

ГОСПИТАЛЬНА

ISSN 1681-2778

# ХІРУРГІЯ

HOSPITAL SURGERY

ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Журнал імені Л. Я. Ковальчука



2(70)2015

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України*

# **ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ**

**ЖУРНАЛ ІМЕНІ Л. Я. КОВАЛЬЧУКА**

*SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine”  
National Medical Academy of Postgraduate Education by P. L. Shupyk of MPH of Ukraine*

# **HOSPITAL SURGERY**

**JOURNAL BY L. YA. KOVALCHUK**

*ГВУЗ “Тернопольский государственный медицинский университет  
имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины”*

*Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П. Л. Шупика МОЗ Украины*

# **ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ**

**ЖУРНАЛ ИМЕНИ Л. А. КОВАЛЬЧУКА**

**2(70)/2015** 

**ТЕРНОПІЛЬ**

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР  
І. Я. Дзюбановський

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В. В. Бігуняк (відповідальний редактор)  
В. В. Бойко  
Ю. І. Бондаренко  
І. К. Венгер  
В. Г. Гетьман  
В. Б. Гощинський  
М. С. Гнатюк  
І. М. Дейкало (відповідальний секретар)  
О. Л. Ковальчук  
Г. П. Козинець  
М. Ю. Ничитайло  
В. І. Паламарчук  
В. Й. Смержевський  
О. Ю. Усенко  
В. О. Шідловський  
І. П. Шлапак

РЕДАКЦІЙНА РАДА

М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)  
М. М. Велигоцький (Харків)  
І. І. Гук (Відень)  
В. В. Грубник (Одеса)  
О. І. Дронов (Київ)  
М. П. Захараш (Київ)  
В. М. Короткий (Київ)  
В. І. Мамчич (Київ)  
О. С. Ніконенко (Запоріжжя)  
А. П. Радзіховський (Київ)  
М. І. Тутченко (Київ)  
П. Д. Фомін (Київ)  
В. І. Цимбалюк (Київ)  
В. О. Шапринський (Вінниця)  
І. М. Шевчук (Івано-Франківськ)  
І. В. Ярема (Москва)

Рекомендовано до видання вченою радою ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України" (протокол № 15 від 30.04.2015 р.).

Журнал включено до Міжнародної наукометричної бази Google Scholar.

**Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3024 від 27.01.1998 р.**

Рішенням вченої ради ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України" від 28 жовтня 2014 р. (протокол № 5) журналу "Шпитальна хірургія" було присвоєно назву "Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука".

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування. Редакція не несе відповідальності за достовірність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікаціях. При передруці або відтворенні повністю або частково матеріалів журналу "Шпитальна хірургія" посилання на журнал обов'язкове.

Адреса редакції: майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001,  
медичний університет, наукова частина,  
журнал "Шпитальна хірургія".  
Тел. (0352) 52-45-54, 43-49-56.

© ТДМУ, "Укрмедкнига", 2015  
© "Шпитальна хірургія", 2015

## Зміст

## Contents

## Содержание

### ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Русин В. І., Корсак В. В., Бойко С. О., Попович Я. М. Хірургічне лікування нирково-воклітинного раку з внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією тромбу в стінку нижньої порожнистої вени

Гребень Н. К. Ефективність ретиналаміну та методів його застосування в лікуванні діабетичної ретинопатії

Гудзенко Т. Б., Судус А. В., Шевчук І. М. Коронарне шунтування у пацієнтів похилого і старечого віку

Поляцко К. Г. Реперфузійне пошкодження тонкої кишки у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

Матвійчук Б. О., Матвійчук О. Б., Фецич М. Т. Актуальні проблеми невідкладної хірургії колоректального раку

Каніковський О. Є., Карий Я. В., Бабійчук Ю. В. Вибір тактики лікування ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у похилому і старечому віці

Дронова В. Л. Нові підходи до анестезіологічного забезпечення при одночасних операційних втручаннях у жінок із поєднаною гінекологічною та екстрагенітальною хірургічною патологією

