

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ

Ю. Аляев, член-корреспондент РАМН, профессор,

З. Григорян, доктор медицинских наук,

А. Левко, кандидат медицинских наук,

ММА им. И.М. Сеченова

E-mail: zaredoc@rambler.ru

При двустороннем раке почек с выраженной симптоматикой первоначальное пособие следует проводить на стороне большего поражения, в остальных случаях – на более благоприятной для органосохраняющей операции стороне. Неонкологические заболевания контралатеральной почки встречаются у 17,7% больных с опухолью почки; у них до вмешательства необходимо обеспечить адекватный отток мочи с противоположной стороны.

Ключевые слова: опухоль почки, рак почки, двусторонний рак почек, органосохраняющая операция, резекция почки, мочекаменная болезнь.

С внедрением в клиническую практику новейших методов обследования значительно возрастает выявляемость сочетанных поражений почек. Ранняя дооперационная диагностика одно- и двусторонних образований почек, а также сочетания опухоли одной и различных неонкологических заболеваний противоположной почки имеет большое практическое значение, так как от своевременного распознавания болезни зависит тактика лечения пациента и дальнейшего наблюдения за ним. В связи с угрозой возникновения асинхронной опухоли, а также рецидива или прогрессирования клинических проявлений сопутствующей патологии чрезвычайно важно определить последовательность и характер лечебных мероприятий, а также меры по метафилактике патологического процесса.

Среди 1430 больных с опухолью почки, наблюдавшихся в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова с 1973 по 2007 г., двусторонние новообразования выявлены у 117 (8,2%) больных, при этом у 81 (5,7%) пациента диагностирован двусторонний рак почек.

Различают наследственный (светлоклеточный почечно-клеточный рак – ПКР; рак почек при болезни Гиппеля–Линдау; папиллярная карцинома почки) и ненаследственный (спорадический) двусторонний рак почек. В большинстве наблюдений ПКР возникает спорадически [32]. Различают также синхронный (выявляемый одновременно) и асинхронный (выявляемый в противоположной почке через 6 мес и более) двусторонний рак почек.

Из 81 больного синхронный процесс выявлен у 51. Основной метод лечения двустороннего рака почек – хирургический: двусторонние органосохраняющие операции (ОСО) in situ; нефрэктомия с одной стороны и органосохраняющая – с другой; экстракорпоральная ОСО с аутотрансплантацией почки; билатеральная нефрэктомия, с гемодиализом пожизненным или до трансплантации почки [1–5, 11, 14, 15, 19, 22, 43, 44]. Наиболее предпочтительны ОСО in situ с обеих сторон и в отличие от вмешательств, выполняемых по элективным показаниям,

у этих пациентов наряду с резекцией правомочна и энуклеация образования. Двусторонний рак почек является абсолютным показанием к ОСО хотя бы с одной стороны. При этом неизбежно встает вопрос о стороне первой операции. Одни авторы предпочитают вначале оперировать на стороне большего поражения [22, 39, 56], другие [12, 14, 15, 24, 28, 38, 43, 44] с целью уменьшения риска развития острой почечной недостаточности (ОПН) – на стороне меньшего поражения; наконец, некоторые [26, 33, 48, 49] допускают возможность одномоментного вмешательства на обеих почках.

Мы считаем, что выбор стороны первоначального вмешательства должен осуществляться индивидуально и основываться на комплексной оценке выраженности клинических проявлений, соматического состояния, возраста больного, а также местных характеристик новообразования: размеров, локализации и направления роста, которые нередко не коррелируют со стадией опухоли. При выраженной клинической симптоматике оперативное вмешательство должно выполняться на стороне большего поражения. В остальных случаях первую операцию целесообразнее проводить на стороне, более благоприятной для ОСО, которая определяется местными характеристиками опухоли с учетом возможного мультифокального роста (он установлен у 12 из 51 больного). Одномоментное пособие мы считаем травматичным и нецелесообразным.

