

Повторные резекции почек спустя 5 лет после экстракорпоральных резекций

О.Р. Назарова, Д.В. Перлин, М.И. Волкова, Л.Л. Гурарий, В.Б. Матвеев

Урологическое отделение ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН; Россия, 115230 Москва, Каширское шоссе, 24

Контакты: Ольга Ремезановна Назарова ogulshat@bk.ru

Возможным путем решения проблем риска нерадикального удаления опухоли, неадекватной реконструкции и резкого снижения функции почки после длительных, технически сложных резекций в условиях ишемии паренхимы *in situ* является выполнение хирургического вмешательства на удаленной из организма почке, подвергнутой консервации по методике, разработанной для донорских органов, в условиях гипотермии, способствующей резкому снижению интенсивности кислородзависимых процессов в клетках почечного эпителия, с последующей аутотрансплантацией резецированной почки больному.

Основные преимущества экстракорпорального метода заключаются в четкой визуализации структур почки «*ex corpora*», неограниченном времени операции при хорошей противоишемической защите.

Повторные операции после обычных (*in situ*) резекций обеспечивают хорошие отдаленные онкологические и функциональные результаты у правильно отобранных больных. Выполнение повторного удаления опухоли после экстракорпоральных резекций почки — технически сложное хирургическое вмешательство, не описанное в литературе.

Ключевые слова: рак почки, единственная почка, экстракорпоральная резекция почки, повторная резекция почки

Kidney re-resections 5 years after extracorporeal resections

O.R. Nazarova, D.V. Perlin, M.I. Volkova, L.L. Gurariy, V.B. Matveev

Department of Urology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences; 24, Kashirskoe Sosshe, Moscow 115230, Russia

The possible way to solve the problems associated with a risk from non-radical tumor removal, inadequate repair and a drastic reduction in renal function after long-term technically challenging *in situ* parenchymal ischemia resections is a surgical intervention into the kidney removed from the body, which has been preserved by the procedure developed for donor organs, during hypothermia that promotes a severe decrease in the intensity of oxygen-dependent processes in the renal epitheliocytes, followed by autografting of the resected kidney. The main advantages of the extracorporeal technique are the excellent *ex corpora* visualization of renal structures and the unrestricted time of surgery with good anti-ischemic protection.

Resurgery after routine (*in situ*) resections yields good long-term oncological and functional results in correctly selected patients. Repeated tumor removal after extracorporeal kidney resection is a technically challenging surgical intervention undescribed in the literature.

Key words: kidney cancer, single kidney, extracorporeal kidney resection, kidney re-resection

Введение

Стандартом лечения малых опухолей почечной паренхимы (Т1а) является открытая или лапароскопическая резекция почки. Органосохраняющее лечение выполняется и при больших размерах опухоли у пациентов с опухолями единственной или единственной функционирующей почки, при двустороннем опухолевом поражении, а также при наличии системного заболевания, способного привести к резкому снижению почечной функции. Удаление единственной функционирующей почки при невозможности выполнения органосохраняющего лечения ассоциировано с резким снижением качества жизни, обусловленным проведением программного гемодиализа. Пятилетняя выживаемость больных раком почки без отдаленных метастазов, получающих хронический гемодиализ, составляет около 50 %; прогрессирование

рака у этой категории больных, переведенных в ренопривное состояние, крайне редко является причиной смерти (< 1 %) [1].

Возможным путем решения проблем риска нерадикального удаления опухоли, неадекватной реконструкции и резкого снижения функции почки после длительных, технически сложных резекций в условиях ишемии паренхимы *in situ* является выполнение хирургического вмешательства на удаленной из организма почке, подвергнутой консервации по методике, разработанной для донорских органов, в условиях гипотермии, способствующей резкому снижению интенсивности кислородзависимых процессов в клетках почечного эпителия, с последующей аутотрансплантацией резецированной почки больному. Основные преимущества экстракорпорального метода заключаются в четкой визуализации

