

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

УДК 616.61-006.03+616.61-006.6-089.3

НЕЧИПОРЕНКО АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ И РАКА ПОЧКИ T₁N₀M₀

14.00.40 – урология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МИНСК – 2000

Работа выполнена на курсе урологии кафедры госпитальной хирургии Гродненского государственного медицинского института

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор
Гресь Аркадий Александрович

доктор медицинских наук, профессор
Мавричев Анатолий Сергеевич

Официальные оппоненты: – академик АН РБ, доктор медицин-
ских наук, профессор Савченко Николай Евсеевич

- доктор медицинских наук, профессор
Залуцкий Иосиф Викторович

Оппонирующая организация – Витебский государственный меди-
цинский университет

Защита диссертации состоится "10" мая 2000 года в 14
часов на заседании Совета по защите диссертаций Д 03.15.03 "Хи-
рургия, анестезиология и реаниматология, урология" при Белорус-
ском государственном институте усовершенствования врачей мини-
стерства здравоохранения Республики Беларусь (220714, г. Минск –
13, ул. П.Бровки, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Белорусского го-
сударственного института усовершенствования врачей.

Автореферат разослан "10" 04 2000 года

Ученый секретарь Совета по защите
диссертаций, доктор медицинских наук,
профессор

А.А.Гресь

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Широкое внедрение в практику таких методов визуализации внутренних органов, какими являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгеновская компьютерная томография (РКТ), позволили уже сравнительно часто диагностировать опухоли паренхимы почки размерами до 5 см. Это привело к тому, что господствовавший тезис о необходимости выполнения нефрэктомии при любом опухолевом поражении паренхимы почки, как единственно радикальном вмешательстве в случаях хорошей функции второй почки, стал подвергаться пересмотру. В настоящее время ряд урологов и онкологов считает оправданным выполнение органосохраняющей операции (ОСО) не только при доброкачественных опухолях, но и при раке почки $T_1N_0M_0$ даже при хорошей функции второй почки (Ю.А.Пытель, Ю.Г.Аляев, 1983; Н.Ф.Сергиенко с соавт., 1985; Ю.Г.Аляев, 1989; Н.А.Лопаткин с соавт., 1992; А.Ф.Возианов, 1992; В.Н.Степанов с соавт., 1995; А.С.Мавричев, 1996; А.А.Гресь, 1998; M.Ecke, 1998; A.Novick et al., 1989; W.Morgan et al., 1990; A.Sikorski, 1997; K.S.Hafez, A.C.Novick, 1999; D.Filipas, 1999; B.Darewicz et al., 1998 и др.), т.е. в случаях, когда нефрэктомия может быть выполнена без риска развития почечной недостаточности.

Подтверждением целесообразности выполнения ОСО при опухолях паренхимы почки, особенно малых размеров, являются отдаленные результаты такой терапии, которые не уступают традиционной нефрэктомии, выполняемой общепринятым методом C.Robson (1963) (А.Ф.Возианов с соавт., 1992; D.Frang et al., 1987; A.Furrer et al., 1990; P.Graber, 1991; S.Lerner, 1991; A.Potyka et al., 1997).

Актуальность проблемы ОСО при опухолях почек продиктована еще и тем, что после нефрэктомии, избавляющей пациента от опухоли, оставшаяся почка не может рассматриваться как полностью функционально полноценный орган (А.Я.Пытель, М.А.Гришин, 1973; А.В.Люлько, 1982). В условиях же Белоруссии роль функционально состоятельной системы элиминации эндогенных и экзогенных токсинов весьма велика в силу повышенного их содержания (радионуклиды, химические агенты и др.). Сказанное особенно относится к пациентам в возрасте 50 лет и старше, поскольку здесь вступают в силу процессы биоморфологической эволюции почек, обусловленные возрастом. В таких условиях любая нагрузка на единственный пожилой и старческий орган может вызвать почечную декомпенсацию (Д.Ф.Неботарев, 1972).



Однако проблема ОСО при раке почки $T_1N_0M_0$ и доброкачественных опухолях содержит много не уточненных и не разработанных моментов. Так, среди специалистов нет единого мнения по следующим вопросам: о показаниях к ОСО, о выборе характера операции – энуклеация опухолевого узла или резекция почки, о методике диспансерного наблюдения за оперированными пациентами, о способах профилактики метастазов и рецидивов. Не изучен вопрос о функции почки после ОСО.

В связи с этим ОСО не находит широкого распространения среди практических урологов.

Таким образом, дальнейшая разработка проблемы ОСО при доброкачественных опухолях и при раке почки $T_1N_0M_0$ в случаях хорошо функционирующей второй почки является актуальной задачей современной клинической урологии.

Связь работы с научными программами. Работа выполнена в рамках плановой научно-исследовательской работы Гродненского государственного медицинского института "Сравнительная оценка ОСО и нефрэктомии при раке почки T_1 " (Номер государственной регистрации 19963565).

