



УДК 616.61-091.8-006-089.87-036.87

И. В. Рачок, канд. мед. наук

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 616.61-091.8-006-089.87-036.87

I. V. Rachok

РЕНТГЕНОЕНДОВАСКУЛЯРНА ХІРУРГІЯ ПРИ РАКУ НИРКИ

Одесский державный медицинский университет, Одесса, Украина

Рентгеноендовакулярна емболізація судин у хворих на рак нирки в III–IV стадії захворювання є ефективним способом профілактики інтраопераційної масивної крововтрати.

Зменшення масивної крововтрати під час оперативного лікування хворих на рак нирки в III–IV стадії захворювання сприятливо позначається на перебігу раннього післяопераційного періоду та знижує терміни лікування хворих в умовах стаціонару.

Ключові слова: рак нирки, рентгеноендовакулярна емболізація судин.

UDC 616.61-091.8-006-089.87-036.87

I. V. Rachok

ENDOSCOPE X-RAY SURGERY AT CANCER OF KIDNEY

The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine

Endoscope X-ray embolisation of the vessels in the patients suffering from renal cancer of III–IV stage appears to be the most efficient way of prevention the massive bleeding during the operation.

Decreasing of the massive bleeding during the surgical treatment of the patients with renal cancer of III–IV stage favors the earlier post-operative period and decreases the number of days spent in clinic.

Key words: renal cancer, endovascular embolization.

Рентгеноендовакулярная хирургия (РЭВХ) — новое перспективное направление клинической медицины. Сущность ее заключается в проведении внутрисудистых чрескатетерных диагностических исследований и лечебных манипуляций под рентгенологическим контролем [1]. Хотя РЭВХ — паллиативный метод, так как не устраняет причину заболевания, тем не менее, он заслуживает внимания [2]. С помощью РЭВХ удается, с одной стороны, прервать или ограничить кровоток по сосуду путем эмболизации или тромбирования, с другой — восстановить просвет стенозированных или окклюзированных сосудов путем дилатации, реканализации или экстракции тромботического материала [3].

Применение РЭВХ с целью эмболизации или тромбирования сосудов используется в онкоурологической практике как первый этап лечения опухолей почек. Эта проблема остается актуальной и реализуется посредством разработки и внедрения новых методов [4].

Число заболевших в мире ежегодно увеличивается на 2 %. В 2000 г. от рака почки умерло более 100 000 человек. Начиная с 1990 г., заболеваемость раком почки имеет наибольшую среди всех форм рака тенденцию к росту — 36 % у мужчин, 27 % у женщин. Мужчины болеют в 2–3 раза чаще, чем женщины [5].

Радикальная нефрэктомия остается основным методом лечения при отсутствии признаков диссеминации опухоли. Усовершенствование оперативной техники, развитие анестезиологии, улучшение ведения послеоперационного периода значительно расширили возможности осуществления расширенных радикальных операций с благоприятными непосредственными и отдаленными результатами. При I–II стадии 5-летняя выживаемость после радикального хирургического лечения достигает 60–80 % [6].

Если до 70-х годов прошлого века при раке почки III–IV стадии нефрэктомия считали противопоказанной, то в настоящее время почти общепризнанной стала тактика максимальной хирургической активности [7].

В поисках эффективного лечения опухолей почек G. Almgard и соавторы в 1973 г. впервые в клинической практике выполнил эмболизацию почечной артерии. Технические возможности селективной катетеризации артериальных сосудов, питающих опухоль, в настоящее время позволяют прицельно вводить противоопухолевые препараты и эмболы для химиотерапии и ишемизации новообразований. Отсюда возникло три направления: внутриаартериальная регионарная химиотерапия; ишемическая эмболизация артериальных сосудов, питающих опухоль; химиоэмбо-

лизация, использующая эффект временного замедления кровотока в сосудистой сети, проводимая при помощи масляных эмболов для пролонгированного воздействия на опухоль растворенных в них противоопухолевых препаратов [8].

