

Из опыта лечения больных генерализованным и местнораспространенным раком почки

Леонов О.В.², Долгих В.Т.¹, Широкопад В.И.², Копыльцов Е.И.², Долгих Д.В.¹

Some characteristics of the treatment of generalized and disseminated renal cell carcinoma

Leonov O.V., Dolgikh V.T., Shirocorad V.I., Kopyltsov Ye.I., Dolgikh D.V.

¹ Омская государственная медицинская академия, г. Омск

² Омский областной клинический онкологический диспансер, г. Омск

© Леонов О.В., Долгих В.Т., Широкопад В.И. и др.

В работе анализируются результаты лечения 206 больных генерализованным и местнораспространенным раком почки. Отмечается, что распространенные формы почечно-клеточного рака требуют в обязательном порядке комбинированного оперативного лечения; при верхнеполюсной локализации опухоли показана нефрэктомия, дополненная адреналэктомией. При местнораспространенном раке почки целесообразно выполнение комбинированных операций с резекцией либо удалением пораженного органа. Такой активный хирургический подход улучшает прогноз. Подключение медикаментозной противоопухолевой терапии в послеоперационном периоде, включая иммунотерапию, позволяет увеличить продолжительность и улучшить качество жизни этой категории пациентов.

Ключевые слова: рак почки, хирургическое лечение.

In the article 206 treatment results of generalized and disseminated renal cell carcinoma are presented. It has been found that disseminated forms of hypernephroma required a combined surgical treatment without fail; nephrectomy added by adrenalectomy is recommended in upper pole tumour localization. Combined surgery with resection or ablation of the affected organ seems to be advisable in disseminated renal cell carcinoma. Such an active surgical approach improves the prognosis. Medicamentous antineoplastic therapy including immunotherapy in postoperative period can raise patients survivability and quality of life.

Key words: renal cell carcinoma, surgical treatment.

УДК 616–006.6–08

Введение

Рак почки, по данным ВОЗ, составляет 2–3% от всех злокачественных новообразований [1, 19]. Согласно российской статистике, наметилась тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от почечно-клеточного рака [1]. Среди опухолей мочеполовой системы рак почки занимает третье место, а по смертности — первое [16]. У 25% первично обратившихся больных диагностируется местнораспространенный рак, в 20–25% случаев уже имеются отдаленные мета-

стазы и 45% пациентов обращаются с локализованным солидным раком почки [11]. Несмотря на развитие малоинвазивных методов диагностики, их простоту и общедоступность, по-прежнему отмечается стабильный рост заболеваемости раком почки с ежегодным приростом в 6,08%. В недалеком прошлом результаты лечения больных распространенным раком почки были неудовлетворительными из-за высокой послеоперационной летальности и отсутствия методов эффективного воздействия на метастазы. Особенностью почечно-клеточного рака является регресс

и/или стабилизация опухолевого процесса после удаления первичного опухолевого очага и одиночных или единичных отдаленных метастазов [1, 2]. Комбинированный подход в лечении больных раком почки с расширением объема хирургического вмешательства с подключением медикаментозной противоопухолевой терапии позволяет существенно улучшить прогноз, увеличить продолжительность и качество жизни этой категории пациентов [19]. Многолетние поиски консервативных методов лечения злокачественных новообразований не принесли реальных результатов [3]. Единственным радикальным способом лечения остается хирургический, включающий следующие варианты нефрэктомии: простую, радикальную, расширенную, комбинированную и сочетанную [6].

Материал и методы

За период с 1989 по 2000 г. нами обследовано и пролечено 206 больных генерализованным и местнораспространенным раком почки, из них 125 (60,7%) мужчин и 81 (39,3%) женщина. Городские жители составляли 70%, сельские — 30%. Средний возраст больных — $57,0 \pm 3,8$ года, при этом возрастной пик заболеваемости (64%) приходился на группу 51—70 лет. Разнообразная сопутствующая патология утяжеляла течение болезни и ограничивала возможность проведения специализированного лечения. Только 32 (15,5%) пациента не имели сопутствующих заболеваний, 42 (20,4%) пациента имели по три сопутствующих заболевания, а 132 (64,1%) — по два.

