf J.S. Evaluation and management of solid and cystic renal masses. J Urol 1998;159:1120—33.
19. Yamazaki Y., Toma H., Nakazawa H. et al. Evaluation of complicated renal cyst: a comparison of CT and MR imaging. Hinyokika Kyo 1992;38:635—40.
20. Kramer L.A. Magnetic resonance imaging of renal masses. World J Urol 1998;16(1):22—8.
21. Rankin S.C., Webb J.A.B., Raznek R.H. Spiral CT in the diagnosis of renal masses. BJU Int 2000;26(Suppl 1):48—57.
22. Cloix P., Martin X., Pangaud C. Surgical management of complex renal cysts: a series of 32 cases. J Urol 1996;156:28—30.
23. Pfister C., Haroun M., Brisset J.M. Kystes atypiques renaux. Prog Urol 1993;3.
24. Переверзев А.С., Илюхин Ю.А., Шукин Д.В. и др. Кистозные опухоли почек и осложненные почечные кисты: диагностика и лечение. Онкоурология 2005;(2):15—22.
25. Hayakawa M., Hatano T., Tsuji A. et al. Patients with renal cysts associated with renal cell carcinoma and the clinical implications of cyst puncture: a study of 223 cases. Urology 1996;47(5):643—6.
26. Газимиев М.А. Неинвазивная диагностика обструктивных заболеваний мочевых путей. Дис. ... докт. мед. наук. М.; 2004.
27. Маркосян Т.Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2006.
28. Амосов А.В. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.; 1999.