

СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА МЕТАСТАЗ В ПЕЧЕНЬ

К. Забиров, доктор медицинских наук, профессор, **В. Борисик**, кандидат медицинских наук, **С. Яровой**, кандидат медицинских наук, **В. Мусаков**, кандидат медицинских наук, Городская клиническая урологическая больница № 47 Департамента здравоохранения Москвы
E-mail: gkub47@mosgorzdrav.ru

Представлено наблюдение, в котором успешным оказалось радикальное лечение больного раком почки с подозрением на метастаз в печень.

Ключевые слова: рак почки, симульная операция.

Выполнение одномоментного хирургического вмешательства на 2 и более органах по поводу различных заболеваний называется симульной операцией [11]. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа таких оперативных вмешательств [1–3, 10]. Это связано с совершенствованием методов обезболивания, использованием новых высокотехнологичных методов оперативных вмешательств и развитием реаниматологии, а также с прогрессом дооперационной и интраоперационной диагностики сочетанных заболеваний [4–6, 8, 18, 20].

Преимущество симульных операций заключается в одномоментном избавлении больного от нескольких заболеваний, а также от необходимости проводить повторную операцию и анестезиологическое пособие и риска возможных повторных послеоперационных осложнений. Не менее важен психический настрой больного на проведение однократного оперативного вмешательства при сочетанной патологии [3, 7, 12–14]. С другой стороны, увеличение объема и продолжительности операции закономерно повышает операционно-анестезиологический риск [16, 17, 21].

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология отмечается у 20–30% пациентов хирургического профиля.

К сожалению, в настоящее время отсутствуют общепринятое определение и классификация симульных операций. Ни одна из существующих классификаций не отражает в полной мере характер и специфику всего разнообразия симульных операций при различных заболеваниях. Выбор допустимого суммарного объема вмешательств недостаточно изучен и освещен в литературе.

Л.И. Хнох и И.Х. Фельштинер [15] дали определение этим операциям, разработав вопросы диагностики и лечения сочетанной патологии нескольких органов, выделили основной и симульные этапы оперативных вмешательств и разработали модифицированную классификацию таких вмешательств. Симульными авторами назвали операции, производимые одновременно на 2 или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний. Основным этапом названа операция, направленная на устранение наиболее опасного патологического процесса независимо от дооперационной диаг-

ностики, операционного доступа, а также порядка проведения основного и сопутствующего этапов вмешательства. Были выделены 5 групп показаний к симульным операциям: 1) абсолютные или курантивные; 2) превентивные; 3) профилактические; 4) диагностические; 5) вынужденные.

Заметим, что это наиболее подробная классификация симульных оперативных вмешательств.

Л.В. Поташев и В.М. Седов [9] делят симульные операции на неожиданные, предполагаемые и заранее планируемые. Несколько иного мнения в определении симульного вмешательства придерживаются Н.Н. Малиновский и соавт. [7]. Авторы считают симульной операцией, где отсутствует патогенетическая связь между сочетанными заболеваниями. Они признают симульным вмешательство на брюшной полости в сочетании с другой областью организма (например, на грудной клетке или в забрюшинном пространстве), выполненное по поводу 2 патогенетически не связанных между собой заболеваний. При этом число доступов (разрезов) не уточняется.

D. Lochlein и R. Pichlmaug [19] предложили классификацию одномоментных (симульных) операций разделив их по степени тяжести на: малые операции; операции средней тяжести; операции с высокой степенью риска [20].

Авторы считают вполне допустимым одномоментное выполнение малых и средней степени тяжести операций, причем эту комбинацию уже относят к вмешательствам с высокой степенью риска. Две и более операции с высокой степенью риска, по их мнению, можно производить только в крайне редких ситуациях по жизненным показаниям. Однако нет четкой определенности в очередности выполнения того или иного хирургического вмешательства – ориентируются на тяжесть основного этапа или на «стерильность» операции.

Таким образом, существуют 2 принципиально различающиеся точки зрения на сущность симульных операций: «по объему вмешательства» (операция на 2 и более органах) и «по диагнозу» (операция по поводу 2 и более самостоятельных заболеваний).

Мы склоняемся к первой точке зрения. На наш взгляд, не диагнозы, а предполагаемый объем вмешательства определяет особенности и оперативной техники, и анестезиологического пособия, а также послеоперационное ведение больного.

Урология как область медицины, занимающаяся оперативным лечением заболеваний органов мочеполовой системы, не осталась в стороне от общемировой тенденции в хирургии к росту числа симульных операций. Особенно это заметно в онкоурологии. Сегодня обычной клинической практикой стала цистэктомия с последующей деривацией мочи в изолированный сегмент кишки (операция Бриккера), уретеросигмостомией и даже формированием кишечного мочевого резервуара и его анастомозом с уретрой для восстановления самостоятельного мочеиспускания. Однако операции, одномоментно выполняемые по поводу основного опухолевого очага и солитарных метастазов, все еще являются редкостью. Это связано как с большой технической сложностью, так и со значительным операционно-анестезиологическим риском таких вмешательств.

Приводим описание клинического наблюдения успешного радикального лечения больного раком почки с подозрением на метастаз в печень.

Больной Р., 75 лет, находился на стационарном обследовании и лечении в Городской клинической урологической больнице № 47 Департамента здравоохранения Москвы 14.03–21.04.2007 г. с диагнозом: «Опухоль левой почки Т3NxM1 (метастаз в печень). Киста правой почки. Аденома предстательной железы. Желчнокаменная болезнь. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертония».