Цель и задачи исследования. Цель исследования - разработка технических приемов, повышающих эффективность ОСО при раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см и доброкачественных опухолях, а также их оценка с онкологических и функциональных позиций. Достижение цели предполагалось решением следующих задач:

1. Изучить частоту выявления и особенности клиники рака почки $T_1N_0M_0$ и доброкачественных опухолей.

2. Сформулировать показания и противопоказания к ОСО при раке и доброкачественных опухолях паренхимы почки при условии хорошей функции второй почки.

3. Разработать в эксперименте и изучить в клинике собственную методику ОСО – "секторальную резекцию почки".

4. Разработать собственные методы ушивания дефекта в почке после удаления фрагмента почечной паренхимы.

5. Разработать методику диспансерного наблюдения за больными после ОСО.

6. Изучить непосредственные и отдаленные результаты ОСО при раке почки $T_1N_0M_0$ в сравнении с традиционной нефрэктомией.

Научная новизна исследования. Разработана методика секторальной резекции почки при раке почки $T_1N_0M_0$ (размерами до 5 см), а также при доброкачественных опухолях. Разработана экспериментально и применена в клинике методика интраоперационной профилактики лимфогенных метастазов после ОСО путем введения цитостатиков под фиброзную капсулу почки. Разработаны новые методы

ушивания раны почки после выполнения ОСО. Изучена функциональная активность почки после ОСО в зависимости от размеров опухоли.

Практическая значимость работы.

1. Подтверждена целесообразность выполнения ОСО при раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см в полюсах почки, размерами до 2.5 см при любой локализации в почке.

2. Разработанная методика секторальной резекции паренхимы позволяет удалять опухоль, локализирующуюся строго на передней и задней поверхности почки.

3. Разработаны методики ушивания раны почки после ОСО с помощью мышечного лоскута с одновременной нефропексией и свободного жирового фрагмента с использованием "двухэтажного" шва.

4. Применена методика интраоперационного подкапсульного фракционного введения химиопрепаратов после ОСО по поводу рака почки с целью профилактики лимфогенных метастазов.

5. Показано, что отдаленные результаты ОСО по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ не уступают традиционной нефрэктомии.

6. Показано, что функция почки после удаления опухоли до 5 см в диаметре в отдаленном периоде остается хорошей.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Методика секторальной резекции почки отвечает требованиям онкологического радикализма и должна рассматриваться как адекватное вмешательство при раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см и при доброкачественных опухолях.

2. Подкапсульное введение цитостатиков является профилактикой развития метастазов в забрюшинных лимфатических узлах после ОСО по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см.

3. Пятилетняя выживаемость больных после ОСО не уступает таковой после нефрэктомии при раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см.

4. Функциональное состояние почки после удаления опухоли до 5 см в диаметре остается хорошим.

Личный вклад соискателя. Конкретное личное участие автора в выполнении диссертации состояло в практической деятельности на основных этапах обследования больных с опухолями почек, выполнении операций у части больных, включенных в исследование, статистической обработке данных, анализе результатов и формулировании выводов.

Апробация результатов диссертации. Основные положения работы доложены на Всероссийской (с участием стран СНГ) конференции по лечению онкоурологических заболеваний (Обнинск,

1994), Республиканской конференции (Витебск 1995), на международных конференциях в г. Афины (Греция) 1995г., г. Гродно 1998г., на II Белорусско-Польском Симпозиуме урологов 1999г., на заседании кафедры урологии БелГИУВ, Минск, 1999г.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, получены удостоверения на 5 рационализаторских предложений, получены приоритетные справки на 2 изобретения.

Структура и объем диссертации.

Диссертация состоит из введения, 4 глав, выводов и указателя литературы. Диссертация изложена на 81 странице машинописи, содержит 13 таблиц, 14 диаграмм, схем, рисунков. Список использованных источников включает 127 работ, из них 53 на русском языке и 74 – на иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В основу работы положены результаты обследования и лечения 121 пациента с опухолями паренхимы почек размерами 0.8 – 5.0 см, находившихся в урологических клиниках ГГМИ с 1989 по 1999 год. Всем пациентам проведено идентичное обследование: УЗИ почек, печени, забрюшинного пространства; нефроангиография; экскреторная урография; РРГ; общеклинические лабораторные исследования; части больных – РКТ. Во всех случаях опухоль локализовалась на достаточном расстоянии от ворот почки, что технически позволяло выполнить ОСО. Вместе с тем, функция второй почки была хорошей и пациентам можно было выполнять нефрэктомия. Т.о. группа пациентов была однородна по особенностям опухолевого поражения почки.

Перед внедрением в клинику ОСО провели эксперименты на удаленных по поводу рака почках. На удаленных почках выполнили энуклеацию опухолевого узла – 6, резекцию полюса почки – 4, секторальную резекцию – 10. Морфологические исследования позволили дать онкологическую оценку этим видам ОСО.