Методы обследования включали осмотр больного, трансабдоминальное ультразвуковое исследование, рентгенографию легких, экскреторную урографию, ангиографию, венокаваграфию и ирригоскопию [8], рентгенографию и/или скинтиграфию костей скелета, компьютерную томографию и/или магниторезонансную томографию и лабораторный скрининг [1, 22]. При подозрении на инвазию полых органов выполнялась фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия. Мочепузырное кровотечение исключалось при цистоскопии [6]. В работе ис-

пользованы цистоскопы фирм «Wolf» и «Красногвардеец», фиброскопы фирмы «Олимпус».

Чаще всего опухоль почки выявлялась при ультразвуковом исследовании, обладающем высокой информативностью и доступностью, отсутствием инвазивности [11], на аппаратах SSD-2000 фирмы «Aloka» с конвексным датчиком на 3,5 и 5 МГц, SDR-1550 фирмы «Philips» с мультисекторным датчиком 3,5—5 МГц и «Sanoline-450» фирмы «Siemens». Компьютерная томография почек, забрюшинного пространства и органов брюшной полости проводилась на аппарате Somaton-2 фирмы «Siemens» [17]. Полученные томограммы обрабатывали при помощи специальных математических программ, а в зоне интереса осуществляли увеличение изображения и реконструкцию во фронтальной и сагиттальной плоскостях [2].

Иммунный статус оценивали стандартизованными методами. Бактерицидную активность сыворотки крови (БАК) оценивали нефелометрическим методом, а гуморальное звено иммунитета — по содержанию основных классов иммуноглобулинов: IgG, IgM, IgA [7, 10, 22]. Фенотипический состав лимфоцитов периферической крови оценивали по наличию мембранных дифференцировочных и активационных антигенов методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител (НПО «Препарат», Нижний Новгород) [9].

Полученный во время операции опухолевый материал фиксировали в 10%-м растворе формалина (рН 7,2—7,4) и заливали в парафиновые блоки. С каждого блока готовили серийные срезы толщиной 5—7 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином. Просмотр и фотографирование микропрепаратов осуществляли на микроскопе МБИ-13 фирмы «ЛОМО». Достоверность различий изучаемых показателей иммунореактивности организма оценивали по *t*-критерию Стьюдента [4].

Результаты и обсуждение

Клиническое проявление заболевания отмечено у 194 пациентов (94,2%), при этом в 62% имело место сочетание нескольких симптомов.

Основные клинические проявления рака почки представлены в табл. 1. Классическая триада симптомов, характерная для рака почки [1, 12]: боль, гематурия, пальпируемое образование, — отмечалась только у 36 (17,5%) пациентов. У 12 (5,8%) больных рак почки протекал бессимптомно и был диагностирован при профилактическом осмотре.

Таблица 1

Клинические проявления рака почки

Симптом	Количество больных	
	Абсолютное	%
Боль в поясничной области	81	39,3
Пальпируемое образование	42	20,4
Почечная колика	30	14,6
Гематурия	36	17,5
Артериальная гипертензия	87	42,2
Анемия	106	51,5
Повышенная СОЭ	171	83,0
Пиурия	14	6,8
Гипертермия	47	22,8
Диспепсия	12	5,8
Снижение массы тела	100	48,5
Варикоцеле	46	22,3