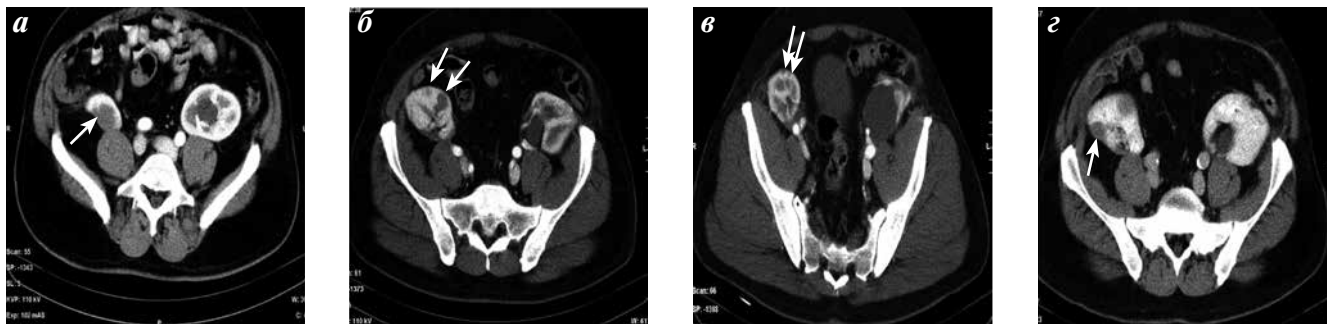


Рис. 1. КТ: многоузловое опухолевое поражение аутотрансплантированной левой почки (стрелки)

структур почки «exсхрога», неограниченном времени операции при хорошей противоишемической защите [2]. Тем не менее частота осложнений данной методики значительно выше, чем при резекции *in situ*, что резко ограничивает широкое применение данной методики [3]. Различные варианты экстракорпоральной резекции почки (ЭКРП) при злокачественных опухолях описываются единичными авторами, и число подобных операций, выполненных в мире, очень ограничено.

Мультифокальность поражения, особенно при папиллярном варианте рака почки, является одним из факторов риска появления рецидивных опухолей в резецированной почке в различные сроки после хирургического лечения. Повторные операции после обычных (*in situ*) резекций обеспечивают хорошие отдаленные онкологические и функциональные результаты у правильно отобранных больных [4]. Выполнение повторного удаления опухолей после ЭКРП — технически сложное хирургическое вмешательство, практически не описанное в литературе.

Приводим описание двух повторных вмешательств, выполненных у пациентов, при развитии рецидивных опухолей после ЭКРП.

Клинический случай 1

Пациент Г., 39 лет, в сентябре 2007 г. обратился в больницу по месту жительства с жалобами на боли в правой поясничной области. При обследовании по дан-

ным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены двусторонние опухолевые поражения почек, в связи с чем пациент был направлен в РОНЦ им. Н. Н. Блохина для хирургического лечения. Результаты компьютерной томографии (КТ): в области нижнего полюса правой почки визуализировался опухолевый узел диаметром до 5,0 см и еще 1 узел размером 1,8 см — в синусе правой почки. В левой почке определялось несколько узлов размерами от 2 до 5 см. Данных в пользу отдаленных метастазов не получено. Функция обеих почек по данным радиоизотопной ренографии удовлетворительная, показатели креатинина и мочевины крови в пределах нормы.

03.12.07 выполнено хирургическое вмешательство в объеме экстракорпоральной резекции левой почки с аутотрансплантацией в контралатеральную подвздошную ямку. Гистологическое заключение: опухолевые узлы имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии. По краю резекции сегмента почки опухолевые клетки не обнаружены.

11.03.08 выполнена экстракорпоральная резекция правой почки с аутотрансплантацией в левую подвздошную область. Гистологическое заключение: 2 опухолевых узла почки размерами 1,5 × 1,0 и 6,0 × 6,0 × 7,0 см имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии.

После 2-й операции у больного отмечались явления хронической болезни почек (ХБП) со средними показате-



Рис. 2. КТ: многоузловое опухолевое поражение аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной области (стрелки)

лями мочевины 11 ммоль/л и креатинина 160 ммоль/л, не требующих проведения лечебных мероприятий.