Из 51 больного оперированы с обеих сторон 40, с одной стороны – 5, не оперированы 6 больных (в связи с соматическими противопоказаниями – 2, отказались – 2, вследствие неоперабельного двустороннего поражения – 1, множественных метастазов – 1). Из 40 больных, оперированных с обеих сторон, у 24 в первую очередь оперирована более благоприятная, а у 16 – менее благоприятная; из 5 больных, оперированных с одной стороны, у 4 первоначально оперирована менее благоприятная и у 1 – более благоприятная сторона. При этом двусторонняя ОСО выполнена 22 пациентам: 16 – двусторонняя резекция почек и 6 – резекция одной почки и энуклеация опухолевого узла из другой. При невозможности двусторонних ОСО данное вмешательство осуществляют с одной стороны и нефрэктомиию – с другой (оперированы 18 больных).

Асинхронный процесс выявлен у 30 пациентов. В опубликованных наблюдениях новообразования в контралатеральной почке устанавливали через 3–25 лет после первой операции [27, 46, 53]. По данным С. Henriksson и соавт. [36], к 21 году после радикальной нефрэктомии частота асинхронного рака достигла 12,9%. По нашим данным, у 19 (63,3%) пациентов асинхронная опухоль выявлена в сроки до 5 лет и у 8 (26,7%) – более чем через 10 лет (в том числе у 1 – через 25 лет) после удаления первоначальной. В связи с этим у больных, оперированных по поводу одностороннего рака почки, необходим пожизненный мониторинг как оперированной стороны (при сохранении органа), так и противоположной.

Из 30 больных асинхронным раком ранее (в сроки от 1 года до 22 лет) 27 пациентам была произведена нефрэктомия, 3 – резекция почки с опухолью. При выявлении асинхронного рака почки лечебная тактика заключается в выполнении ОСО. Как показывает опыт, асинхронный рак в большинстве наблюдений – это опухоль единственной почки с абсолютными показаниями к ОСО. Причем очевидно, что в этой ситуации оправданы как резекция

почки с опухолью, так и энуклеация образования [1–5, 12, 14–16, 19, 20, 22, 24, 37–45].

При возникновении асинхронного новообразования оперированы 27 из 30 больных: резекция почки выполнена у 23, энуклеация опухолевого узла – у 3, нефрэктомия – у 1. В связи с выявленными множественными метастазами (1), мультифокальными опухолевыми узлами и отсутствием их роста в динамике (2) 3 больным операции на противоположной почке не проводились. Широкое распространение ОСО, выполняемых по избирательным показаниям, привело к появлению больных (3 пациента) с асинхронной опухолью почки в разные сроки после первоначальной резекции. Это лишний раз подтверждает обоснованность таких вмешательств при условии выполнения радикального пособия в пределах здоровых тканей [1, 2, 10, 20].

Особенно драматичная ситуация складывается при мультифокальном асинхронном поражении единственной почки, которое выявлено у 5 (16,7%) больных. В подобной ситуации при относительных, а тем более избирательных показаниях к ОСО следует выполнить нефрэктомию, в то время как при двустороннем раке и раке единственной почки правомочно выполнение нескольких вмешательств на почке [2, 10, 20]. Из 5 наших больных оперированы 3: у 2 пациентов произведена резекция почки с 2 опухолевыми узлами, у 1 больного – 2 энуклеации опухолевых узлов. При невозможности осуществить ОСО у больных с опухолью единственной почки, особенно при выраженной клинической симптоматике, показана эмболизация ветвей почечной артерии, питающих опухоль. Подобная тактика применена нами в 2 наблюдениях.