Для стандартизации опухолевого процесса по системе TNM нами использована международная классификация Робсона [13]. У 89 (43,2%) пациентов имелось истинное прорастание опухоли в соседние органы и ткани (T_4), а у 17 (8,3%) пациентов выявлялось местное распространение опухолевого процесса, обусловленное воспалительной инфильтрацией (T_3). В остальных случаях (100 больных) при T_2 — T_{3a} распространение опухолевого процесса было обусловлено его генерализацией. Лимфогенный путь метастазирования с поражением лимфатических узлов (N_{1-3}) диагностирован у 58 (28,2%) пациентов, а гематогенный (M_1) — у 119 (57,8%) человек. Чаще всего метастазы локализовались в легких, печени и костях. У 7 пациентов имелись единичные метастазы с одновременным поражением двух органов. Одинаково часто рак почки встречался как справа (49,5%), так и слева (48,1%), а у 5 (2,4%) больных имелось двухстороннее поражение почек.

Для больных почечно-клеточным раком надежда на излечение связана с удалением опухоли путем хирургического вмешательства [12, 21]. В 98,1% случаев (202 больных) использован

трансабдоминальный доступ к почке в его различных модификациях, который с онкологических позиций имеет существенные преимущества перед другими:

— абластичность и относительная атравматичность;

— возможность удаления опухоли больших размеров без дополнительных разрезов;

— возможность осуществления комбинированного оперативного вмешательства, если возникают показания к таковому;

— возможность осуществления детальной ревизии органов брюшной полости и забрюшинного пространства по обе стороны позвоночного столба;

— непосредственный выход на магистральные сосуды почки, возможность раздельной перевязки артерии и вены с первоочередным легированием артериального ствола.

У 13 пациентов использованы комбинированные доступы, в том числе у 6 больных — торакофренолапаротомия, а у 7 больных — люмболапаротомия. Показанием к отказу от лапаротомии явились выраженный спаечный процесс в брюшной полости на фоне сопутствующей патологии, вращение опухоли в диафрагму, ожирение IV степени и планируемые органосохраняющие операции на почке. Люмботомия выполнена у 4 больных.

При нерезектабельном раке почки (массивное вращение в магистральные кровеносные сосуды, прорастание опухоли в корень брыжейки, тотальная генерализация опухолевого процесса), имевшем место у 18 (8,7%) пациентов, осуществлялось паллиативное хирургическое вмешательство в объеме лапаротомии и биопсии опухоли.

В 88,8% случаев (183 пациента) выполнены радикальные органосохраняющие операции: нефрэктомия или нефрадреналэктомия. Резекция почки применена у 3 больных, в том числе у 2 — в связи с двухсторонним поражением почек и у 1 — вследствие снижения функции контрлатеральной почки. Энуклеация солидного опухолевого узла до 4 см в диаметре, окруженного плотной соединительно-тканной капсулой, осуществлена у 2 пациентов.

Морфологическое исследование опухолей по результатам оперативного вмешательства позволило верифицировать их принадлежность (табл. 2). Чаще всего встречался светлоклеточный рак и реже – эозинофильно-клеточный и железистый.

Таблица 2

Гистологические формы почечно-клеточного рака

Вид почечно-клеточного рака	Количество пациентов	
	Абсолютное	%
Светлоклеточный	89	43,2
Эозинофильно-клеточный	26	12,6
Саркомоподобный	30	14,6
Железистый	25	12,1
Смешанный	36	17,5
<i>Итого</i>	206	100,0

В группе больных распространенным раком почки, перенесших нефрэктомия, 55 пациентам операция была расширена адреналэктомией. Показаниями к удалению надпочечника являлись: верхнеполюсная локализация опухоли почки; опухоль надпочечника, диагностированная до операции; опухолевые изменения в надпочечнике, выявленные интраоперационно и интенсивное кровотечение из надпочечника. Непременным условием нефрадреналэктомии служил сохраненный контрлатеральный надпочечник [24]. Морфологически в удаленных надпочечниках в 10 случаях выявлялся опухолевый процесс (истинное прорастание опухоли либо метастатическое поражение), в 6 случаях — гиперплазия и в 3 случаях — аденома надпочечника. В целом же в 34,5% случаев выявлены патологические изменения в надпочечнике. В раннем послеоперационном периоде лишь у одного больного после нефрадреналэктомии возникла острая надпочечниковая недостаточность, потребовавшая медикаментозной коррекции.