Бабляк О. Д., Максименко А. В., Мотречко О. О. Роль рентгеноангіохірургічних методів у діагностиці та лікуванні пацієнтів із конотрункальними вадами серця та великими аорто-легеневими коллатеральними артеріями

Білоокій О. В., Роговий Ю. Є., Білоокій В. В. Роль цитокінів у патогенезі неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту

Загоруйко Р. Р. Черезшкірна нефростомія як перший етап малоінвазивного лікування ретенційних захворювань верхніх сечовидільних шляхів

Грубар Ю. О., Гаріян С. В., Бурбела І. В., Грубар М. Ю. Застосування ЛСР-блокованих пластин у лікуванні діафізарних переломів ключиці

### ORIGINAL INVESTIGATIONS

Rusyn V. I., Korsak V. V., Boiko S. O., Popovych Ya. M. Surgical treatment of renal cell carcinoma with internally venous dissemination and implantation of thrombus in intra vena cava inferior tissue

Hreben N. K. Retinalamin efficiency and methods of its use in the treatment of diabetic retinopathy

Hudzenko T. B., Sudus A. V., Shevchuk I. M. Coronary artery bypass grafting in patients of senile and old age

Polyatsko K. H. Reperfusion injury of the small intestine in patients with an acute intestinal obstruction

### EXPERIENCE OF WORK

Matviychuk B. O., Matviychuk O. B., Fetstych M. T. Actual problems of emergency surgery of colorectal cancer

Kanikovskiy O. Ye., Karyi Ya. V., Babiychuk Yu. V. Choice of treatment tactics of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age

Dronova V. L. New approaches in anaesthesiological supply of simultaneous surgeries in females with combined gynecological and extragenital surgical pathology

Babliak O. D., Maksymenko A. V., Motrechko O. O. The role of endovascular methods in diagnosis and treatment of the patients with conotruncal heart defects and major aortopulmonary collateral arteries

Bilookyi O. V., Rohoviy Yu. Ye., Bilookyi V. V. The role of cytokines in pathogenesis of non-infected and infected bile peritonitis

Zahoruyko R. R. Percutaneous nephrostomy as a first stage of the minimally invasive treatment with obstruction of pathologies of the upper urinary tract

Hrubar Yu. O., Hariyan S. V., Burbela I. V., Hrubar M. Yu. The use of LCP plates in the treatment of fractures of the clavicular shaft

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Русин В. И., Корсак В. В., Бойко С. А., Попович Я. М. Хирургическое лечение почечноклеточного рака с внутривенным распространением и имплантацией тромба в стенку нижней полой вены

Гребень Н. К. Эффективность ретиналамина и методов его использования в лечении диабетической ретинопатии

Гудзенко Т. Б., Судус А. В., Шевчук И. М. Коронарное шунтирование у пациентов преклонного и старческого возраста

Поляцко К. Г. Реперфузионное повреждение тонкой кишки у больных острой тонкокишечной непроходимостью

### ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ

Матвийчук Б. О., Матвийчук О. Б., Фецич М. Т. Актуальные проблемы неотложной хирургии колоректального рака

Каниковский О. Е., Карый Я. В., Бабийчук Ю. В. Выбор тактики лечения осложнённых форм жёлчнокаменной болезни у преклонном и старческом возрасте

Дронова В. Л. Новые подходы к анестезиологическому обеспечению при одновременных операционных вмешательствах у женщин с сочетанной гинекологической и экстрагенитальной хирургической патологией

Бабляк А. Д., Максименко А. В., Мотречко А. А. Роль рентгеноангиохирургических методов в диагностике и лечении пациентов с конотрункальными пороками сердца и крупными аорто-лёгочными коллатеральными артериями

Билоокій О. В., Роговий Ю. Є., Білоокій В. В. Роль цитокінов в патогенезі неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніта

Загоруйко Р. Р. Чрескожная нефростомия как первый этап малоинвазивного лечения ретенционных заболеваний верхних мочевыделительных путей

