

ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ НЕФРЭКТОМИЙ

Ю.В. Мони́на, С.В. Чеме́зов

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия
ГБУЗ Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

Мони́на Ю́лия Вале́рьевна,

врач-рентгенолог областного онкологического диспансера,
заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической
анатомии им. С.С. Михайлова,

Чеме́зов Серге́й Всеволо́дович,

зав. кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии
им. С.С. Михайлова, д-р мед. наук, профессор, заслуж. работник
высшей школы РФ,

460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,

тел. 8 (3532) 77-93-86,

e-mail: prof_chemezov@mail.ru

В статье на материале 105 больных раком почки методом компьютерной томографии показаны и проанализированы смещения органов брюшной полости после нефрэктомий.

Ключевые слова: забрюшинное пространство, компьютерная томография, рак почки, нефрэктомия.

FEATURES OF COMPUTER-TOMOGRAPHIC ANATOMY OF RETROPERITONEAL SPACE AFTER NEPHRECTOMIES

Yu.V. Monina, S.V. Chemezov

Orenburg State Medical Academy
Orenburg Regional Clinical Oncological Dispensary

In the article on the material of 105 patients with kidney cancer dislocations of abdominal organs after nephrectomy are showed and analysed by the computer tomography.

Keywords: retroperitoneum, computer tomography, kidney cancer, nephrectomy.

Введение

Рак почки занимает 10-е место по уровню заболеваемости среди всех злокачественных новообразований у взрослых. В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний рак почки среди мужчин составляет 2,7%, среди женщин – 2,1% [1].

Хирургический подход на сегодняшний день остается самым эффективным методом лечения рака почки. До последнего времени стандартом хирургического лечения рака почки является радикальная нефрэктомия из лапаротомного доступа [2].

Точная дооперационная диагностика опухолей почек имеет большое значение для планирования лечебной тактики и определения объема хирургического лечения. Среди лучевых методов диагностики для этих целей в последние годы широко используют многосрезовую компьютерную томографию (МСКТ) с болюсным внутривенным контрастным усилением, позволяющую локализовать опухоль в почке, измерить её точные размеры, оценить струк-

туру и топографические взаимоотношения с прилежащими анатомическими структурами [3, 4].

Имеются комплексные работы, посвященные лучевой диагностике рака почки и описанию КТ-анатомии и топографии органов забрюшинного пространства в норме. Однако остаются неизученными вопросы изменения анатомии и топографии забрюшинного пространства при опухолях почек различной локализации и размеров, а также после радикальных нефрэктомий. Опубликованы отдельные работы по КТ забрюшинного пространства после нефрэктомий, акцентированные, в основном, на распознавание рецидивов и диссеминации основного процесса, в которых лишь незначительно уделено внимание описанию КТ-анатомии и топографии органов живота после нефрэктомий [5, 6].

Цель исследования

Использование возможностей МСКТ в изучении изменений анатомии и топографии брюшной полости и забрюшинного пространства после нефрэктомий.

Материалы и методы

В исследование включено 105 пациентов с раком почки, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» в период с 2011 по 2012 год. Из числа пациентов с объемными образованиями почек было 56 мужчин и 49 женщин в возрасте от 33 до 77 лет.

В процессе исследования были изучены компьютерные томограммы 105 больных с объемными образованиями в почках. Компьютерную томографию выполняли на мультиспиральном томографе "LightSpeed RT16" (General Electric, США) с использованием протокола многофазного болюсного контрастного усиления. При анализе томограмм учитывали пол и возраст пациентов, локализацию и размеры новообразований почек, их взаимоотношение с другими органами и структурами.

Всем пациентам на первом этапе было проведено хирургическое лечение в объеме радикальной нефрэктомии по стандартной методике из лапаротомного доступа. Выполнялась нефрэктомия единым блоком с паранефральной клетчаткой. У оперированных пациентов визуально не определялось метастатического поражения лимфоузлов, и поэтому расширенная лимфаденэктомия не выполнялась. При наличии опухоли в верхнем сегменте почки при нефрэктомии удалялся надпочечник.

Компьютерно-томографические исследования послеоперационных пациентов выполняли по программе спирального сканирования брюшной полости и забрюшинного пространства без внутривенного контрастирования (нативное исследование). Были изучены КТ-граммы 101 пациента в первые 7–16 суток после нефрэктомии, 37 человек - через 3–4 месяца после нефрэктомии и 35 пациентов - через 6–12 месяцев после нефрэктомии. При исследовании компьютерно-томографических срезов забрюшинного пространства определялись параметры расстояний от поясничных позвонков соответствующих уровней до окружающих органов (почек, печени, селезенки, брюшной аорты, нижней полой вены, двенадцатиперстной кишки, головки, тела и хвоста поджелудочной железы, восходящей и нисходящей ободочной кишки, тонкой кишки).