При анализе отдаленных результатов лечения 81 больного двусторонним раком почек местный рецидив после резекции почки отмечен у 4 (4,9%): 2 – с синхронным раком почек и 2 – с асинхронным. Во всех этих наблюдениях получено морфологическое подтверждение иссечения опухоли в пределах здоровых тканей, а рецидив рака возник вне зоны резекции, поэтому его появление, вероятно, связано с ростом сателлитных очагов опухоли. При синхронном раке почек общая 5-летняя выживаемость составила 62,7%, скорректированная – 68,6%, при асинхронном – соответственно 53,3 и 60,0%.

Нами проанализированы также данные, касающиеся больных с опухолью почки в сочетании с сопутствующими неонкологическими заболеваниями: мочекаменной болезнью (МКБ), кистами, гидронефрозом и стенозом почечной артерии. Следует отметить неоднородность этой группы пациентов. У части из них наличие сопутствующего патологического процесса позволяет лишь документировать его, сознавая, что в случае крайней необходимости нефрэктомия не осложнится галопирующим течением хронической почечной недостаточности (ХПН). У них наряду с хотя и относительными, но весьма настойчивыми показаниями к ОСО должны быть детализированы характер и очередность лечебных мероприятий, а также особенности дальнейшей метафилактики патологического процесса. Из 1430 больных с опухолью почки перечисленные сопутствующие заболевания выявлены в 27,7% наблюдений, их проявления с противоположной стороны – в 17,7%.

МКБ установлена у 156 (10,9%) больных с опухолью почки. Сочетание опухоли одной почки и камней (почки или мочеточника) на противоположной стороне отмечено у 63 (4,4%) больных. У 18 из них обнаружен уратный неф-

ролитиаз; камень почки найден у 53, мочеточника – у 10. Среди 45 больных с опухолью одной почки и смешанными камнями почки или мочеточника противоположной у 35 выявлен камень почки, у 10 – мочеточника. У этих больных в первую очередь необходимо определить последовательность и характер лечебных мероприятий. При выраженных клинических проявлениях МКБ удаление камня и восстановление пассажа мочи должно предшествовать оперативному вмешательству по поводу опухоли. Без обеспечения адекватного оттока мочи оперативное пособие по поводу опухоли проводить не следует [2–4, 10, 11, 26].

Среди больных со смешанными камнями первоначально лечебные мероприятия по поводу конкрементов применены у 19 (43,2%). В связи с отсутствием выраженных проявлений МКБ у 25 (56,8%) больных в первую очередь произведены вмешательства по поводу опухоли, затем у 9 (20,5%) осуществлены различные пособия по поводу конкрементов почки. При сочетании опухоли и бессимптомного камня чашечки противоположной почки в 16 (36,4%) наблюдениях мы ограничились динамическим наблюдением с периодическим ультразвуковым (УЗ) контролем. При выборе метода лечения МКБ до оперативного вмешательства по поводу опухоли нужно помнить, что избавление от камней должно проводиться в кратчайшие сроки. При сочетании опухоли и камня мочеточника противоположной почки при условии небольшого его размера, не вызывающего нарушений пассажа мочи, допустимо проведение консервативной терапии, способствующей выведению конкрементов. При задержке сроков отхождения конкремента более чем на 7 дней показаны активные мероприятия. При выборе метода лечения МКБ у больных с опухолью почки следует отдать предпочтение дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) или контактной уретеролитотрипсии. В некоторых случаях (сегодня – редких) при невозможности выполнения последних показана уретеролитотомия. При обсуждении тактики лечения камней мочеточников, несомненно, следует ориентироваться на последние «Рекомендации по лечению уролитиаза», рассмотренные Европейским обществом урологов в Женеве [52], которые выступают за единый поэтапный подход к лечению камней мочеточников, заключающийся в первичном выполнении ДУВЛ, затем – контактной уретеролитотрипсии и, наконец, при необходимости – уретеролитотомии.

Однако ведение больных с опухолью почки и камнем противоположного мочеточника может иногда отступать от общепринятых рекомендаций в связи с необходимостью скорейшего обеспечения пассажа мочи.