Грубар Ю. Е., Гаріян С. В., Бурбела И. В., Грубар М. Ю. Применение ЛСР-блокированных пластин в лечении диафизарных переломов ключицы

Боднар Р. Я. Ремодельовання великої підшкірної вени при посттромбофлебітичній хворобі

Bodnar R. Ya. Remodeling of the great saphenous vein at case of postthrombotic disease

Боднар Р. Я. Ремодельовання великої підшкірної вени при посттромбофлебітичній хворобі

50

Ковальчук А. О., Олійник Н. Ю. Переваги малотравматичної аутодермопластики з використанням трансплантатів ультратонкого зрізу у хворих з опіками

Kovalchuk A. O., Oliynyk N. Yu. Benefits of untraumatic autodermoplasty using ultra thin slice grafts in patients with burns

Ковальчук А. О., Олійник Н. Ю. Переваги малотравматичної аутодермопластики з використанням трансплантатів ультратонкого зрізу у хворих з опіками

54

#### ПОВІДОМЛЕННЯ

#### REPORTS

#### СООБЩЕНИЯ

Шапринський В. О., Кривецький В. Ф., Поліщук В. І., Шапринський Є. В., Митюк Б. О. Спонтанний розрив стравоходу: нестандартна ситуація в діагностиці та лікуванні

Shaprynskyi V. O., Kryvetskyi V. F., Polishchuk V. I., Shaprynskyi Ye. V., Mitiuk B. O. Spontaneous rupture of the esophagus: non-standard situation in diagnosis and treatment

Шапринский В. О., Кривецкий В. Ф., Поліщук В. И., Шапринский Е. В., Митюк Б. О. Спонтанний розрив стравоходу: нестандартна ситуація в діагностиці та лікуванні

60

Грубник Ю. В., Нетков А. Д., Юзвак О. М. Нестандартні методи при виконанні малоінвазивних операцій у лікуванні кишкової непрохідності пухлинного генезу

Hrubnyk Yu. V., Netkov A. D., Yuzvak O. M. Non-standard methods in performing of minimally invasive surgeries in treatment of intestinal obstruction of tumor genesis

Грубник Ю. В., Нетков А. Д., Юзвак А. Н. Нестандартні методи при проведенні малоінвазивних операцій в лікуванні кишкової непрохідності пухлинного генезу

62

Бубняк М. Р., Рачкевич С. Л., Король Я. А. Рентгеноваскулярні методи в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч неварикозної етіології

Bubnyak M. R., Rachkevych S. L., Korol Ya. A. Endovascular techniques in the treatment of non-variceal gastro-intestinal bleedings

Бубняк М. Р., Рачкевич С. Л., Король Я. А. Рентгеноваскулярні методи в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч неварикозної етіології

65

Гулюк А. Г., Лунгу В. І., Мазур В. П. Усунення дефекту верхньої щелепи у фронтальному відділі після вогнестрільного поранення

Huliuk A. H., Lunhu V. I., Mazur V. P. Removal of the upper jaw defect in the coronal part after gun shot injury

Гулюк А. Г., Лунгу В. И., Мазур В. П. Усунення дефекту верхньої щелепи у фронтальному відділі після вогнестрільного поранення

68

Беденюк А. Д., Футуйма Ю. М., Гусак О. М., Чепіль І. В., Бурак А. Є., Нецюк О. Г., Балабан Л. В. Клінічний випадок хірургічного лікування трихобезоару шлунка

Bedenyk A. D., Futuyma Yu. M., Husak O. M., Chepil I. V., Burak A. Ye., Netsiuk O. H., Balaban I. V. A clinical case of surgery treatment trichobezoar of stomach

Беденюк А. Д., Футуйма Ю. М., Гусак О. М., Чепіль І. В., Бурак А. Є., Нецюк О. Г., Балабан Л. В. Клінічний випадок хірургічного лікування трихобезоару шлунка

