

у 261 (68,3 %), илеоцекальный угол — у 2 (0,5 %), сигмовидная кишка — у 66 (17,3 %) и прямая кишка — у 1 (0,3 %) больного.

**Результаты и их обсуждение.** Среди наблюдаемых нами больных осложнения в ранние сроки после РЦ развились у 177 (46,3 %) пациентов, и в 16 (4,2 %) случаях они привели к летальному исходу. По поводу данных осложнений было выполнено 85 повторных хирургических вмешательств: 48 открытых и 37 ЧПНС. 95 (24,9 %) осложнений были связаны с погрешностями оперативной техники при реконструкции мочевыводящих путей после РЦ и/или активизацией мочевой инфекции на этом фоне. В 82 (21,5 %) случаях среди причин возникших проблем такой связи не оказалось.

Несостоятельность в зоне мочеточниковых анастомозов проявилась у 12 (3,1 %) пациентов. Несостоятельность швов резервуара с дальнейшим развитием мочевого перитонита и/или мочевых кожных свищей была отмечена у 6 (1,6 %) больных. Для устранения данного осложнения потребовалось 6 повторных операций: 5 открытых и 1 ЧПНС. Оба вышеописанных варианта осложнений в силу угрозы развития разлитого мочевого перитонита предполагали неотложные хирургические вмешательства. Несостоятельность уретрорезервуарного анастомоза встречалась у 12 (3,1 %) пациентов. Стриктура мочеточниково-резервуарного анастомоза с развитием гидроуретеронефроза (ГУН) возникла в 5 (1,3 %) случаях. Другими частыми осложнениями, которые наблюдались у 4 больных

после УСА (9,5 %) и у 1 после илеоцистопластики (0,4 %), были нарушения уродинамики верхних мочевых путей (ВМП). Развитие ГУН у этих пациентов было вызвано высоким внутрирезервуарным давлением в сигмовидной кишке в первом случае и резервуарномочеточниковым рефлюксом во втором, что неизбежно приводило к вторичному пиелонефриту. Поэтому все они были прооперированы: выполнены 1 открытая операция и 4 ЧПНС. Характерным и нередким осложнением для резервуаров из подвздошной кишки была их тампонада слизью — у 8 (2,1 %) пациентов. В результате нарушения отведения мочи из почек и резервуара острый вторичный пиелонефрит наблюдался у 38 (9,9 %) больных, по поводу чего было выполнено 19 ЧПНС и 2 открытых операции на почке (нефрэктомия и декапсуляция почки с нефростомией). Вторичный пиелонефрит значительно чаще встречался у пациентов после РЦ с УСА и артифициальным МП из подвздошной кишки. У 7 (1,8 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде на фоне нарушения оттока мочи из почек, рефлюкса и восходящего острого пиелонефрита развился уросепсис.

**Выводы.** РЦ является общепризнанным методом лечения больных раком мочевого пузыря. Вместе с тем следует учитывать, что это сложное и травматичное оперативное вмешательство, сопровождающееся различными осложнениями. Их анализ позволяет в дальнейшем осуществлять эффективную профилактику и тем самым улучшить результаты данной операции.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ВЫСОКИМ ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОЗОМ

© *Б.К. Комяков, С.А. Замятнин, В.В. Шломин, Е.А. Шлойдо*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Рак почки занимает третье место по частоте встречаемости среди всех онкоурологических заболеваний, характерной особенностью его является способность к инвазивному росту по просвету венозных сосудов. Сначала поражается внутриорганная сеть

с последующим прорастанием через почечную вену в просвет нижней полой вены. В 10–25 % случаев с интракавальной раковой инвазией опухоль распространяется по нижней полой вене (НПВ) и выше диафрагмы. Единственным доказавшим свою эффективность методом ле-

чения этой группы больных является хирургический, заключающийся в выполнении нефрэктомии с тромбэктомией. Наиболее сложным представляется хирургическое лечение больных с «высоким» опухолевым тромбозом.