Цель нашего исследования — повысить эффективность оперативного лечения рака почки в III–IV стадии путем применения рентгеноэндоваскулярной эмболизации сосудов для профилактики интраоперационной массивной кровопотери, создания условий для тщательной ревизии раны и удаления пораженных опухолью региональных лимфоузлов.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 20 больных с раком почки в возрасте от 52 до 71 года. Группирование больных по стадиям проводилось по TNM-классификации, предложенной Международным противораковым союзом (6-я редакция). Опухоль почки в стадии T3aN0M0 была у 5 больных; в стадии T3aN1M0 — у 7; в стадии T3aN2M0 — у 2; в стадии T3aN2M1 — у 1; в стадии T3bN1M0 — у 2; в стадии T4N2M0 — у 3 пациентов. По гистологической градации (G) у 6 больных была G1; у 8 — G2; у 6 — G3.

Исследование величины кровопотери у больных раком почки в III–IV стадии, оперированных без предварительной эмболизации, проведены по ретроспективному изучению близких по содержанию историй болезни 23 пациентов, приблизительно одного возраста.

Эмболизацию производили спиртом по методу W. M. Graven et al. (1991) при помощи мобильной ангиографической установки Power Mobil, Simens, 2004. При выборе спиртового метода эмболизации исходили из того, что спирт хорошо распространяется по артериям почки и вызывает их тотальную окклюзию. С этой целью проводили пункцию и катетеризацию по Сельдингеру одной из бедренных артерий. Катетер с головкой в виде клюшки селективно вводили в артерию пораженной опухолью почки и после предварительного контрастирования почечных сосудов ультравистом вводили 12–14 мл 96° этилового спирта под внутривенным наркозом. Через 5–10 мин повторяли рентгеноконтрастирование почечных сосудов и при сохраняющемся кровообращении в мелких артериях добавляли 7–8 мл 96° спирта. Удаление ишемизированой почки производили через 20–24 ч после эмболизации почечных сосудов.

Результаты исследований и их обсуждение

Осложнений, связанных с катетеризацией бедренной артерии по Сельдингеру, рентгеноконтрастированием почечных сосудов, и шоковой реакции на введение спирта (из-за ишемии почки)

не отмечалось ни у одного больного. Повышение температуры тела до 37,5–38 °С регистрировалось у всех больных через 8–12 ч после эмболизации спиртом. После введения 2 мл 50%-го раствора анальгина и 1 мл 0,1%-го раствора димедрола температура тела нормализовалась. Для профилактики тромбоэмболических осложнений больным во время эмболизации и в первые 6 ч после нее проводили гемодилюцию путем внутривенного введения 0,9%-го раствора хлористого натрия (400 мл), 5%-го раствора глюкозы (400 мл), реополиглюкина (200 мл). Кроме того, всем больным через 6 ч после эмболизации подкожно вводили по 2,5 тыс. ед. гепарина. Введение прекращали за 6 ч до нефрэктомии. Указанные меры профилактики позволили исключить развитие тромбоэмболических осложнений у всех исследуемых больных.

Во время оперативного вмешательства у всех больных с эмболизированными почечными сосудами отмечалось резкое уменьшение диаметра вен и их запустение в забрюшинном околопочечном пространстве и в паранефральной клетчатке. Почки синюшно-багрового цвета, дряблые. Пораженные опухолью процессом зоны четко контурируются. Эмболизация почечных сосудов создала условия для хорошего обзора забрюшинного пространства, отдельного выделения и перевязки а. and v. renalis. После удаления пораженной опухолью почки в просвете эмболизированных артерий во всех случаях отмечался сформированный тромб, который был тесно прикреплен к эндотелию сосудов. Кровопотеря во время выделения и удаления почки колебалась от 35 до 75 мл и в среднем составляла (52,0±10,5) мл. У сравниваемой группы больных, оперированных без предварительной эмболизации, кровопотеря во время выделения и удаления почки колебалась от 500,0 до 1600,0 мл и в среднем составляла (870,0±95,0) мл.

Важно отметить, что предварительная эмболизация почечных сосудов создала условия для тщательной ревизии латеральных параортальных (при левосторонней нефрэктомии) и латеральных паракавальных (при правосторонней нефрэктомии) лимфатических узлов и их удаления. Лимфорей в послеоперационном периоде была умеренной и прекращалась в среднем на 4–5-й день после нефрэктомии.