70

Лисюк Ю. С., Зубенко О. В., Савчак Я. О., Паранчишин В. М. Гнійна інфекція м'яких тканин таза і стегна, спричинена внутрішньоматковою спіраллю

Lysiuk Yu. S., Zubenko O. V., Savchak Ya. O., Paranchyshyn V. M. Soft tissue purulent infection of the pelvis and hips caused by intrauterine devices

Лисюк Ю. С., Зубенко О. В., Савчак Я. А., Паранчишин В. М. Гнійна інфекція м'яких тканин таза і стегна, спричинена внутриматочною спіраллю

73

Каштальян М. А., Павлишин В. В., Колотвин А. А. Досвід хірургічного лікування пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом в стаціонарі короткого перебування

Kashtalyan M. A., Pavlyshyn V. V., Kolotvyn A. A. Experience of surgical treatment of the patients with chronic calculous cholecystitis in a short stay hospital

Каштальян М. А., Павлишин В. В., Колотвин А. А. Опыт хирургического лечения пациентов с хроническим калькулезным холециститом в стационаре короткого пребывания

76

#### СОЦІАЛЬНА ГІГІЄНА ТА ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

#### SOCIAL HYGIENE AND PUBLIC HEALTH

#### СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

Мицик Ю. О. Динаміка показників захворюваності та смертності від раку нирки в Україні: сучасний стан проблеми

Mytsyk Yu. O. Dynamics of the morbidity and mortality rates in patients with renal cell carcinoma in Ukraine: the state of the problem

Мицик Ю. О. Динаміка показників захворюваності та смертності від раку нирки в Україні: современное состояние проблемы

77

УДК 616.61-006.694-06:616.146.2-005.6]-089.87-031.4:616-089.819

© В. І. РУСИН, В. В. КОРСАК, С. О. БОЙКО, Я. М. ПОПОВИЧ

ДВНЗ "Ужгородський національний університет"

## Хірургічне лікування нирковоклітинного раку з внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією тромбу в стінку нижньої порожнистої вени

V. I. RUSYN, V. V. KORSAK, S. O. BOIKO, YA. M. POPOVYCH

SHEI "Uzhhorod National University"

### SURGICAL TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA WITH INTERNALLY VENOUS DISSEMINATION AND IMPLANTATION OF THROMBUS IN INTRA VENA CAVA INFERIOR TISSUE

У роботі представлено результати хірургічного лікування нирковоклітинного раку з внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією тромбу в стінку нижньої порожнистої вени. У 3 випадках виконано протезування нижньої порожнистої вени протезами Gore Tex чи ПТФЕ (2 – вище ниркових вен, 1 – нижче ниркових вен). Гістологічно підтверджена інвазія пухлинного тромбу при нирковоклітинному раку в стінку нижньої порожнистої вени є показанням до резекції стінки чи ділянки нижньої порожнистої вени, яка відновлюється за допомогою протезування.

This work presents the results of surgical treatment of renal cell carcinoma with internally venous dissemination and implantation of thrombus in intra vena cava inferior tissue. Prosthesis was performed in 3 cases a of vena cava inferior by Gore Tex or PTFE prosthesis (2 – above the renal veins, 1 – below the renal veins). Histologically confirmed an invasion of tumor thrombus by renal cell carcinoma intra vena cava inferior tissue is an evidence to resection of tissue or an area of vena cava inferior which repairs via prosthesis.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Тромбоз у системі нижньої порожнистої вени (НПВ) – найбільш поширене захворювання, яке ускладнює перебіг післяопераційного періоду, вагітності та пологів, травм, онкологічних і різноманітних хронічних захворювань. Частота тромбозів у системі НПВ у розвинутих країнах складає 1–4 на 1000 населення [6, 7, 9]. На частку тромбозів у системі НПВ припадає більш ніж 95 % усіх венозних тромбозів, з яких 10–25 % ускладнюються тромбоемболією легеневої артерії (ТЕЛА) [10].

