

**Патент на корисну модель 77911 України, МПК (2013.01) А 61 В 17/00.  
Спосіб хірургічного лікування інтратренальної пухлини /  
Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук, О.А. Войленко, О.Е. Стаховський ;  
Національний інститут раку. – № u201212262 ; заявл. 26.10.2012 ; опубл.  
25.02.2013. – Бюл. № 4.**

Заявка відноситься до галузі медицини, а саме до онкології і може знайти практичне застосування у лікуванні пацієнтів на нирково-клітинний рак.

Нирково-клітинний рак є найбільш розповсюдженим солідним ураженням нирки, що займає десяте місце у світі по рівню захворюваності серед всіх злоякісних новоутворень і становить 2 – 3 % від загальності кількості онкозахворювань [1].

Завдяки втіленню нових методів променевої діагностики, таких як спіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження, кількість клінічно безсимптомних форм нирково-клітинного раку, що випадково діагностовано, суттєво зростає. Дані новоутворення частіше всього мають невеликі розміри та початкову стадію розвитку.

Основним видом лікування хворих на нирково-клітинний рак залишається проведення радикальної нефректомії, яка при локалізованих формах в більшості випадків дозволяєвилікувати хворого від онкологічного захворювання.

Органозберігаючі операції, виконані при розмірі пухлини нирки менше 4 см дозволяють досягнути таких віддалених результатів безрецидивної виживаності, як у пацієнтів, що перенесли радикальну нефректомію – і є радикальним методом лікування [2].

За прототип обрано спосіб видалення інтратренальної пухлини (Органосохраняющие операции при опухоли почки / Ю.Г. Аляев, П.В.

Глыбочко, З.Г. Григорян, М.А. Газимиев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с. : ил.), за яким після виділення та мобілізації нирки нефротомію проводять в поперечному напрямку, а потім виконують видалення пухлини, дефект нирки вшивають вузловими вікріловими швами із застосуванням гемостатичної губки.

Позитивним у прототипі є те, що такий розріз нирки є малотравматичний, а видалення пухлини – технічно простим в виконанні.

Недоліком прототипу є те, що при задньо розміщених пухлинах відносно лоханки проведення резекції призводить до порушення цілісності порожнистої системи нирки, великого дефекту паренхіми і в подальшому – до різкого порушення функції та загибелі нирки, або взагалі операція закінчується нефректомією.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб хірургічного лікування інтратренальної пухлини шляхом виділення, мобілізації нирки та проведення нефротомії, а при задньо розміщених пухлинах відносно лоханки – повертання нирки на  $180^{\circ}$  відносно судинної ніжки, що дасть можливість покращити техніку оперативного втручання, дозволить зберегти нирку та знизить ризик виникнення порушення її функції в майбутньому.

Поставлена задача вирішується наступним чином:

Після дослідження нирок за методом спіральної комп'ютерної томографії із внутрішньовенним контрастним підсиленням в аксіальній та коронарній проекціях чітко встановлюють розміри та характер росту пухлини (екзо- чи ендофітний), локалізацію, відношення до лоханки та порожнистої системи нирки, ниркової судинної ніжки, після чого хворого вкладають на операційний стіл у горизонтальному положенні лежачи на спині. Після обробки операційного поля підреберним або серединно-латеральним розрізом на стороні ураження виконують пошаровий доступ до черевної порожнини. Петлі кишківника зміщають медіально. Розкривають

задній листок очеревини над ниркою. Виділяють нижню третину сечоводу та ниркову ніжку, нирку звільняють від навколониркової жирової клітковини. Короткочасна ішемія нирки проводиться шляхом перетискання ниркової артерії. За цей час, якщо пухлина знаходиться допереду від лоханки нирки, то нефротомія виконується в поперечному напрямку по передній поверхні над пухлиною, після чого виконується видалення пухлини в межах здорових тканин. Якщо дозаду – повертаємо нирку на  $180^{\circ}$  відносно судинної ніжки так, щоб верхній полюс був донизу та виконуємо нефротомію з послідуочим видаленням пухлини. Дефект паренхіми вшиваємо вузловими вікріловими нитками із застосуванням гемостатичної губки. Ішемію нирки знімаємо. Гемостаз по ходу операції. До місця резекції підводимо дренажні трубки, які виводимо через контраппертуру. Вшиваємо задній листок очеревини. Пошарові шви на шкіру. Асептична пов'язка.