Забрюшинная лимфодиссекция выполнена 28 (13,6%) пациентам, в том числе правосторонняя 13 больным, а левосторонняя 15 больным. Показаниями к расширению оперативного лечения служили макроскопически измененные забрюшинные парааортальные и паракавальные лимфатические узлы. Удаление забрюшинных лимфатических узлов начиналось от ножки диафрагмы и продолжалось вдоль нижней полой вены

или аорты вплоть до их бифуркации. Границами удаляемой клетчатки являлись: латерально — ипсилатеральный мочеточник, сверху — диафрагма, снизу — бифуркация аорты и внутреннее паховое кольцо, сзади — поясничная мышца, медиально — нижняя полая вена при правостороннем поражении и аорта — при левостороннем. Иссечение забрюшинной клетчатки с лимфатическими узлами проводилось по методике en block, что уменьшало лимфорею интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде. В связи с выраженной опухолевой инфильтрацией нижней брыжеечной артерии двум пациентам произведено ее лигирование. Нарушения моторики кишечника у них в послеоперационном периоде не отмечено.

При больших по размеру метастатических забрюшинных лимфатических узлах у 3 больных произведена резекция нижней полой вены, а у 2 — ее перевязка ниже уровня контрлатеральных почечных сосудов. При этом ни в одном случае не отмечалось выраженных гемодинамических нарушений, однако в ближайшие сутки после операции выявлялась парестезия и отечность нижних конечностей.

Одной из самых сложных групп больных раком почки являлась группа пациентов с опухолевой инвазией в нижнюю полую вену [5, 20]. Тромбэктомия была выполнена 19 больным с местным распространением рака почки в просвет нижней полой вены с образованием там опухолевого тромба (табл. 3). Доступ к нижней полой вене осуществлялся через боковой карман со стороны поражения со вскрытием забрюшинного пространства латеральнее восходящей или нисходящей ободочной кишки и ее мобилизацией. Обнажалась нижняя полая вена, выделялась и пересекалась гонадная вена у места ее впадения, перевязывалась соответствующая почечная артерия с целью прекращения притока крови к почке. При периневральном распространении опухолевого процесса выполнялась пристеночная резекция нижней полой вены с циркулярным иссечением устья почечной вены пораженной почки. Тромб удалялся из просвета вены, а дефект ее стенки ушивался.

Таблица 3

Распределение больных по локализации опухолевого тромба

Опухолевый тромб	Локализация	Количество больных	
		Абсолютное	%
Поддиафрагмальный	Периренальный	6	31,6
	Подпеченочный	8	42,1
	Ретропеченочный	3	15,8
Наддиафрагмальный	Надпеченочный	2	10,5
Итого		19	100,0

При подпеченочном опухолевом тромбозе соблюдались следующие правила при оперативном вмешательстве:

— осуществлялось наложение турникетов (сосудистых зажимов) на нижнюю полую вену ниже почечных сосудов, противоположную почечную вену и супраренальный отдел нижней полой вены выше конца тромба;

— нижняя полая вена вскрывалась над устьем почечной вены пораженной почки, разрез продлевался на 2—4 см по направлению к верхнему концу опухолевого тромба для его безопасного извлечения;

— на время вскрытия просвета нижней полой вены оперируемый сегмент ее выключался из кровотока путем пережатия.

Ретропеченочная локализация опухолевого тромба потребовала дополнительной экспозиции нижней полой вены на 2—3 см вверх за счет лигирования двух-трех коротких печеночных вен из существующих семи-восьми, идущих от хвостовой доли печени, что позволило достичь верхней границы опухолевого тромба. Большим достижением проведенных тромбэктомий из нижней полой вены, особенно без ее перевязки, явилось резкое уменьшение признаков дыхательной недостаточности, что, очевидно, было обусловлено улучшением притока крови к правым отделам сердца и нормализацией гемодинамики в малом круге кровообращения, улучшением продолжительности и качества жизни пациентов с исходно запущенным заболеванием. В раннем послеоперационном периоде умерло 2 пациента вследствие тромбозмболии ветвей легочной артерии.