Тромбози глибоких вен системи НПВ часто виникають при онкологічній патології, зокрема раку нирки. За даними Національного канцер-реєстру, в Україні захворюваність на нирковоклітинний рак (НКТ) у 2011 році становила 11,5 на 100 тис. населення [5]. Однією з клінічних характеристик місцевопоширеного НКТ є його схильність до імплантаційної інвазії тромбів у систему нижньої порожнистої вени (НПВ), що спостерігається у 4–14 % випадків [1, 8].

Сучасний рівень судинної хірургії та підхід до радикального хірургічного лікування НКТ з внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією

тромбу в стінку НПВ вимагає ширшого застосування складних комбінованих операцій з наступним відновленням кровотоку по магістральних судинах шляхом їх протезування. Тому об'єднання зусиль онкологів, урологів і судинних хірургів є актуальним у вирішенні питання радикального хірургічного лікування даного контингенту хворих.

"Золотим стандартом" хірургічного лікування НКТ залишається радикальна нефректомія, яка розширюється і доповнюється операційним втручанням на НПВ у випадках, ускладнених імплантаційним венозним тромбом. У більшості таких ситуацій операція закінчується розтином стінки вени з наступним видаленням тромбу з просвіту судини без виконання резекції чи пластики НПВ [1–3]. Одним із найбільш складних завдань є забезпечення радикальності нефректомії і тромбектомії у випадку проростання пухлинного тромбу в стінку НПВ. Адже в такій ситуації виникає необхідність виконання резекції НПВ із наступним її протезуванням. Досвід застосування протезування НПВ під час хірургічного лікування місцевопоширеного НКТ є невеликим. Так, М. І. Давьдов і соавт. та А. М. Гранов і соавт. повідомляють про власний досвід протезування НПВ з приводу

хірургічного лікування місцевопоширеного НКР у 3 пацієнтів [1, 2]. Обмежена кількість публікацій з приводу протезування НПВ під час хірургічного лікування місцевопоширеного НКР вимагає подальших розробок у даному напрямку з метою поліпшення результатів надання допомоги хворим з НКР за рахунок ширшого впровадження розширених операційних втручань із використанням різних видів ангіохірургії, в т. ч. і протезування НПВ. На сучасному етапі поставлене завдання можна виконати тільки завдяки злагодженим діям мультидисциплінарної команди хірургів.

**Мета роботи:** покращити результати хірургічного лікування нирковоклітинного раку з внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією тромбу в стінку нижньої порожнистої вени.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 58 хворих на НКР, ускладнений внутрішньовенозним розповсюдженням та імплантацією тромбу в стінку НПВ. Вік пацієнтів перебував у межах від 30 до 78 років, середній вік –  $(57 \pm 3,2)$  року. Всі хворі були прооперовані у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2009–2014 років.

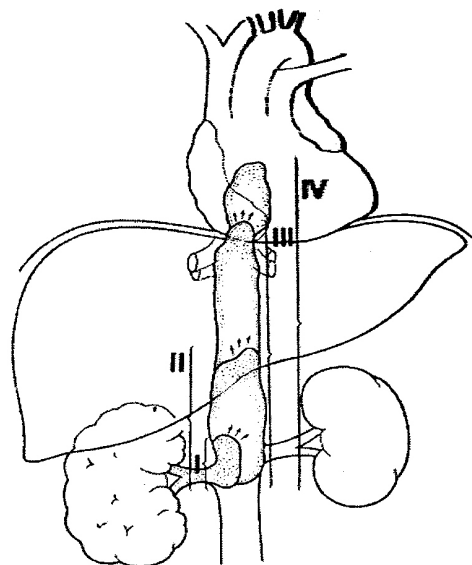
Діагностичний алгоритм складався із загальноприйнятих в онкоурологічній практиці клінічних, лабораторних, променевих та гістологічних методів згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів. В обов'язковому порядку виконували ультразвукове обстеження органів сечовидільної системи із доплерографією ниркових судин та нижньої порожнистої вени, мультиспіральну комп'ютерну чи магнітно-резонансну томографію з внутрішньовенним контрастним підсиленням, а при необхідності – ілеокаваграфію.

