

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра

Р.А. Часнойть
15 февраля 2007 г.
Регистрационный № 018-0306

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНГИОМИОЛИПОМОЙ ПОЧКИ
И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОРГАНосоХРАНЯЮЩИХ
ОПЕРАЦИЙ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: канд. мед. наук А.Н. Нечипоренко, д-р мед. наук Н.А.
Нечипоренко, О.Ю Корчагин, А.И. Байчук

Минск 2007

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Диагностическая ультразвуковая установка.

Набор хирургических инструментов для выполнения типовых открытых операций на почке.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Одиночная ангиомиолипома (АМЛ) почки или множественные АМЛ одной или обеих почек.

АМЛ почек, ассоциированные с туберозным склерозом головного мозга (синдром Бурневилля-Прингла).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Липосаркома почки.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Результаты хирургического органосохраняющего лечения больных с АМЛ почек и данные о скорости роста АМЛ (средняя скорость роста одиночной АМЛ не превышает 1,5 мм/год), позволили обосновать новую тактику ведения больных с почечной АМЛ. При этом главную роль играют параметры: величина и локализация опухоли, возраст пациента, особенности клинических проявлений заболевания, скорость роста опухоли. На основе сравнительной оценки результатов обследования предлагается хирургическая тактика, позволяющая сократить до минимума количество нефрэктомий, процент которых все еще высок при АМЛ почки.

Тактика ведения больных с АМЛ почки

1. У лиц в возрасте до 50 лет (когда предполагаемая продолжительность предстоящей жизни составляет 20 лет и более).

Показано удаление АМЛ после установления диагноза в следующих случаях:

- ♦ одиночные АМЛ с клиническими проявлениями заболевания независимо от размеров опухоли;
- ♦ асимптомные АМЛ диаметром 1,5 см и более, локализующиеся в среднем сегменте почки;
- ♦ АМЛ почки диаметром 2 см и более при другой локализации;
- ♦ при множественных АМЛ удалению подлежат опухоли диаметром 2 см и более;
- ♦ спонтанный разрыв АМЛ.

Определение показаний в пользу такого подхода значительны. Так, при АМЛ диаметром 2 см на момент выявления заболевания и при средней скорости ее роста 1,5 мм/год за 20 лет предстоящей жизни пациента опухоль увеличится на 3 см и ее диаметр станет равным 5 см. При таких размерах АМЛ появляются клинические симптомы заболевания и часто наблюдаются спонтанные разрывы опухоли с образованием массивных паранефральных гематом. В данном случае, как правило, выполняется нефрэктомия.

Выполнить органосохраняющую операцию технически проще при АМЛ в

среднем сегменте при размерах опухоли до 2-х см в диаметре. АМЛ почки диаметром 4 см, локализуемая в среднем сегменте, и особенно в воротах почки, как правило, требует выполнения нефрэктомий.

В целях максимального сохранения функционально активной паренхимы почек при множественных АМЛ следует прибегнуть к удалению больших по диаметру опухолей. Выбор выполнения нефрэктомий показан в случаях потери или резкого угнетения функции почки, вызванного разрушением паренхимы опухолевой тканью.

Рекомендуется применить динамическое ультразвуковое наблюдение при одиночной АМЛ почки с локализацией вне среднего сегмента, диаметром менее 2-х см или менее 1,5 см при локализации в среднем сегменте при отсутствии клинических признаков заболевания. УЗИ необходимо выполнять 1 раз в год. В случае выявления роста опухоли со скоростью более 1,5 мм/год или, если в процессе наблюдения ее диаметр достигнет 2 см и при меньшей скорости роста, показано удаление АМЛ.

2. У лиц в возрасте старше 50 лет (когда предполагаемая продолжительность предстоящей жизни составляет менее 20 лет).

Удаление АМЛ показано после установления диагноза в следующих случаях:

2.1. Одиночная АМЛ диаметром 3 см и более.

2.2. Наличие клинических проявлений заболевания и при меньших размерах АМЛ.

2.3. Множественные АМЛ, вызывающие нарушение функции почки.

2.4. Спонтанный разрыв АМЛ.

Хирургическое лечение в плановом порядке показано пациентам в возрасте до 70 лет при одиночной АМЛ диаметром 3 см и более или при наличии клинических проявлений заболевания даже при меньших размерах опухоли. У лиц старше 70 лет при наличии показаний к операции целесообразно ограничиться эмболизацией артерий опухоли.