У больных с опухолью и камнем противоположной почки больших размеров или множественными камнями оптимально применение чрескожной пункционной литотрипсии и литоэкстракции, при необходимости дополняемой ДУВЛ резидуальных фрагментов [3, 10, 17, 18, 23, 25, 26]. В некоторых случаях (сегодня – редких) показана открытая операция.

В связи с функциональными нарушениями противоположной почки, опасностью возникновения осложнений МКБ и развитием ХПН у этих пациентов наиболее предпочтительны ОСО по поводу рака. У 45 больных выполнено 19 резекций почки и 26 нефрэктомий.

В случае невозможности ОСО при определении тактики лечения МКБ к этим пациентам нужно относиться

как к больным с единственной почкой. Выжидательная тактика в отношении камней ошибочна и чревата угрозой возникновения осложнений даже в тех наблюдениях, в которых клинические проявления МКБ до оперативного вмешательства отсутствовали. Так, осложнения МКБ, возникшие в разные сроки после оперативного пособия по поводу опухоли, отмечены нами в 3 наблюдениях: в 2 – анурия и в 1 – острый пиелонефрит, по поводу которых осуществлены экстренные вмешательства. Первоначальное удаление опухоли допустимо лишь при единичных бессимптомных камнях чашечек; показания определяются индивидуально. Эти больные в послеоперационном периоде нуждаются в УЗ-мониторинге.

В связи с особенностями диагностики и лечения больных с опухолью почки и уратным нефролитиазом мы выделили в отдельную группу. Среди них гиперурикемия выявлена у 84,1%, гиперурикурия – у 40,9%. Перед оперативным вмешательством по поводу опухоли почки необходима медикаментозная коррекция пуринового обмена с целью предотвращения возникновения нарушений уродинамики и мочекишечного криза в послеоперационном периоде. При выявлении опухоли почки у больных уратным нефролитиазом проведение длительного литолиза недопустимо. Начатую терапию уратного нефролитиаза следует продолжить в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах на фоне УЗ-мониторинга за состоянием чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) резецированной и(или) оставшейся почки с добавлением литолитических препаратов при наличии конкрементов.

Из 1430 больных с опухолью почки кисты противоположного органа выявлены у 127 (8,9%): у 105 (82,7%) – паренхиматозные, у 22 (17,3%) – кисты почечного синуса. При сочетании опухоли и кисты почки сразу после УЗИ с эходоплерографией необходимо выполнить мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), позволяющую детализировать все характеристики как плотного, так и жидкостного образований [2, 4, 10, 13, 16, 17]. При подозрительных жидкостных образованиях показана магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет определить характер их содержимого, внутрикистозных структур и классифицировать атипичные кистозные структуры почек по Bosniak [9, 10, 29–31, 41, 51, 54, 55]. В случаях, когда при традиционной МРТ не удается достоверно установить наличие опухоли, показана динамическая МРТ, характеризующая скорость и интенсивность накопления контрастного препарата [9, 10]. Приблизительно 5–7% новообразований почек не удается четко охарактеризовать с помощью современных методов диагностики; они могут быть как злокачественной, так и доброкачественной природы [40, 50]. Среди злокачественной патологии, которая может визуализироваться как жидкостное образование, наиболее часто встречается кистозная форма 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% [32, 47]. По нашим данным, среди образований IV типа Bosniak злокачественный процесс выявлен в 100%, III типа – в 55,6%, II типа – в 12,5% наблюдений. С учетом такой высокой вероятности злокачественного процесса пациенты с жидкостными образованиями III и тем более IV

типов по Bosniak должны подвергаться оперативному вмешательству и уточнению природы заболевания. Тактика в отношении образований II типа определяется индивидуально. Диагностическая роль дооперационной пункции имеет ограниченное значение в связи с тем, что отрицательный результат не может исключить злокачественную природу образования [21, 35, 54]. В диагностике кист почечного синуса большую роль играет фармакоультразвуковое исследование (ФУЗИ). В большинстве наблюдений УЗИ, ФУЗИ и МСКТ позволяют практически всегда дифференцировать обструктивные и кистозные образования почек. При сохраняющихся сомнениях и низкой выделительной функции почек показана МР-урография, позволяющая получить изолированное изображение мочевых путей. По нашим данным, чувствительность МСКТ в дифференциальной диагностике обструктивных заболеваний составляет 95,45%, специфичность – 100%; чувствительность и специфичность МР-урографии – 100% [8, 9, 16].

