

Болтаев.М.И.,
Абдуллаев.Х.Н.,
Искандаров.Ж.М.

РАДИКАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной онкологический диспансер

В настоящее время опухоли почки составляют 3% всех злокачественных новообразований человека и единственным эффективным методом лечения больных раком почки является хирургический. В 1869 г. Gustav Simon выполнил первую плановую нефрэктомия пациентке с уретеровагинальной фистулой. И 1961 г. Erastus Woicott впервые удалил почку по поводу опухоли. Концепция радикальной нефрэктомии при опухоли почки была предложена в 1905 г. Gregoire, который рекомендовал производить удаление почки, паранефральной клетчатки, фасции, лимфатических узлов и надпочечника. Нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря впервые была произведена в 1923 г. Федоровым. В 1929 г. Judd и Hand указали на важность перевязки почечной ножки на ранних этапах операции. В настоящее время операция радикальная нефрэктомия с лимфадиссекцией выполняют в соответствии мировым стандартам, введенный РОНЦ МЗ Узбекистана.

Материалы и методы исследования. С 2002 года в Бухарском областном онкологическом диспансере функционирует онкоурологическое отделение. За этот период в отделении пролечено 412 пациентов со злокачественными новообразованиями мочевыводящих и половых путей. С января 2005 по декабрь 2009 в отделение 68 больным с опухолями почки выполнена операция радикальная нефрэктомия.

Результаты и обсуждение. В 46 (67,7%) случаях выполняли нефрэктомию в сочетании с парааортальной и паракавальной лимфаденэктомией и в 22 (32,3%) случаях – нефрэктомию без лимфаденэктомии. У 2 пациентов радикальная нефрэктомия сочеталась со спленэктомией, у 1 пациента – с 2 сторонней тубоооариэктомией и у 1 пациента с гемиколэктомией. Средний возраст пациентов $55,67 \pm 11,48$ года (16-80 лет). Из 68 больных 42 (61,8%) мужчин и 26 (38,2%) женщины. опухолевое поражение правой почки встречалось в 54%, левой почки 46% случаев. По данным планового патоморфологического исследования светлоклеточный рак почки диагностировали в 91,8 %, другие виды- в 4,5% и сочетание светлоклеточного вида с другими видами почечно-клеточного рака – в 3,7% случаев. По данным клинического обследования и патоморфологического исследования у 23 (33,9%) пациентов диагностирована I стадия, у 34 (50%) больных – II стадия, у 8 (11,7%) – III стадия, у 3 больных (4,4%) - IV стадия. Нами применялся срединный трансперитонеальный доступ с использованием ранорасширителей Сигала. Выбор доступа основывался на таких преимуществах: прежде всего соблюдение онкологических правил абластики и антиблаستي, оптимальный подход к магистральным сосудам, возможность раздельной перевязки почечных сосудов, возможность тщательной ревизии органов брюшной полости и выполнения комбинированных вмешательств..

Объем лимфадиссекции при почечно-клеточном раке определяется особенностями лимфатической системы и частотой развития метастазов в различных группах лимфатических узлов. При наличии опухоли правой почки как известно метастазы выявляются в ретрокавальных, аортокавальных, латерокавальных и прекавальных лимфатических узлах. Метастазы опухолей левой почки преимущественно локализуются в парааортальных лимфоузлах. Поражение аортокавальных и контралатеральных лимфатических узлов отмечается редко. Верхней границей лимфаденэктомии является уровень ножек диафрагмы, нижней границей-бифуркация аорты и нижней полой вены.

Средняя продолжительность операции составила 120 минут. В среднем интраоперационная кровопотеря составила около 300 мл. Непосредственно после операции на 5-е сутки умер 1 больной. Причиной смерти явилась острая почечная недостаточность. Помимо этого из послеоперационных осложнений нами отмечено в 1 случае кровотечение из культи удаленной почки, в 1 случае острая надпочечниковая недостаточность и 1-случае нагноение послеоперационной раны. В течение 5 лет после операции умерло 12 пациентов в связи с генерализацией опухолевого процесса. Местных рецидивов после операции мы не наблюдали.

Выводы: таким образом, анализируя накопленный материал ,можно выделить следующее: основным методом лечения рака почки остается хирургической, оптимальным доступом является трансперитонеальный, поскольку данный доступ позволяет радикально выполнить нефрэктомию, лимфаденэктомию, удаление опухолевого тромба из нижней полой вены с соблю-

дением онкологической правил абластики и антибластики, при необходимости осуществить вмешательство на органах брюшной полости.

Использованная литература:

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М., 2003.
2. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х. Хирургическое лечение больных раком почки // Пленум Всероссийского общества урологов. Кемерово, 14-16 июня 1995 г.
3. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение местнораспространенного и метастатического рака почки. М., 1999.
4. Аляев Ю.Г., Пытель Ю.А. Лимфаденэктомия при раке почки // Урол. И нефрология 1996; (3): 12-5.
5. Тилляшайхов М.Н., Шукруллаев Ш.А. Результаты оперативного лечения рецидива почечноклеточного рака после нефрэктомии // Актуальные проблемы онкологии. I Конгресс онкологов Узбекистана Ташкент 2005 г.
6. Managadze L.G., Lopatkin N.A., Loran O.B., Pushkar D.Ju., Darenkov S.P., Turmanidze N.L., Gogenfellner R. Surgical urology. Classic and novations: Manual for the physicians / - Moscow ; Meditsina Publishers, 2003.-740p.; II.
7. Kavolius J.P., Mastorakos D.P., Pavlovich C. et al. Resection of metastatic renal cell carcinoma. J clin Oncol 1998; 16(6):2261-6.
8. Tunguay S., Pisters L.L., Lawrence D.D., Dinney C.P. Therapy of locally recurrent renal cell carcinoma after nephrectomy. J Urol 1996;155(1):26-9.