Местное распространение (T₄) опухоли почки на соседние органы (печень, брюшина, надпочечник, различные отделы кишечника, хвост поджелу-

дочной железы) отмечалось у 89 пациентов (43,2%). У 10 больных нефрэктомия либо нефрад-реналэктомия сочетались с операциями на толстом кишечнике. Гемиколонэктомия или резекция толстой кишки производились с целью радикального удаления почечного опухолевого очага. Резекция кишки выполнялась выше опухоли на 2 см и ниже на 8 см от опухоли; линия отсечения кишки проходила по мобильному участку для наложения анастомоза без натяжения [6]. Все участки кишки, лишенные кровеносных сосудов, были удалены.

Пятерым пациентам была произведена правосторонняя гемиколонэктомия с восстановлением проходимости по кишечнику. В 4 случаях в связи с опухолевой инфильтрацией окружающих тканей выполнена резекция толстой кишки. У 2 пациентов операция завершилась наложением двухрядного межкишечного анастомоза самовварачивающим самоперитонизирующим швом Блохина в нашей модификации «конец в конец». Вовлечение в опухолевый конгломерат тонкой кишки имело место у двух больных; оперативное лечение у них завершилось резекцией пораженного участка тонкой кишки и созданием межкишечного анастомоза «конец в конец».

Правосторонняя опухолевая инвазия почки в головку поджелудочной железы с поражением забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки явилась показанием для эксплоративной лапаротомии с биопсией опухоли. Только левостороннее почечное вращение опухоли в поджелудочную железу не служило противопоказанием для оперативного вмешательства. Левосторонняя опухолевая инвазия в поджелудочную железу выявлена у 3 пациентов: двум из них выполнена плоскостная резекция поджелудочной железы, а одному — аппаратная резекция хвостовой части поджелудочной железы. В послеоперационном периоде эти больные получали ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс) или препараты, производные соматостатина (сандостатин, октреотид).

Опухолевое вращение в доли печени отмечено у 6 пациентов. При инвазивном поражении одной из долей печени мы придерживались следующей тактики: максимальное хирургическое удаление видимой зоны прорастания, обработка

резецированной поверхности электроножом для получения максимальной абластики, ушивание раны печени П-образными кетгутовыми швами на жировых амортизаторах. Послеоперационной летальности не отмечено.

Отдаленное метастазирование у 39 пациентов не стало причиной их отказа от оперативного удаления первичного опухолевого очага в почке. Оперативное лечение метастатического поражения печени проведено у 7 пациентов, легких — у 18 и костей — у 16 пациентов. Хирургическая обработка метастатического очага в печени не отличалась от таковой при местном опухолевом врастании первичного очага. Синхронное поражение печени имело место у 4 больных, метастатическое — у 3. Одномоментное удаление метастатического узла из печени и нефрэктомия были выполнены у 5 пациентов, а в остальных двух случаях оперативное лечение было отсрочено в связи с отказом одного пациента от одномоментной операции, а второго — из-за тяжелой анемии и почечно-печеночной недостаточности. В послеоперационном периоде умер 1 больной.

Наибольшую группу пациентов среди оперированных по поводу отдаленных метастазов составили больные с метастазами в легкие. Обязательными условиями отбора пациентов для оперативного лечения являлось радикально удаленная первичная опухоль почки, гистологическая верификация первичной опухоли, отсутствие генерализованного метастазирования при наличии единичных метастазов, возможность удаления всех метастазов с помощью одной операции и невысокий риск оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство предусматривало удаление солитарного, единичного или рецидивных метастазов; паллиативную резекцию с целью предупреждения или уточнения кровотечения, болей, стеноза бронха, пневмоторакса; резекцию с целью уменьшения массы опухоли с последующим медикаментозным лечением. Основным хирургическим доступом являлась торакотомия в V межреберье со стороны поражения. Морфологически во всех случаях подтверждены метастазы почечно-клеточного рака.