При выявлении неосложненной кисты почки лечебная тактика зависит от ее размеров, клинических проявлений и внутриорганных гемодинамических нарушений. В преобладающем большинстве наблюдений в первую очередь необходимо осуществить оперативное пособие по поводу опухоли. 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, мы предпочитаем динамическое наблюдение. При бессимптомных жидкостных образованиях с преимущественно интратанальной локализацией (более 2/3) проводим наблюдение и при более крупных их размерах. При крупных кистах, вызывающих клиническую симптоматику, показана их пункция с введением 96% этилового спирта, которую при значительных нарушениях почечной гемодинамики следует осуществить до оперативного вмешательства по поводу опухоли. Из 127 больных пункции кист выполнены у 18 (14,2%), причем у 4 в связи с размерами более 5 см и выраженными нарушениями гемодинамики почки пункция выполнена до, а у остальных 14 – после удаления опухоли. Длительное наблюдение выявило существенный рост кист почечной паренхимы еще у 5 (4,8%) больных, что в последующем потребовало пункции. Рецидивирование кисты, требующее повторной пункции, отмечено в 3 (16,7%) наблюдениях. Из 127 больных у 86 выполнена нефрэктомия, у 38 – резекция почки с опухолью и 3 больных с 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 на противоположной стороне. При обследовании большое значение имеет ФУЗИ, позволяющее выявить ретенционные изменения в ЧЛС, оценить резервные возможности почек и определить последовательность лечебных мероприятий [2, 4, 6, 11]. При этом важны не только особенности уродинамики, но и гемодинамики почки, для оценки которой показана фармакодоплерография. Сегодня наиболее информативным методом является МСКТ с 3-мерной реконструкцией и виртуальной эндоскопией, позволяющая оценить

как морфофункциональное состояние почек и верхних мочевых путей, так и характеристики опухолевого процесса. При непереносимости контрастных препаратов показана МР-урография. По нашим данным, при определении причины стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента чувствительность МСКТ составила 95%, специфичность – 100%, точность – 92,7%, чувствительность МР-урографии – 92,3%, специфичность – 75% и точность – 80% [9]. Считаем, что до операции на почке, пораженной опухолью, необходимо восстановить пассаж мочи с противоположной стороны, причем при выраженном его нарушении восстановление должно предшествовать вмешательству.

У 9 больных операция по поводу опухоли произведена на фоне дренирования мочевых путей с противоположной стороны. В предоперационном периоде оптимальной признана установка катетера-стента. Оперативная коррекция первичного гидронефроза показана при прогрессировании процесса с ухудшением функции почки. При определении показаний к ней следует ориентироваться на степень нарушения уродинамики, функциональное состояние почки, выраженность клинических проявлений, возраст и соматическое состояние больного. У пациентов с опухолью противоположной почки наряду с перечисленными выше факторами важны характеристики злокачественного процесса, которые заставляют при отсутствии выраженного нарушения пассажа мочи направить все усилия на борьбу со смертельно опасным недугом и только позже, при благоприятном течении онкологического заболевания, заниматься коррекцией гидронефротической трансформации.