При виявленні пухлинного тромбу при нирковоклітинному раку рівень поширення тромботичної оклюзії в НПВ оцінювали відповідно до класифікації клініки Меуо (рис. 1), яка включає у себе 5 рівнів поширення пухлинного тромбу [8]:

- рівень 0 – тромб обмежений нирковою веною;
- рівень I – тромб до 2-х см входить у просвіт НПВ;
- рівень II – тромб поширюється до рівня печінкових вен;
- рівень III – тромб на рівні або вище печінкових вен, але до діафрагми;

**Таблиця 1.** Рівень поширення пухлинного тромбу в нижній порожнистій вені відповідно до класифікації клініки Меуо

Рівень поширення тромбу	Права нирка (n=69)		Ліва нирка (n=31)	
	абс.	відн., %	абс.	відн., %
0 рівень	33	47,8	9	29
I рівень	6	8,7	14	45,2
II рівень	14	20,3	6	19,4
III рівень	13	18,8	1	3,2
IV рівень	3	4,3	1	3,2



**Рис. 1.** Рівні поширення пухлинного тромбу в НПВ (клініка Меуо).

– рівень IV – тромб поширюється вище діафрагми.

Хворих з “нульовим” рівнем поширення пухлинного тромбу в дослідження не включали. У подальше дослідження включено 58 випадків з I–IV рівнями поширення пухлинного тромбу в НПВ (табл. 1).

Клініко-анатомічне стадіювання НКР проводили відповідно до класифікації TNM Міжнародного протиракowego союзу (UICC) 2002 року. У всіх випадках верифіковано світлоклітинний варіант НКР в ураженій пухлиною нирці та імплантаційному тромбі НПВ.

Усі пацієнти були прооперовані за лапаротомного доступу в одній із трьох модифікацій: трансабдомінальний двобічний підребровий доступ у модифікації за типом “Chevron” чи “Mercedes”. Під час операції використовували загальнохірургічні та судинні інструменти. Методи допоміжного і штучного кровообігу, що включають кардіопульмонарне шунтування, зупинку циркуляції і системну гіпотермію не використовували. При видаленні пухлинних тромбів III і IV рівнів поширення у НПВ обов'язковим моментом було застосування мобілізації печінки з наступною ротацією правої частки печінки за методикою “piggyback” у ліве під掖ер'я. При видаленні ураженої пухлиною лівої нирки виконували мобілізацію “en block” у лівих відділах черевної порожнини.

Неповна апаратна плікація НПВ за розробленою нами методикою [4] застосована у 33 випадках.

Протезування НПВ виконано протезами Gore Tex чи ПТФЕ у 3 хворих на рак правої нирки. У 2 випадках було застосовано супраренальне протезування, при якому ділянка впадання лівої ниркової вени в НПВ була відсічена й імплантована в протез. В одного пацієнта виконано інфраренальне протезування НПВ.

**Результати досліджень та їх обговорення.** “Золотим стандартом” виявлення тромботичної оклюзії НПВ залишається ультразвукове дослідження. При виявленні тромботичної оклюзії НПВ виділяють такі різновиди емболонебезпечного венозного тромбозу:

- сегментарний (фрагментарний) флотуючий тромб у венозній магістралі, який втратив точку фіксації й цілком перетворився в ембол;

- розповсюджений оклюзивний тромбоз із флотуючою верхівкою, яка становить небезпеку як потенційний ембол;

- імплантаційний флотуючий тромб, який розповсюджується з вісцеральних гілок НПВ при пухлинних ураженнях. Клінічні прояви при цих тромбозах мінімальні, а загроза ТЕЛА надзвичайно висока.