Больных с единичными или одиночными метастазами было 5, в остальных 13 наблюдениях генерализация опухолевого процесса наступила в сроки от 1 года до 8 лет. При синхронном метастатическом поражении после удаления первичного очага осуществлялось диспансерное наблюдение, и при отсутствии признаков генерализации в течение 3 мес следовало радикальное удаление метастатической опухоли легкого. Объем оперативного вмешательства по поводу метастатического поражения легких представлен в табл. 4. У 2 пациентов имелось двухстороннее поражение легких, в связи с чем операция на легких была выполнена в два этапа: удаление опухоли вначале из одного легкого, а через месяц — из другого. Послеоперационной летальности среди пациентов этой группы не было. Трехлетняя выживаемость составила 67,2%. Эффективность лечения зависела от сроков появления метастазов и начала лечения.

Таблица 4

Объем оперативного вмешательства по поводу метастатического поражения легких

Объем оперативного вмешательства	Количество пациентов	
	Абсолютное	%
Лобэктомия	7	38,9
Торакотомия с биопсией	6	33,3
Сублобарная резекция	4	22,2
Пневмонэктомия	1	5,5
<i>Итого</i>	18	100,0

Хирургическое лечение 20 больных с метастатическими поражениями костей проведено совместно с хирургами вертебрологического центра г. Омска. В частности, 6 пациентам с метастазами в плюсневую кость стопы, ребра, плечевую кость и позвоночник на первом этапе лечения проведено удаление метастатической опухоли, после чего была выполнена нефрэктомия. При метастатическом поражении позвоночника двум больным на первом этапе оперативное вмешательство осуществлялось на позвоночнике, а на втором — нефрэктомия. Остальным 4 больным первым этапом выполнялась нефрэктомия, затем стабилизирующая операция с проведением металлоостеосинтеза на позвоночнике.

Для протезирования использовался никелид титана, который хорошо переносится тканями организма, обладает высокой пористостью и нетоксичен [2]. В пористую структуру имплантата врастает костная ткань, а между костью и имплантатом образуется очень прочное соединение [15]. Во всех случаях была достигнута необходимая стабилизация поврежденного позвоночного сегмента с отсутствием болевого синдрома и формирование надежного костно-металлического блока. Осложнений, связанных с отторжением трансплантата или его смещением, а также нагноения операционных ран не выявлено. Все больные, подвергнутые оперативному лечению при метастатическом поражении костей скелета, получали бисфосфонаты различных поколений. Послеоперационной летальности не было.

Медикаментозная терапия больных раком почки предусматривала назначение иммуномодуляторов, поскольку развитие опухолевого процесса в почках сопровождается снижением иммунореактивности, изменением метаболизма интактных и стимулированных нейтрофилов, снижением фагоцитарной активности нейтрофилов, уменьшением содержания IgG и IgA, увеличением в крови уровня циркулирующих иммунных комплексов и Т-супрессоров [1]. В качестве иммуномодулятора использовался реаферон. Курсовая доза составляла 30 млн ед. Проведено три курса с интервалом в 3 нед. Уже после второго курса в сочетании с нефрэктомией отмечалось уменьшение выраженности вторичного иммунодефицита: нормализовалось содержание иммуноглобулинов, повысилась фагоцитарная активность нейтрофилов (табл. 5). Отмечалось улучшение общего состояния, повышалась работоспособность, в среднем на 15 мес удлинялся период безрецидивного течения. Однако содержание Т-супрессоров оставалось повышенным. Следовательно, уменьшение вторичного иммунодефицита у больных почечно-клеточным раком позволяет улучшить как результаты лечения, так и прогноз заболевания.