При одиночной бессимптомной АМЛ почки диаметром менее 3-х см следует применять динамическое ультразвуковое наблюдение после морфологического подтверждения доброкачественности опухоли. В случае ускорения роста опухоли более 1,5 мм/год или при достижении опухолью диаметра 3 см и при меньшей скорости роста, а также при появлении местных симптомов заболевания или при выявленном нарушении функции почки предлагается удаление АМЛ с сохранением почки. Если скорость роста АМЛ, размеры которой на момент выявления не превышали 3 см в диаметре, не более 1,5 мм/год и нет клинических проявлений заболевания – наблюдение за пациентом можно продолжать.

Вопрос об удалении больших по диаметру опухолей при множественных АМЛ рассматривается в случае нарушения функции почки.

Нефрэктомия при одиночной АМЛ почки рассматривается как крайняя мера и показана только в случаях, когда на момент выявления размеры опухоли превышают 5 см в диаметре и опухоль поражает 2 смежных сегмента почки при резком нарушении ее функции.

При спонтанном разрыве АМЛ по жизненным показаниям выполняется нефрэктомия. Альтернативой ей может рассматриваться эмболизация почечной артерии с целью остановки кровотечения.

3. Больные с АМЛ почек при синдроме Бурневилля-Прингла

Больные с опухолями, размеры которых меньше 2-х см, должны подвергаться динамическому наблюдению (УЗИ один раз в 6 мес.). В случаях увеличения опухолей в процессе наблюдения или при появлении симптоматики необходимо удаление опухолей диаметром 2 см и более.

При множественных АМЛ более 2-х см в диаметре необходимо удаление большего количества опухолей для сохранения здоровой паренхимы почки.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНГИОМИОЛИПОМОЙ ПОЧКИ

Предлагается органосохраняющая операция (ОСО) в виде энуклеации опухолевого узла, секторальной резекции почки или резекции полюса почки, как оптимальный метод хирургического лечения одиночной АМЛ почки.

Энуклеация опухолевого узла

Показания для энуклеации опухоли: АМЛ, локализуемая в среднем сегменте или в воротах почки.

Энуклеация почечной АМЛ выполняется следующим образом. Люмботомия, мобилизация почки. Выделение почечной артерии и ее пережатие. При хорошей визуализации опухоли рассекается фиброзная капсула почки вокруг опухоли и шпателем осторожно отделяется опухоль от неизменной почечной ткани, доходя до основания опухоли. Вместе с тем, плохо выраженная капсула опухоли является причиной частой ее перфорации. В этом случае опухолевая ткань удаляется из ее ложа шпателем или кюреткой до появления неизменной почечной ткани. Удаленная опухолевая ткань направляется на срочное гистологическое исследование.

Если в процессе удаления опухоли будут вскрыты чашечка или лоханка почки, они ушиваются кетгутом наглухо. Образовавшаяся после удаления опухоли каверна в паренхиме почки обрабатывается 96% этиловым спиртом и ушивается с использованием прокладки из жировой или фиброзной капсулы почки.

Секторальная резекция почки

Показания: АМЛ почки любой локализации опухоли, кроме ворот почки.

После люмботомии и мобилизации почки выделяется и пережимается почечная артерия. Отступая от видимого края опухоли на 0,3-0,5 см, окаймляющим опухоль разрезом рассекается фиброзная капсула почки и ее паренхима на глубину до 0,5 см. Затем тупо выделяется сектор почечной ткани вглубь почки, при этом опухоль со всех сторон остается покрытой слоем неизменной почечной паренхимы. По мере углубления в почечную паренхиму выделяемый участок с опухолью приобретает коническую форму. В ходе выделения сектора почечной ткани легко

обнаруживаются сосуды, входящие в удаляемый сектор. Сосуды пережимаются зажимом и пересекаются. Схема секторальной резекции приведена на рисунках 1-3.