Результаты и обсуждение

При анализе полученных КТ-материалов выявлено, что топографическая анатомия забрюшинного пространства значительно изменилась после выполнения радикальной нефрэктомии. При правосторонней нефрэктомии отмечено выраженное смещение кзади, в ложе удаленной почки, печеночного изгиба ободочной кишки. Правая доля печени дислоцирована дорсально и медиально, задний край её приближается к правой квадратной поясничной мышце. Нисходящая часть двенадцатиперстной кишки эктопирована кзади и занимает передние отделы ложа удаленной почки. Головка поджелудочной железы смещена дорсально и подтянута латерально. Нижняя полая вена приобретает уплощенную веретенообразную форму и также

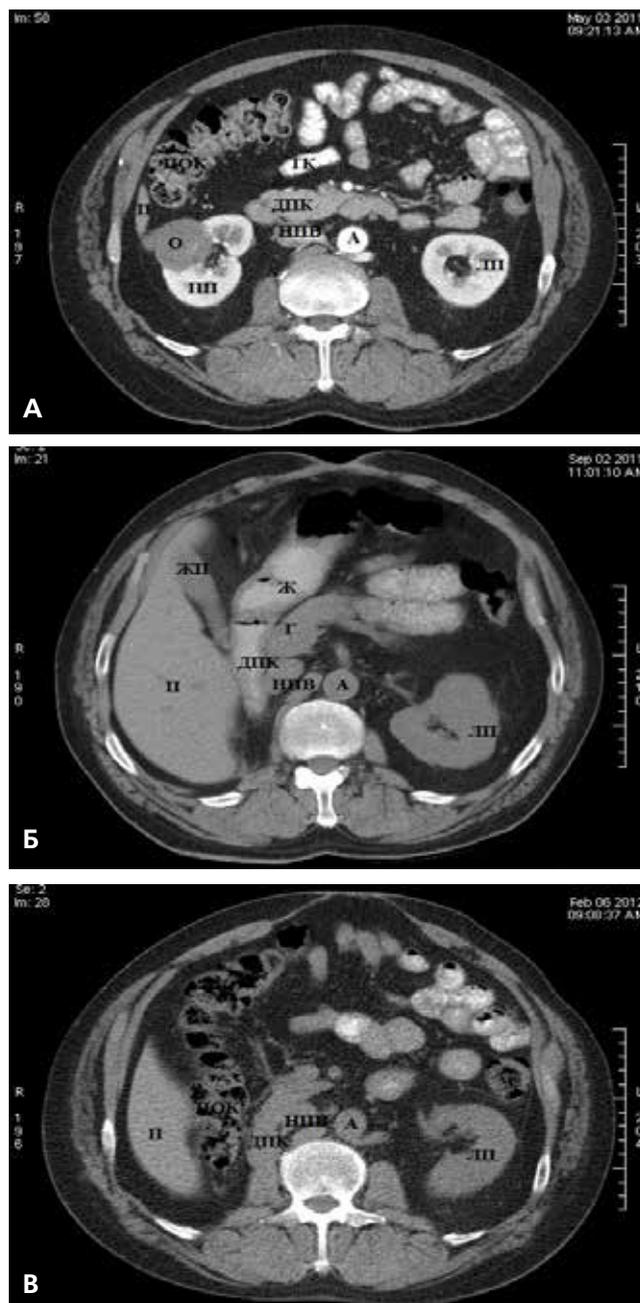


Рис. 1. КТ-граммы забрюшинного пространства пациента с опухолью правой почки до и после правосторонней нефрэктомии (пациент Ж., 59 лет):
 А. КТ-грамма забрюшинного пространства на уровне опухоли нижнего сегмента правой почки (до операции);
 Б. КТ-грамма забрюшинного пространства после правосторонней нефрэктомии на уровне верхнего сегмента левой почки (3-й месяц после операции);
 В. КТ-грамма забрюшинного пространства после правосторонней нефрэктомии на уровне нижнего сегмента левой почки (8-й месяц после операции);
 Основные обозначения: ПП – правая почка, ЛП – левая почка, О – опухоль, П – печень, А – брюшная аорта, НПВ – нижняя полая вена, Ж – выходной отдел желудка, ДПК – двенадцатиперстная кишка, ЖП – желчный пузырь, ПОК – печеночный изгиб поперечно-ободочной кишки

смещена кзади и латерально. Изменения положения и формы брюшной аорты, петель тонкой кишки и левой почки после правосторонней нефрэктомии не отмечено (рис. 1).