Таблица 5

Влияние реаферона на иммунореактивность организма
($M \pm m$)

Изучаемый показатель	До лечения	После лечения
IgA, г/л	$0,50 \pm 0,01$	$2,16 \pm 0,02^{**}$
IgG, г/л	$6,10 \pm 0,15$	$12,36 \pm 0,10^{**}$
IgM, г/л	$0,52 \pm 0,19$	$1,37 \pm 0,10^{**}$
В-лимфоциты, %	$4,30 \pm 0,45$	$7,80 \pm 0,51^{**}$
Т-супрессоры, % (CD 8)	$25,30 \pm 2,70$	$28,30 \pm 2,10$
Фагоцитарное число	$3,00 \pm 0,13$	$7,00 \pm 0,20^{**}$
Фагоцитарный индекс, %	$20,00 \pm 0,99$	$36,00 \pm 0,78^{**}$
Индекс завершенности фагоцитоза	$0,80 \pm 0,01$	$1,00 \pm 0,01^{**}$
НСТ-спонтанный, %	$18,00 \pm 0,65$	$16,00 \pm 0,70^*$
НСТ-стимулированный, %	$51,00 \pm 1,10$	$50,00 \pm 1,20$
БАСК, %	$3,70 \pm 0,90$	$9,00 \pm 0,80^{**}$

Примечание. Достоверность различий в сравнении с показателями до лечения: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,001$.

Заключение

Таким образом, рак почки является актуальной социально-медицинской проблемой, затрагивающей значительную часть взрослого населения [23], в 85% случаев развивается из эпителия проксимальных отделов почечных канальцев [11]. Каждый третий больной уже при первичном обращении имеет распространенную форму опухолевой патологии почки. В течение первого года после проведенного радикального лечения у 40% пациентов выявляется генерализация опухолевого процесса. Распространенные формы почечно-клеточного рака требуют в обязательном порядке комбинированного оперативного лечения. При верхнеполюсной локализации опухоли правомочна нефрэктомия, дополненная адреналэктомией. При местнораспространенном раке почки за счет истинного прорастания опухоли в соседние органы и ткани либо перифокальном воспалении обосновано выполнение комбинированных операций с резекцией (либо удалением) пораженных органов. Такой агрессивный хирургический подход значительно улучшает прогноз.

Проведение лимфодиссекции у больных генерализованным и местнораспространенным раком почки не влияет на прогноз заболевания, так как гематогенная опухолевая диссеминация на момент операции уже прошла через регионарный лимфатический барьер, а имеет значение только для правильного стадирования заболевания. Следует значительно расширять показания к комбинированным операциям при местном распространении опухоли на магистральные сосуды

и вовлечении органов брюшной полости. Современное развитие анестезиологии и интенсивной терапии сделали правомочным агрессивный хирургический подход, тем более что паллиативная нефрэктомия улучшает результаты лечения больных диссеминированным раком почки [14]. Подключение медикаментозной противоопухолевой терапии (в частности иммунотерапии) позволяет существенно увеличить продолжительность жизни, улучшить прогноз и качество жизни этой категории пациентов. Наш опыт ведения больных опухолями почек с одиночными и единичными метастазами позволяет высказаться за активную хирургическую тактику в сочетании с лекарственной терапией в отношении лечения этой категории больных.