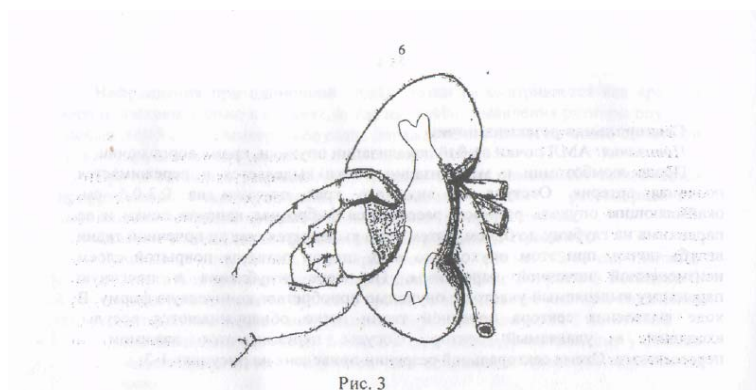
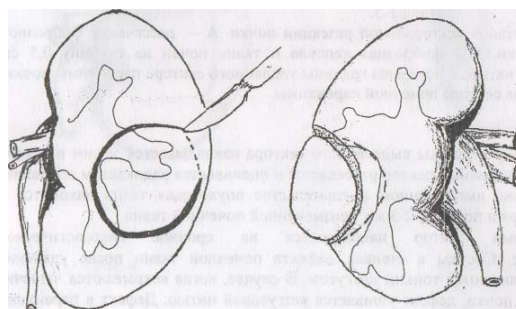


Рисунок 1 – Схемы этапов секторальной резекции почки. А – рассечение фиброзной капсулы почки; Б – фиброзная капсула и ткань почки на глубину 0,5 см рассечена, пунктиром показаны границы удаляемого сектора паренхимы почки; В – выделение сектора почечной паренхимы

На ткань у вершины выделенного сектора накладывается зажим и сектор отсекается. Удаленный сектор рассекается и оценивается радикализм операции. При правильно выполненном вмешательстве опухолевая ткань находится в центре сектора и покрыта 2-3 мм неизменной почечной ткани.

Удаленный сектор направляется на срочное гистологическое исследование. Сосуды в стенках дефекта почечной ткани после удаления сектора прошиваются тонким кетгутом. В случае, когда вскрываются чашечка или лоханка почки, дефект ушивается кетгутовой нитью. Дефект в паренхиме почки ушивается кетгутовыми отдельными швами на прокладке из жировой или фиброзной капсулы почки. Снятием турникеты или зажима с почечной артерии контролируется эффективность гемостаза. Вся процедура выделения и удаления сектора почечной ткани занимает 5-12 мин.

Резекция полюса почки

Резекцию полюса почки выполняется типично после пережатия почечной артерии. Полюс почки декапсулируется и клиновидно

иссекается. При вскрытии чашечно-лоханочной системы почки дефект ушивается кетгутом наглухо.

Методы ушивания раны почки после удаления опухоли

Образовавшаяся рана в почке после энуклеации опухолевого узла или удаления сектора почечной ткани с опухолью ушивается с использованием прокладки из одного (рисунки 2) или двух (рисунки 3) лоскутов фиброзной капсулы почки. После снятия турникета с почечной артерии оценивается качество гемостаза.

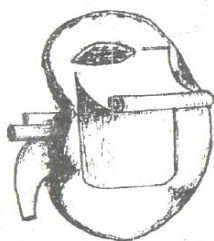


Рис. 4

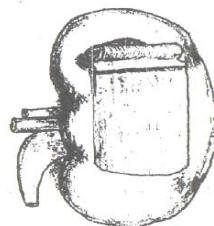
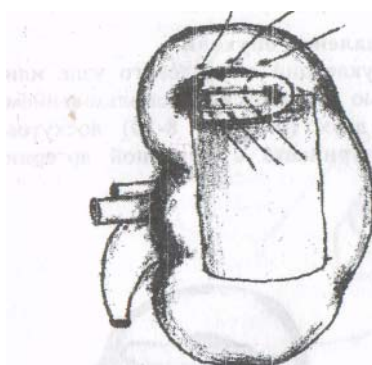