**Материалы и методы исследования.** С 1998 по 2016 год в клинике урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова проходили лечение 27 больных раком почки с признаками распространения опухоли в просвет нижней полой вены выше места впадения в нее печеночных вен. В 16 (59,3 %) случаях опухоль не достигала полости сердца. У 7 (25,9 %) пациентов тромб пролабировал в полость правого предсердия. Четверо (14,8 %) больных были расценены как неоперабельные вследствие распространенности онкологического процесса и имевшихся при поступлении признаков нарастающей почечно-печеночной недостаточности. Состояние регионарных лимфатических узлов расценено как N0 у 23 (48,1 %) больных, в 9 (33,3 %) случаях выявлены единичные пораженные опухолью лимфатические узлы — N1, N2 диагностированы у 5 (18,5 %) пациентов. Отдаленные метастазы верифицированы в 7 (25,9 %) случаях.

Удаление опухолевых масс из полости правого предсердия осуществлялось в 3 случаях с использованием аппарата искусственного кровообращения. В остальных 4 случаях операция проводилась по разработанной в нашей клинике методике рентгенэндоваскулярного удаления краниального отдела опухолевого тромба. Предложенный метод предполагает интракавальное отсечение краниального отдела тромба и после его марцелляции последующее извлечение через рентгенэндоваскулярный хирургический доступ в яремной артерии. После удаления «верхушки» опухолевого тромба выполнялась традиционная нефрэктомия с тромбэктомией из брюшного отдела НПВ.

При операциях по поводу опухоли левой почки выполнялся трансдиафрагмальный доступ к внутриперикардiallyму отделу нижней полой вены, предложенный М.И. Давыдовым. Во всех случаях опухолевого тромбоза, исходящего из правой почки и не пролабировавшего в полость сердца, операция выполнялась по предложенной в нашей клинике новой методике доступа к интраперикардiallyму

отделу НПВ. Метод заключается в выполнении тораколумболапаротомического доступа в VIII межреберье. Выполняется традиционная нефрэктомия и мобилизуется брюшной отдел НПВ. Затем правое легкое отводится кверху и медиально. Вскрывается перикард. Пережимается мобилизованная ранее левая почечная вена и поясничные вены. На грудной отдел НПВ выше опухолевого тромба накладывается сосудистый зажим, вскрывается брюшной отдел НПВ с иссечением устья правой почечной вены, эвакуируется опухолевый тромб, затем пережимается полая вена ниже печеночных сосудов, а зажим с грудного отдела НПВ снимается. Дефект НПВ ушивается, после чего восстанавливается кровоток.

**Результаты и их обсуждение.** Интраоперационная летальность составила 7,4 % (2 больных), в раннем послеоперационном периоде умерло еще 2 пациента (7,4 %). Причиной смерти во всех случаях послужила тромбоэмболия легочной артерии или сердечная недостаточность. Прогрессирование онкологического заболевания преимущественно проявлялось в виде появления отдаленных метастазов — 10 (37,0 %) больных. Все четверо не оперированных нами пациентов умерли в течение 2 месяцев от начала периода наблюдения.

Несмотря на большой объем и сложность хирургического пособия, 3-летняя выживаемость больных превышала 40 %. Наиболее значимым неблагоприятным прогностическим фактором, влиявшим на выживаемость пациентов, являлось наличие инвазии неопластического процесса в регионарные лимфатические узлы.

**Заключение.** Нефрэктомия с тромбэктомией является единственным эффективным методом лечения опухолевых тромбов при раке почки. Тактика хирургического лечения этой группы больных представляет собой сложную задачу и в первую очередь зависит от распространенности тромба. У тех больных, у которых опухолевый тромб не достигает полости правого предсердия, целесообразно использовать метод наддиафрагмального пережатия грудного отдела НПВ. При распространении опухоли в полость правого предсердия предпочтительно использовать рентгенэндоваскулярную методику удаления краниального отдела тромба.