У 2 больных произведена пластическая операция на мочевых путях после удаления почки с опухолью. У 12 больных в связи с начальной стадией трансформации проводилось динамическое наблюдение. При сочетании опухоли одной почки и гидронефроза противоположной наиболее оправданы ОСО по поводу новообразования. Причем при латентной стадии ХПН показания к ОСО мы рассматриваем как относительные, а при интермиттирующей – как абсолютные. Из 23 больных ХПН отмечена у 15 (65,2%): у 11 – латентная стадия, у 4 – интермиттирующая. Однако техническая возможность ОСО была у 9 больных (3 – с интермиттирующей стадией и 6 – с латентной). Всего ОСО выполнена в 11 наблюдениях. У 12 больных осуществлена нефрэктомия. Среди 23 больных общая 5-летняя выживаемость составила 78,3%, скорректированная – 82,6%.

У 16 (1,1%) больных с опухолью почки выявлено сужение противоположной почечной артерии. У 13 стеноз был обусловлен атеросклеротическим поражением почечной артерии, причем у 4 он был двусторонним, у 3 – с фибромукулярной дисплазией. ХПН выявлена у 12 (75%) больных: у 8 – в латентной и у 4 – в интермиттирующей стадии. Чаше всего о стенозе почечной артерии свидетельствовала артериальная гипертензия, которая наблюдалась у 13 (81,2%) больных. При выявлении опухоли почки и стеноза противоположной почечной артерии нужно оценить степень нарушения проходимости сосуда. При выраженном стенозе до удаления новообразования необходимо восстановить адекватный кровоток путем баллонной дилатации или эн-

доваскулярного стентирования. При незначительном стенозировании, не приводящем к существенному снижению функциональной способности почки, допустимо первоначальное вмешательство по поводу опухоли с последующей корригирующей операцией на сосудах или динамическим наблюдением. Из 16 больных до вмешательства по поводу рака почки у 5 произведена баллонная дилатация, а у 8 – эндоваскулярное стентирование суженной противоположной почечной артерии. У 3 больных корригирующие операции на почечной артерии выполнены после удаления пораженной раком почки. По поводу опухоли почки 16 больным произведены: нефрэктомия (у 7), резекция почки (у 8) и энуклеация опухолевого узла (у 1). В данной группе 1 больной погиб от прогрессирования опухолевого процесса через 3 года, 3 – от сердечно-сосудистых причин в сроки до 5 лет после удаления новообразования. Остальные 12 пациентов живы в течение 5 лет наблюдения. Общая 5-летняя выживаемость составила 75%, скорректированная – 93,75%.

Таким образом, у больных с опухолью почки при выявлении сопутствующего заболевания контралатеральной 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 при ее отсутствии мы оцениваем их как относительные, при интермиттирующей – как абсолютные. Пятилетняя общая выживаемость у больных с опухолью почки при неонкологическом заболевании противоположной составила 76,3%, скорректированная – 83,3%.

Итак, только комплексное применение новейших методов диагностики позволяет своевременно выявить все особенности сочетанного поражения почек, а активная хирургическая тактика способствует улучшению результатов лечения этой сложнейшей категории больных. Однако необходимо всегда помнить о возможности рецидива (или возникновения осложнений) как онкологического процесса, так и различных сопутствующих заболеваний, что требует постоянного динамического наблюдения с целью своевременного предупреждения возможных осложнений.

Список литературы на сайте www.rusvrach.ru

RENAL TUMOR CONCURRENT WITH CONTRALATERAL PATHOLOGY: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Professor Alyaev Yu., Correspondent Member of the Russian Academy of Medical Sciences; Grigoryan Z, MD, Ass. Prof.; Levko A, MD, PhD I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Initial aid should be applied to the side of a more significant lesion in bilateral renal cancer with evident symptoms and to the more favorable side for organ-sparing surgery. Non-cancer diseases of the contralateral kidney are encountered in 17.7% of patients with renal tumor; they should be provided with adequate contralateral urinary drainage prior to surgery.

Key words: renal tumor, renal cancer, bilateral renal cancer, organ-sparing surgery, nephrectomy, urolithiasis.