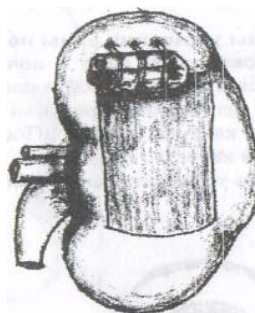
Рис. 5

а

б

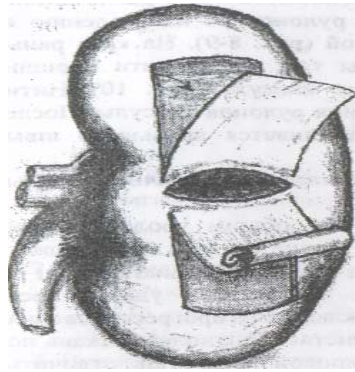


в

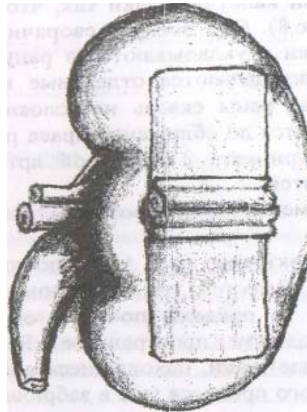


г

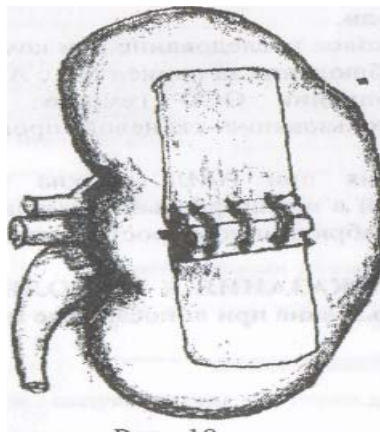
Рисунок 2 – Техника ушивания опухоли с использованием прокладки из одного лоскута



а



б



в

Рисунок 3 – Техника ушивания опухоли с использованием прокладки из двух лоскутов

Техника ушивания раны почки следующая. Ниже или выше раны в почке (в зависимости от локализации дефекта в паренхиме) рассекается фиброзная

капсула языкообразным разрезом так, чтобы его основание было в 2 раза длиннее длины раны в почке (рисунок 2а). Лоскут капсулы сворачивается в виде рулона по направлению к ране в почке и укладывается в виде двустволки (рисунок 2б). Таким образом, рана оказывается выполненной рулоном фиброзной капсулы почки. Через свернутую капсулу на рану накладываются отдельные кетгутовые швы так, чтобы нити проходили через неотделенную от ткани почки фиброзную капсулу (рисунок 2в). Это будет препятствовать прорезыванию швов. Нити завязываются до сближения краев раны и фиксации рулона капсулы к дну раны и ее краям (рисунок 2г).

При ушивании раны почки в среднем сегменте на передней или задней поверхности используются 2 лоскута фиброзной капсулы (рисунок 3).

Техника ушивания раны почки с использованием двух лоскутов фиброзной капсулы

Выше и ниже раны почки выкраиваются 2 языкообразных лоскута фиброзной капсулы почки так, чтобы длина их оснований была равна длине раны (рисунок 3а). Оба лоскута сворачиваются в виде рулонов по направлению к ране почки и укладываются один на другой (рисунок 3а, б). На края раны почки накладываются отдельные кетгутовые швы так, чтобы нити прошли через края раны сквозь неотслоенную фиброзную капсулу (рисунок 3в). Нити завязываются до сближения краев раны и уплотнения рулонов капсулы. После снятия турникета с почечной артерии почка наполняется кровью, и швы уплотняются.

Оба метода позволяют добиться хорошего гемостаза и герметичности раны почки.

Нефрэктомия при АМЛ почки выполняется по общим урологическим правилам. Вместе с тем, надо помнить о том, что в ряде случаев АМЛ может выходить за пределы почки и опухолевая масса может располагаться и в паранефральном пространстве. В этих случаях необходимо удалить все измененные ткани, находящиеся вне почки, для исключения прогрессирования опухолевого процесса уже в забрюшинном пространстве. Опухолевая ткань по цвету не отличается от цвета паранефральной жировой клетчатки, отличить опухолевую ткань можно только по консистенции: она плотная и легко отделяется от неизменной жировой ткани.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Ошибкой является отказ от хирургического лечения в случаях, когда скорость роста АМЛ превышает 1,5 мм/год даже при отсутствии клинических проявлений опухоли.

2. Ультразвуковое исследование или компьютерная томография в процессе диспансерного наблюдения за пациентом с АМЛ являются обязательными.

3. При выполнении ОСО гемостаз должен быть надежным, чему способствует использование тканевой прокладки между краями дефекта в паренхиме почки.

4. Нефрэктомия при АМЛ должна сопровождаться удалением всех измененных тканей в паранефральной жировой клетчатке для предупреждения рецидива АМЛ в забрюшинном пространстве.