Послеоперационный период у больных после предварительной эмболизации протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. Среднее пребывание больных в стационаре после операции составило (11,8±1,8) дня. В сравниваемой группе оперированных без предварительной эмболизации один больной после массивной интраоперационной кровопотери умер. У 7 из 23 больных отмечалось нагноение послеоперационных ран. Среднее пребывание этих больных в стационаре после операции составило (15,8±2,1) дня.

Таким образом, предварительная рентгеноэндоваскулярная эмболизация почечных сосудов у больных с раком почки в III–IV стадии заболевания улучшает результаты оперативного лечения.

Выводы

1. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация сосудов у больных раком почки в III–IV стадии заболевания является эффективным способом профилактики интраоперационной массивной кровопотери.

2. Уменьшение массивной кровопотери во время оперативного лечения больных раком почки в III–IV стадии заболевания благоприятно сказывается на течении раннего послеоперационного периода и снижает сроки лечения больных в условиях стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бани С., Лейзеринг В., Бартусевиченс А. Влияние эмболизации почечной артерии на результаты лечения боль-

ных раком почки // Урол. и нефрол. — 1992. — № 1–3. — С. 15–17.

2. Голубев Д. В. Результаты оперативного лечения больных раком почки с предварительной артериокапиллярной эмболизацией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — С. 9.

3. Лесовой В. Н., Мозжасов П. В. Современная иммунотерапия прогрессирующего ПКР // Междунар. мед. журнал. — 2003. — № 3. — С. 92–94.

4. Мавричев А. С. Почечно-клеточный рак. — Минск, 1996. — С. 184–186.

5. Матвеев Б. П. Клиническая онкоурология. — М., 2003. — С. 80–106.

6. Переверзев А. С. Хирургия опухолей почки и мочевых путей. — Харьков, 1997. — С. 137–147.

7. Treatment of renal adenocarcinoma by embolic occlusion of renal circulation / L. Almgard, I. Fernstrom, U. Haverling, A. Ljungquist // Br. J. Urol. — 1973. — Vol. 45. — P. 474–479.

8. Planned delayed nephrectomy after ethanol embolization of renal carcinoma / W. M. Graven, P. L. Redmond, D. A. Ramp et al. // J. Urol. — 1991. — Vol. 146. — P. 704–708.

УДК 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Ю. П. Харченко, д-р мед. наук, проф.,
А. М. Михайлова, д-р мед. наук, проф.,
І. В. Юрченко, канд. мед. наук, доц.,
С. В. Кашинцев, канд. мед. наук, доц.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «БІФІ-ФОРМ ДИТЯЧИЙ» ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна,
Міська інфекційна лікарня, Одеса, Україна*

УДК 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Ю. П. Харченко, А. М. Михайлова, І. В. Юрченко, С. В. Кашинцев
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИФИ-ФОРМ ДЕТСКИЙ» ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина,
Городская инфекционная больница, Одесса, Украина*

Проведено исследование клинической эффективности «Бифи-форма детского» при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у детей. Обследовано 29 детей в возрасте от 1 до 3,5 лет с диагнозом ОКИ (гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтероколит с токсикозом и эксикозом 1, 2-й степени или без них). Детям на фоне базисной терапии дополнительно назначался препарат «Бифи-форм детский». Выявлено, что включение в комплекс лечения ОКИ пробиотика способствует более быстрой инволюции патологической симптоматики.

Ключевые слова: дети, острая кишечная инфекция, пробиотик, «Бифи-форм детский».

UDC 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Yu. P. Kharchenko, A. M. Mikhailova, I. V. Yurchenko, S. V. Kashinsev
THE EXPERIENCE OF USING MEDICATION “CHILD’S BIFI-FORM” IN CHILDREN SUFFERING
FROM ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

*The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine
The Municipal Infectious Diseases Hospital, Odessa, Ukraine*

Clinical effectiveness of “Child’s bifi-form” was investigated in children suffering from acute intestinal infections (AII). 29 children from 1 till 3.5 years old suffering from AII (gastroenteritis, gastroenterocolitis, enterocolitis, with or without toxicosis with dehydration of 1 or 2 degree) were examined. Medication “Child’s bifi-form” was prescribed with basis therapy. It was showed that including “Child’s bifi-form” in treatment of AII led to more rapid involution of the pathologic signs.

Key words: children, acute intestinal infections, “Child’s bifi-form”.