Разом з тим, додаткові методи обстеження не дозволяють із чіткою впевненістю визначити наявність імплантації тромбу в стінку НПВ. Тому інтраопераційний результат залишається основним діагностичним моментом виявлення пухлинної інвазії стінки вени. Підтверджуючими фактами інвазії є щільна фіксація тромбу до стінки НПВ і неможливість його відділення від стінки. Ретельна ревізія просвіту НПВ дозволяє встановити площу ураження стінки вени і прогнозувати можливі наслідки видалення uszkodженої ділянки. Ми дотримуємося такого алгоритму: якщо після резекції НПВ її просвіт звузиться до рівня  $>2/3$  просвіту, необхідно застосовувати протезування НПВ.

Усім хворим одним із обов’язкових методів хірургічного лікування було виконання каватомії, яка у 8 (13,8 %) пацієнтів закінчилась реконструктивними хірургічними втручаннями на НПВ, причому в 3 із них – протезуванням НПВ (рис. 2,3). У ранньому післяопераційному періоді в 2 (3,4 %) пацієнтів мала місце гостра ниркова недостатність, яка була ліквідована шляхом медикаментозної терапії протягом 48 год.

Під час гістологічного дослідження стінки НПВ у 79,3 % випадків було діагностовано різного характеру інвазію пухлини в стінку вени. На рисунках 4,5 представлено гістопрепарати пухлини нирки та пухлинного тромбу із стінкою НПВ. Під час операційного втручання стінка НПВ із ділянкою інвазії була піддана експрес-гістологічному дослідженню, в результаті якого верифіковано інвазію світлоклітинного НКР



Рис. 2. Інтраопераційне фото. Супра- та інфраренальна ділянка нижньої порожнистої вени відновлена за допомогою протеза Gore Tex. Ліва ниркова вена імплантована в протез.



Рис. 3. Інтраопераційне фото. Інфраренальна ділянка нижньої порожнистої вени відновлена за допомогою протеза ПТФЕ.

у стінку НПВ. Враховуючи значну площу ураження НПВ ( $>2/3$  її просвіту), прийнято рішення виконати циркулярну резекцію НПВ вище ниркових вен з наступним протезуванням.

Беззаперечним фактом при лікуванні даної когорти хворих є дотримання чітких критеріїв відбору пацієнтів, що забезпечується ретельним вивченням властивостей як самої пухлини нирки, так і характеру ураження НПВ (ступені поширення пухлинного тромбу, характер інвазії стінки судини).

У літературі [1, 3] описано випадки повного перер’язування НПВ після її циркулярної резекції. Дана ситуація може бути більш сприятливою для правобічного пухлинного тромбозу, коли лівобічні колатералі є більш потужними і значно чисельнішими. У своїй практиці ми не застосовували дану методику, тому що є прихильниками збереження цілісності НПВ шляхом її протезування. Вважасмо, що особливо актуальним є дотримання такого напрямку у випадках лівобічного



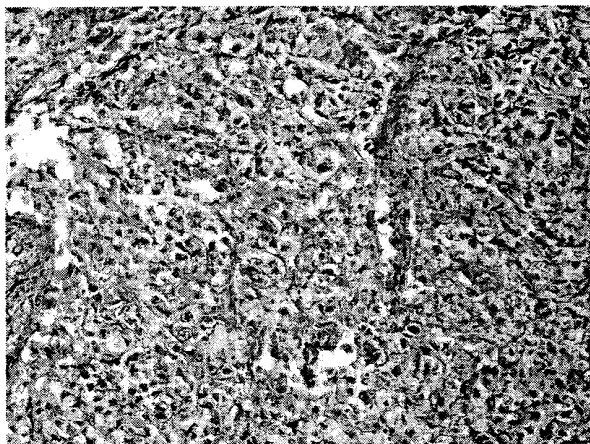


Рис. 4. Хворий А. Гістологічна структура світлоклітинного нирковоклітинного раку. Ступінь злоякісності 4. Забарвлення гематоксилином та еозином.  $\times 200$ .