После левосторонней нефрэктомии отмечено выраженное дорзальное и медиальное смещение хвоста поджелудочной железы в ложе удаленной почки. Левый надпочечник отклоняется кзади, ножки его сближены между собой. Выявлено перемещение селезенки медиально, петель тонкой кишки и нисходящего отдела ободочной кишки кзади. Изменений в синтопии брюшной аорты, нижней полой вены и правой почки после левосторонней нефрэктомии отмечено не было (рис. 2).

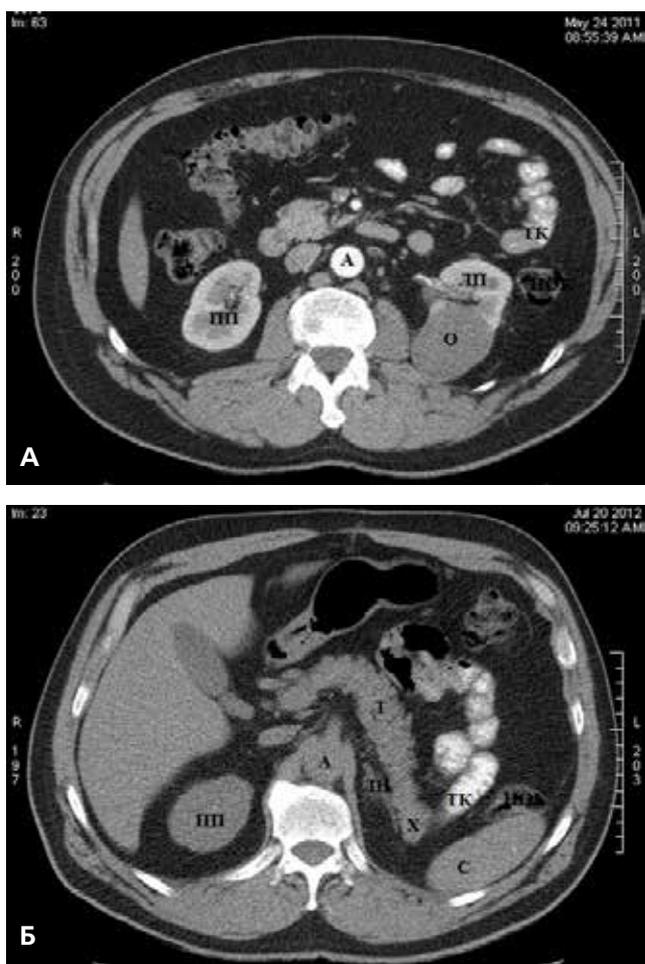


Рис. 2. КТ-граммы забрюшинного пространства пациента с опухолью левой почки до и после левосторонней нефрэктомии (пациент Ч., 51 год):
А. КТ-грамма забрюшинного пространства на уровне опухоли нижнего сегмента левой почки (до операции);

Б. КТ-грамма забрюшинного пространства после левосторонней нефрэктомии (12-ый месяц после операции);

Условные обозначения: ПП – правая почка, ЛП – левая почка, О – опухоль, А – брюшная аорта, С – селезенка, Х – хвост поджелудочной железы, Т – тело поджелудочной железы, ЛН – левый надпочечник, НОК – нисходящая ободочная кишка, ТК – тонкая кишка

Дислокация указанных органов живота была выявлена на КТ-граммах в первые две недели после операции и в течение последующих 6 – 12 месяцев наблюдения как после правосторонней, так и после левосторонней нефрэктомии существенных топографических изменений не претерпела.

Выводы

1. Метод многосрезовой компьютерной томографии позволяет достоверно оценивать изменения анатомии и топографии забрюшинного пространства после нефрэктомий.

2. Наибольшей лабильностью после левосторонней нефрэктомии обладает хвост поджелудочной железы, а при правосторонней нефрэктомии – печеночный изгиб ободочной кишки.

Список литературы

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология. – 2005. – №1. – С. 6-9.
2. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А., Григорьев Н.А. Особенности диагностики новообразования почки до 4 см // Мед. визуализация. – 2003. – №2. – С. 33-38.
3. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение местно распространенного и метастатического рака почки. - М., 2002 .
4. Кротов О.А., Розенгауз Е.В., Школьник М.И. Возможности МСКТ в планировании операционного вмешательства при опухолевом поражении почек // Материалы II Международного конгресса Невский радиологический форум «Наука – клиника». – СПб, 2005. – С. 36.
5. Guerhazi A. Imaging of kidney cancer / A. Guerhazi, A.L. Baert, M.A. Bosniak // 1st ed. Springer. – 2005. – 259 p.
6. Patterns of recurrence in renal cell carcinoma: manifestations on helical CT / J.C. Scatarige, S Sheth, F.M. Corl et al. // Am. J. Roentgenol. - 2001. – Vol. 177. – P. 653-658.