Диагнозы были подтверждены компьютерной томографией, ультрасонографическим, доплерографическим сканированием, гастродуоденоскопией, промежностной биопсией предстательной железы.

После предоперационной кардиотропной подготовки больному под эндотрахеальным наркозом 20.03.2007 г. трансабдоминальным доступом выполнено simultанное оперативное вмешательство в объеме: нефрэктомия слева, лимфаденэктомия, левосторонняя адреналэктомия. Иссечение кисты правой почки (объем 700 мл). Холецистэктомия. Резекция печени. Осложнений в ходе оперативного вмешательства не было. Средняя кровопотеря составила 1000 мл.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Проводилась антибактериальная, детоксикационная, кардиотропная и симптоматическая терапия, трансфузия белковых и эритроцитарных компонентов крови и кровезаменителей. Больной был активизирован и начал ходить на 4-е сутки послеоперационного периода. На 9-е сутки удалены страховые дренажи из раны, на 12-е сутки сняты кожные швы. Заживление раны – первичным натяжением.

Заключение гистологического исследования удаленных органов и тканей: смешанноклеточный рак II степени дифференцировки, прорастающий в ткань левой почки; гиперплазия лимфоидной ткани, опухолевая ткань не обнаружена; рисунок и строение ткани надпочечника не изменены; простая тонкостенная киста правой почки; мультилокулярная киста печени, опухолевая ткань не обнаружена.

На 14-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. Клинический диагноз при выписке: «Рак левой почки Т3N0M0. Киста правой почки. Аденома предстательной железы. Желчнокаменная болезнь. Мультилокулярная киста печени. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертония».

Клинические и биохимические анализы крови без отклонения от нормы. При контрольном обследовании через полгода, 1 год и 2 года состояние больного оставалось удовлетворительным, прогрессирования основного (онкологического) заболевания не выявлено.

Таким образом, выполнение пациенту 75 лет без отягощенного общесоматического статуса одновременного оперативного вмешательства (5 операций) из одного хирургического доступа на жизненно важных органах забрюшинного пространства и брюшной полости (обе почки, надпочечник, печень) показывает ряд объективных преимуществ simultанного оперативного вмешательства перед традиционным: один хирургический доступ; однократное анестезиологическое пособие; минимальная кровопотеря; значительное сокращение продолжительности оперативного вмешательства и послеоперационного течения; а также одномоментная коррекция проблемы социальной адаптации и качества жизни больного.

Литература

1. Баков В.С. Симультаные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2000.
2. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультаные операции на органах брюшной полости // Хирургия. – 1986; 3: 23–25.
3. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1999; 6: 54–56.
4. Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике // Хирургия. – 1983; 2: 63–68.
5. Маховский В.З. Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники // Хирургия. – 1992; 4: 47–52.
6. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002; 7: 41–46.
7. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1982; 12: 89–93.
8. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. Симультаные операции в хирургической практике // Вестн. хирургии. – 2002; 161 (5): 84–86.
9. Поташов Л.В., Седов В.М. Сочетанные оперативные вмешательства // Хирургия. – 1979; 8: 6.
10. Рудаков А.А. Плановые сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургических больных: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1993.
11. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультаные операции – название и определение // Вестн. хирургии. – 1981; 5–6: 9.
12. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анн. хир. – 2001; 4: 23–38.
13. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. – 1993; 3: 3–7.
14. Федоров В.Д., Цвиркун В.В., Нешитов С.П. и др. Одномоментные сочетанные операции на почке и других органах // Хирургия. – 2001; 1: 22–26.
15. Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультаные операции в брюшной полости // Хирургия. – 1976; 4: 75–79.
16. DeBrock B., Davis B., Noble M. et al. Combined cholecystectomy and radical genitourinary cancer surgery // Urology. – 1993; 41 (2): 103–106.
17. Filiadis I., Hastazeris K., Tsimaris I. Simultaneous adenomectomy and preperitoneal repair of inguinal hernias by a single incision with the application of polypropylene mesh // Int. Urol. Nephrol. – 2003; 35 (1): 19–24.
18. Gonzales-Ojeda A., Anaya-Prado R., Fuentes-Orozco C. et al. Combined transurethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair // Hernia. – 2003; 7 (3): 141–145.
19. Lochlein D., Pichmayr R // Langenbecks arch. chir. – 1977; 343 (3): 205–206.
20. Savino M., Musquera M., Palou J. et al. Lithiasis in complete ureteral duplication and prostate cancer: combined surgery treatment // Arch. Ital. Urol. Androl. – 2003; 75 (3): 158–160.
21. Takagi H., Mori Y., Iwata H. Simultaneous operations for combined thoracic and abdominal aortic aneurysms // Surg. Today. – 2003; 33 (9): 674–678.

SIMULTANEOUS OPERATION IN A PATIENT WITH RENAL CANCER WITH SUSPECTED METASTASIS TO THE LIVER

*Professor K. Zabirov, MD; V. Borisik, Candidate of Medical Sciences; S. Yarovoy, Candidate of Medical Sciences; V. Musakov, Candidate of Medical Sciences
City Clinical Urology Hospital Forty-Seven, Moscow Department of Health Care*

The paper describes a case in which radical treatment for renal cancer with suspected metastasis to the liver has been successful.

Key words: renal cancer, simultaneous operation.