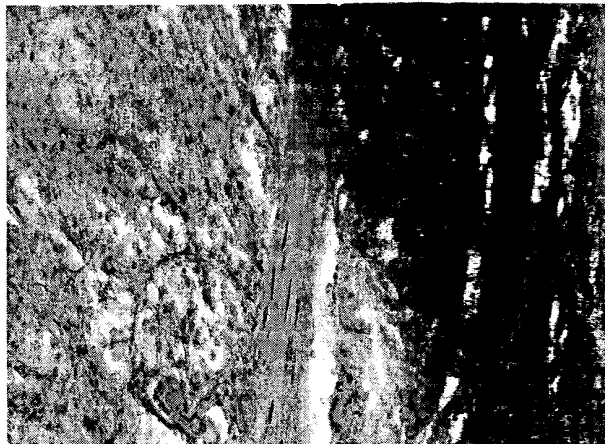


Рис. 5. Той же хворий. Гістологічна структура пухлинного тромбу – світлоклітинний нирковоклітинний рак. Ступінь злоякісності 3–4. Імплантація тромбу в стінку нижньої порожнистої вени. Забарвлення гематоксилином та еозином.  $\times 200$ .

пухлинного тромбозу. На нашу думку, протезування НПВ забезпечує фізіологічність відтоку крові без зайвого навантаження на колатералі, які можуть не забезпечити рівноцінний відтік крові.

У жодному з випадків ми не мали епізодів інтраопераційного тромбозу НПВ, ТЕЛА чи летальності. Даний факт вказує на те, що розширені хірургічні втручання на нирці та НПВ при місцевопоширеному НКР можуть застосовуватись у клініках, які мають досвід виконання реконструктивних операцій на судинах.

**Висновки.** При імплантації нирковоклітинного раку чи пухлинного тромбу в стінку нижньої порожнистої вени необхідно застосовувати її резекцію.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Давыдов М. И. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены / М. И. Давыдов, В. Б. Матвеев // Онкоурология. – 2005. – № 2. – С. 8–15.
2. Оперативные вмешательства на сосудах в онкологической практике / А. М. Гранов, Д. Н. Майстренко, В. Н. Польшалов [и др.] // Медицинский академический журнал. – 2011. – Т. 11, № 1. – С. 70–74.
3. Переверзев А. С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей / Переверзев А. С. – Х. : Loga medpharm, 1997. – 394 с.
4. Радикальна нефректомія та тромбектомія у хворих на нирково-клітинний рак, ускладнений пухлинним тромбозом ниркової і нижньої порожнистої вен / В. І. Русин, В. В. Корсак, А. В. Русин, С. О. Бойко // Клінічна хірургія. – 2013. – № 1. – С. 21–26.
5. Рак в Україні, 2010–2011: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. ЗН нирки [Електронний ресурс] // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2012. – № 13. – Режим доступу до бюлетеня : [http://www.ucri.gs.com.ua/dovidb0/PDF/0\\_20\\_poch.pdf](http://www.ucri.gs.com.ua/dovidb0/PDF/0_20_poch.pdf).
6. Флебология : руководство для врачей / [Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др.] ; под ред. В. С. Савельева. – М. : Медицина, 2001. – 664 с.
7. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease / C. Kearon, S. R. Kahn, G. Agnelli [et al.] // American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8<sup>th</sup> Ed) Chest. – 2008. – Vol. 133. – P. 454–545.
8. Blute M. L. The Mayo Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumour thrombus / M. L. Blute, D. C. Leibovich, C. M. Lohse // BJU International. – 2004. – Vol. 94, № 1. – P. 33–41.
9. Catheter-directed thrombolysis vs. anticoagulation alone in deep vein thrombosis: results of an open, randomized trial reporting on short-term patency / T. Eenden, N. E. Klow, L. Sandvik [et al.] // J. Thromb. Haemost. – 2009. – Vol. 7. – P. 1268–1275.
10. Quantity of clot lysed after catheter-directed thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis correlates with postthrombotic morbidity / N. K. Grewal, J. T. Martinez, L. Andrews, A. J. Comerota // J. Vasc. Surg. – 2010. – Vol. 51. – P. 1209–1214.

Отримано 21.01.15