В течение 5 лет пациент наблюдался в поликлинике РОНЦ без признаков рецидива заболевания. При очередном контрольном обследовании в июне 2012 г. по данным КТ диагностированы множественные опухолевые поражения обеих почек. В аутотрансплантированной левой почке (в правой подвздошной ямке) определяются 5 образований: в верхнем полюсе — $2,7 \times 3,0$ см (рис. 1а); в средней трети в передних отделах — 1,4 см; рядом по передней поверхности — мелкий узел 0,3 см (рис. 1б); в средней трети по латеральной поверхности — зона $1,4 \times 1,5$ см, подозрительная в отношении опухолевого узла (рис. 1в); в нижнем полюсе по передней поверхности — мелкий узел $0,3 \times 0,3$ см (рис. 1г). В аутотрансплантированной правой почке (в левой подвздошной ямке) определяются 3 образования: в средней трети по передней поверхности — узел 1,0 см (рис. 2а); по задней поверхности — субкапсулярная зона 0,4 см (рис. 2б); в нижнем полюсе — узел 1,2 см (рис. 2в).

Кортико-медуллярная дифференциация сохранена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) справа не расширена. ЧЛС слева умеренно расширена. Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. Отдаленные метастазы не выявлены.

С учетом распространенности опухолевого процесса было решено воздержаться от оперативного лечения, и больному начата таргетная терапия сунитинибом 50 мг 1 раз в сутки в течение 28 дней с интервалом 2 нед. Проведено 2 курса таргетной терапии без объективного ответа опухоли (стабилизация). Однако на фоне терапии у пациента отмечена печеночная недостаточность (повышение печеночных трансаминаз, билирубина, впервые выявлен гепатит С), в связи с этим прием сунитиниба прекращен и решено применить попытку повторного хирургического лечения.

23.04.13 выполнена резекция аутотрансплантированной правой почки в левой подвздошной ямке. Интраоперационно: почку с техническими трудностями удалось мобилизовать из рубцовых тканей. По передней губе ближе к верхнему полюсу почки выявлен узел размером 2 см. При дальнейшей мобилизации в нижнем полюсе визуализировано опухолевое образование диаметром до 2,5 см, выполнена резекция почки с вышеуказанными узлами, без пережатия почечной артерии. Подозрительные кистозные участки также резецированы с использованием интраоперационного УЗИ.

Гистологическое заключение: опухолевые узлы имеют строение папиллярного рака II степени анаплазии. В краях резекции — без опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без серьезных осложнений с незначительным повышением уровня сывороточного креатинина и сохраненным диурезом. На 21-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии с дальнейшей рекомендацией контрольного осмотра через 2 мес для ре-



Рис. 3. КТ: отрицательная динамика в виде увеличения опухолевых узлов на 1 см в диаметре за 2 года

шения вопроса хирургического лечения контралатеральной почки.

17.02.14 выполнена резекция аутотрансплантированной левой почки: разрез в правой паховой области длиной около 15 см. С техническими трудностями из-за рубцовых изменений тканей удалось мобилизовать почку, но сосудистую ножку и мочеточник мобилизовать не удалось. При пальпаторной ревизии выявлено несколько опухолевых узлов, располагающихся преимущественно по передней поверхности в области верхнего и нижнего полюсов почки. Под контролем УЗИ (рис. 4) резецировано 5 узлов диаметром от 1,0 до 4,0 см (рис. 5, 6), без пережатия почечной артерии.

Гистологическое заключение: 5 опухолевых узлов представлены разрастанием папиллярного рака. Один из узлов практически полностью некротизирован.

Послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно. В послеоперационном периоде на 6-е сутки по страховому дренажу выявлено подтекание мочи в объеме 30 мл в сутки, по данным УЗИ вокруг правой почки определяется прослойка свободной жидкости диаметром до 3,0 см, что потребовало динамического

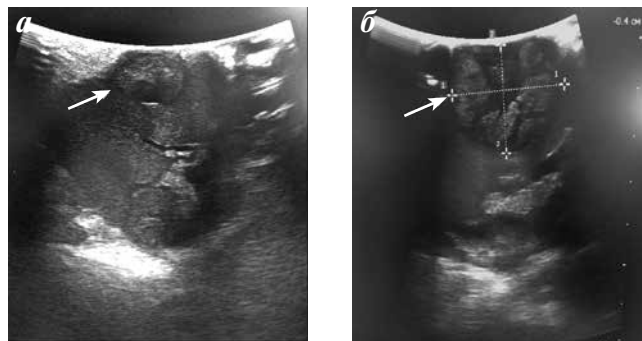


Рис. 4. Интраоперационное УЗИ: опухолевое образование в верхнем полюсе размерами $2,7 \times 3,0$ см

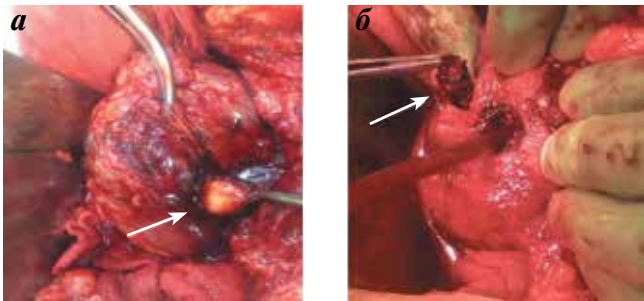


Рис. 5. Фрагменты резекции опухолевого узла



Рис. 6. Макропрепарат резецированных опухолевых узлов

наблюдения. Однако на 23-и сутки отмечена положительная динамика — при УЗИ прослойка вокруг почки с признаками организации, по страховому дренажу отделяемого нет, дренаж удален. Показатели креатинина и мочевины сохранялись в пределах нормы. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан с рекомендациями контрольного обследования в РОНЦ через 3 мес.

Клинический случай 2*

У пациентки с единственной почкой в январе 2005 г. выполнена экстракорпоральная резекция левой почки

по поводу светлоклеточного рака II степени анаплазии. Спустя 5 лет выявлен рецидив в зоне предыдущей резекции, в связи с чем в июне 2010 г. выполнена ререзекция единственной левой почки, с морфологическим заключением, аналогичным вышесказанному. Пациентка ежегодно наблюдалась в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. На контрольном обследовании в марте 2014 г. признаков рецидива заболевания и отдаленных метастазов не выявлено, уровень креатинина и мочевины — в пределах нормы.

Заключение

Описанные нами клинические случаи демонстрируют возможность выполнения повторных резекций при развитии рецидивов после ЭКРП. Множественные опухолевые узлы в обеих ранее оперированных почках и наличие ХБП вызывали сомнения в целесообразности повторных операций, но в конечном итоге ререзекции оказались эффективными как с онкологической, так и с функциональной точки зрения. Пациентам удалось избежать побочных эффектов и осложнений программного гемодиализа и, соответственно, сохранить высокое качество жизни.

Несмотря на условный характер радикальности описанных нами вмешательств и сохраняющийся риск появления рецидивных опухолей в будущем, подобные операции могут позволить добиться длительных ремиссий при удовлетворительной функции резецированной почки. Так, во 2-м случае повторная резекция обеспечила длительный безрецидивный период сроком более 45 мес. Тщательный отбор пациентов, также как проведение лечения в специализированных центрах, является залогом успеха в лечении данной категории больных.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. (Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии). Нефрология и диализ 2011;13(3):152–250.

2. Матвеев В.Б., Матвеев Б.П., Волкова М.И. и др. Роль органосохраняющего лечения рака почки на современном этапе. Онкоурология 2007;2:5–11.

3. MacLennan S., Imamura M., Lapitan M.C. et al. Systematic review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. Eur Urol 2012;61(5): 972–93.

4. Roos F.C., Pahernik S., Brenner W., Thüroff J.W. Imperative and elective indications for nephron-sparing surgery for renal tumors: long-term oncological follow-up. Actuelle Urol 2010;41(Suppl 1):70–6.

* Аналогичный случай был описан ранее, см.: Онкоурология 2011;1:105–7.