Литература

1. Аль-Шюкри С.Х. Опухоли мочеполовых органов. СПб., 2000. 320 с.
2. Бебякин В.Т. Лечение больных с костными метастазами рака почки // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. Уфа, 2001. С. 123.
3. Бек Х.П., Хубер Х. Химиотерапия метастазирующей почечно-клеточной карциномы // II Междунар. урологический симп.: Тез. докл. Н. Новгород, 2000. С. 41—45.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. М.: Практика, 1999. 459 с.
5. Давыдов М.И., Матвеев В.Б., Матвеев Б.П. и др. Расширенные и комбинированные операции в лечении распространенного и метастатического рака почки // Материалы 4-й Рос. онколог. конф. М., 2000. С. 181—182.
6. Давыдов М.И., Матвеев В.Б., Матвеев Б.П. и др. Хирургическое лечение рака почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены // Материалы Европейской школы по онкологии. М., 2001. С. 1—14.
7. Долгих В.Т. Основы иммунопатологии. М.: Медицинская книга, 2003. 229 с.
8. Илюхин Ю.А. Клинико-анатомическое обоснование венакаватромбозэктомии при опухолях почек // II Междунар. урологический симп.: Тез. докл. Н. Новгород, 2000. С. 71—77.
9. Иммунодефицитные состояния / Под ред. В.С. Смирнова и И.С. Фрейдлина. СПб.: Фолиант, 2000. 568 с.
10. Кадагидзе З.Г. Иммунодиагностика и иммунотерапия опухолей // Вестн. РАМН. 1999. № 5. С. 19—22.
11. Лопаткин Н.А., Козлов В.П., Гришин М.А., Суриков В.Н. Злокачественные опухоли паренхимы почки // Кремлевская медицина. 1999. № 1. С. 44—46.
12. Мавричев А.С. Почечно-клеточный рак. Минск, 1996. 334 с.
13. Матвеев Б.П., Фигурин К.М. Международная классификация TNM онкоурологических заболеваний // Урология и нефрология. 1999. № 1. С. 32—38.
14. Матвеев В.Б., Гурарий Л.Л., Беган-Бегацкий К.М. Оперативное лечение поздних метастазов рака почки // Урология и нефрология. 1999. № 2. С. 51—52.
15. Махсон А.Н., Махсон Н.Е., Денисов К.А. Хирургия в лечении метастазов рака почки в кости // Материалы V Всерос. съезда онкологов. М., 2000. С. 383—384.
16. Микич Г. Роль хирургических методов в лечении диссеминированного рака почки // Европейская школа по онкологии. М., 2001. С. 1—30.
17. Петричко М.И., Миллер А.М., Глазун Л.О. и др. Особенности клиники, диагностики и лечения опухолей почек в современных условиях // Дальневосточный мед. журн. 2000. № 4. С. 14—18.
18. Руководство по иммунофармакологии: Пер. с англ. / Под ред. М.М. Дейла и Дж.К. Формена. М.: Медицина, 1998. 332 с.
19. Belis J.A., Levinson M.E., Pae W.E.Jr. Complete radicals nephrectomy and vena caval thrombectomy during circulatory arrest // J. Urol. 2000. V. 163. P. 434—436.
20. Browning A.J., Eardley I., Joyce A.D. et al. Percutaneous veno-venous bypass in surgery for renal cell carcinoma with associated vena caval tumor thrombus // BJU Int. 1999. V. 83. P. 850—852.
21. Durr H.R., Maier M., Pfahler M. et al. Surgical treatment of osseous metastasis in patients with renal cell carcinoma // Clin. Orthop. 1999. No. 5. P. 283—286.
22. Mancini G., Garbonara A.O., Heremans J.F. Immunochemical guanitation of antigens by single radial immunodiffusion // Immunochemistry. 1985. V. 2. P. 235—240.
23. Wunderlich H., Schlichter A., Reichelt O. et al. Real indications for adrenalectomy in renal cell carcinoma // Eur. Urol. 1999. V. 35. No. 4. P. 272—276.

Леонов О.В., Долгих В.Т., Широкопад В.И. и др.

Из опыта лечения больных... раком почки

24. Yagi T., Tanaka N. Infection and rejection // Nippon.
Geka. Gakkai. Zasshi. 2002. V. 103. No. 5. P. 428—

434.

Поступила в редакцию 20.01.2004 г.