Клінічна апробація способу хірургічного лікування інтратренальних пухлин проведена в клініці пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку під час лікування 18 хворих.

Переконливим доказом ефективності застосування запропонованого способу хірургічного лікування інтратренальних пухлин є витяги з історій хвороб двох хворих.

1. Хвора Б., 1964 р. н., медична карта стаціонарного хворого № 2541. Поступила в клініку 09.03.11 р. За даними спіральної комп'ютерної томографії від 13.03.11 р. мало місце пухлинне ураження правої нирки з повністю ендofітним ростом пухлини, яка розміщувалась по задній поверхні розміром 50 x 47 x 37 мм. Встановлено діагноз: Пухлина правої нирки T1vN0M0, I стадія, клінічна група 2. Після передопераційної підготовки, хворій підреберним розрізом справа виконано пошаровий доступ до черевної порожнини. Петлі кишківника зміщено медіально. Розкрито задній листок очеревини над правою ниркою. Виділено нижню третину сечоводу та ниркову ніжку, нирку звільнено від навколониркової жирової клітковини.

Під час ішемії нирки шляхом перетискання ниркової артерії на 18 хвилин виконано повертання нирки на  $180^{\circ}$  відносно судинної ніжки так, щоб верхній полюс був донизу, та нефротомію в поперечному напрямку по передній поверхні над пухлиною, після чого виконано видалення пухлини в межах здорових тканин. Дефект паренхіми вшито вузловими вікріловими нитками із застосуванням гемостатичної губки. Здійснено гемостаз по ходу операції. До місця резекції підведено дві дренажні трубки, які виведено через контрапертуру. Вшито задній листок очеревини. Накладено пошарові шви на шкіру. Асептична пов'язка. Тривалість операції – 110 хв., крововтрата під час операції – 300 мл, гемотрансфузія під час операції та в ранньому післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 5 добу після операції. Хвору виписано у задовільному стані на амбулаторне лікування на 8 добу після операції. За даними спіральної комп'ютерної томографії, виконаної через 6 місяців після оперативного втручання, даних за рецидив захворювання, метастази не виявлено. Рівень загальної клубочкової фільтрації становив 92 мл/хв., а правої нирки – 42 мл/хв.

2. Хвора Д., 1985 р.н., медична карта стаціонарного хворого № 11752. Поступила в клініку 26.10.11 р. За даними спіральної комп'ютерної томографії від 28.10.11 р. мало місце пухлинне ураження лівої нирки з повністю ендofітним ростом пухлини, яка розміщувалась по задній поверхні розміром 42 x 46 x 40 мм. Встановлено діагноз: Пухлина лівої нирки T1vN0M0, I стадія, клінічна група 2. Після передопераційної підготовки, хворій підреберним розрізом зліва виконано пошаровий доступ до черевної порожнини. Петлі кишківника зміщено медіально. Розкрито задній листок очеревини над лівою ниркою. Виділено нижню третину сечоводу та ниркову ніжку, нирку звільнено від навколониркової жирової клітковини. Під час ішемії нирки шляхом перетискання ниркової артерії на 15 хвилин виконано повертання нирки на  $180^{\circ}$  відносно судинної ніжки так, щоб верхній полюс

був донизу, та нефротомію в поперечному напрямку по передній поверхні над пухлиною, після чого виконано видалення пухлини в межах здорових тканин. Дефект паренхіми вшито вузловими вікріловими нитками із застосуванням гемостатичної губки. Здійснено гемостаз по ходу операції. До місця резекції підведено дві дренажні трубки, які виведено через контрапертуру. Вшито задній листок очеревини. Накладено пошарові шви на шкіру. Асептична пов'язка. Тривалість операції – 105 хв., крововтрата під час операції – 350 мл, гемотрансфузія під час операції та в ранньому післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 5 добу після операції. Хвору виписано у задовільному стані на амбулаторне лікування на 7 добу після операції. За даними спіральної комп'ютерної томографії, виконаної через 3 місяці після оперативного втручання, даних за рецидив захворювання, метастази не виявлено. Рівень загальної клубочкової фільтрації становив 104 мл/хв., а лівої нирки – 45 мл/хв.