По результатам клинического обследования у 30 больных диагностированы доброкачественные опухоли (гиперэхогенные по УЗИ и гиповаскулярные по данным ангиографии) размерами 0.8 – 4.0 см, что позволило им сразу предложить ОСО.

У 91 человека по данным обследования имели место злокачественные опухоли паренхимы почки (гипоэхогенные или смешанные по данным УЗИ и гиперваскулярные по данным ангиографии или с характерными томографическими признаками). Эти пациенты методом рандомизации разделены на две группы: I группа пациентов, которым предложена ОСО и II группа, которым предложена

нефрэктомия. Пациентам, попавшим в группу ОСО разъяснялись особенности операции, возможные осложнения и последствия, больные информировались и о возможности выполнения традиционной нефрэктомии и особенностях этой операции. Только после согласия на ОСО выполнялось вмешательство такого объема. В результате ОСО была выполнена 41 больному и нефрэктомия -- 50 больным. Характер вмешательства приводим в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от диагноза и характера выполненного вмешательства

Характер опухоли	Количество больных	Вид операции			
		Резекция полюса	Энуклеация опухоли	Секторальная резекция	Нефрэктомия
Доброкачественная	30	2	1	27	-
Рак почки	91	12	5	24	50

Результаты

Все пациенты были выписаны из стационара и подвергнуты тщательному диспансерному наблюдению. Мониторинг проводили по схеме с использованием УЗИ, РРГ, лабораторных исследований. В случае необходимости пациенты госпитализировались для углубленного обследования. Изучена частота и сроки появления рецидивов и метастазов; выживаемость пациентов после ОСО в сравнении с группой пациентов, перенесших нефрэктомию, а так же изучено функциональное состояние оперированной почки и оставшейся после нефрэктомии контрлатеральной почки.

Экспериментальное изучение результатов энуклеации опухолевого узла и резекции полюса почки с опухолью (на удаленных по поводу рака почках) показало, что энуклеация опухолевого узла из паренхимы почки по "псевдокапсуле" в 2-х случаях из 6-и сопровождалась повреждением "псевдокапсулы" с попаданием опухолевых масс в рану. При выполнении резекции полюса в 1 случае разрез прошел по опухоли и во всех случаях вскрывался просвет чашечек и пересекались крупные внутрпочечные сосуды. Причем необходимо отметить, что энуклеация и резекция выполнялись легко и в пределах здоровых тканей только при размерах опухолевого узла до 5 см в диаметре, а при размерах 7 – 9 см сопровождалась повреждением опухоли. Т.о. при раке почки размерами до 5 см в диаметре ОСО типа энуклеации или резекции полюса может рассматриваться как

адекватное вмешательство при строгом соблюдении техники операции. При опухолях размерами 7 – 9 см энуклеация не является радикальным вмешательством, необходима резекция почки, отступя на 2 – 3 см от края опухоли с гистологическим подтверждением радикализма вмешательства.

Учитывая результаты экспериментов по изучению энуклеации опухоли и резекции полюса почки мы разработали и применили вмешательство, которое назвали "секторальная резекция" почки. Суть вмешательства состоит в следующем. Окаймляющим опухоль разрезом рассекается фиброзная капсула почки на глубину 3 - 5 мм, отступя от края опухоли на 0.8 - 1.0 см (Рис. 1А, Б). Затем тупо (рукояткой скальпеля или пальцем) проводится выделение сектора почечной паренхимы с опухолью в центре (Рис. 1В). Кортиковое и мозговое вещество почки легко расслаиваются, хорошо визуализируются сосуды, подходящие к удаляемому сектору, что позволяет их пересечь после клеммирования. Такое выделение сектора позволяет подойти к питающей опухоль главному сосуду в пределах здоровых тканей и перевязать его. Удаленный сектор почечной ткани имеет в большинстве случаев форму конуса или усеченной пирамиды, вершины которых обращены к почечному синусу. Ложе удаленного сектора представляет воронкообразный дефект паренхимы, дном которого является клетчатка синуса почки.

Такую операцию выполнили на 10 удаленных почках, при опухолях до 5 см в диаметре. Вмешательство технически протекало легко, опухоль со всех сторон оказывалась покрытой неизменной почечной тканью. Гистологически подтвержден радикализм вмешательства.

В клинических условиях ОСО при раке почки $T_1N_0M_0$ выполнены 41 больному. Резекция полюса – 12 больным, энуклеацию – 5, и секторальную резекцию – 24. При доброкачественных опухолях резекция выполнена – 2, энуклеация – 1 и секторальная резекция – в 27 случаях (таблица 1). При опухолях размерами более 2-х см вмешательство выполнялось после пережатия почечной артерии (61 случай). Длительность тепловой ишемии составляла 7 – 15 мин.

В случаях рака почки удаляли всю паранефральную клетчатку. После резекции полюса почки или выполнения секторальной резекции, образовавшийся дефект в паренхиме почки ушивали кетгутом методами, разработанными нами с использованием жировой прокладки и мышечного лоскута.

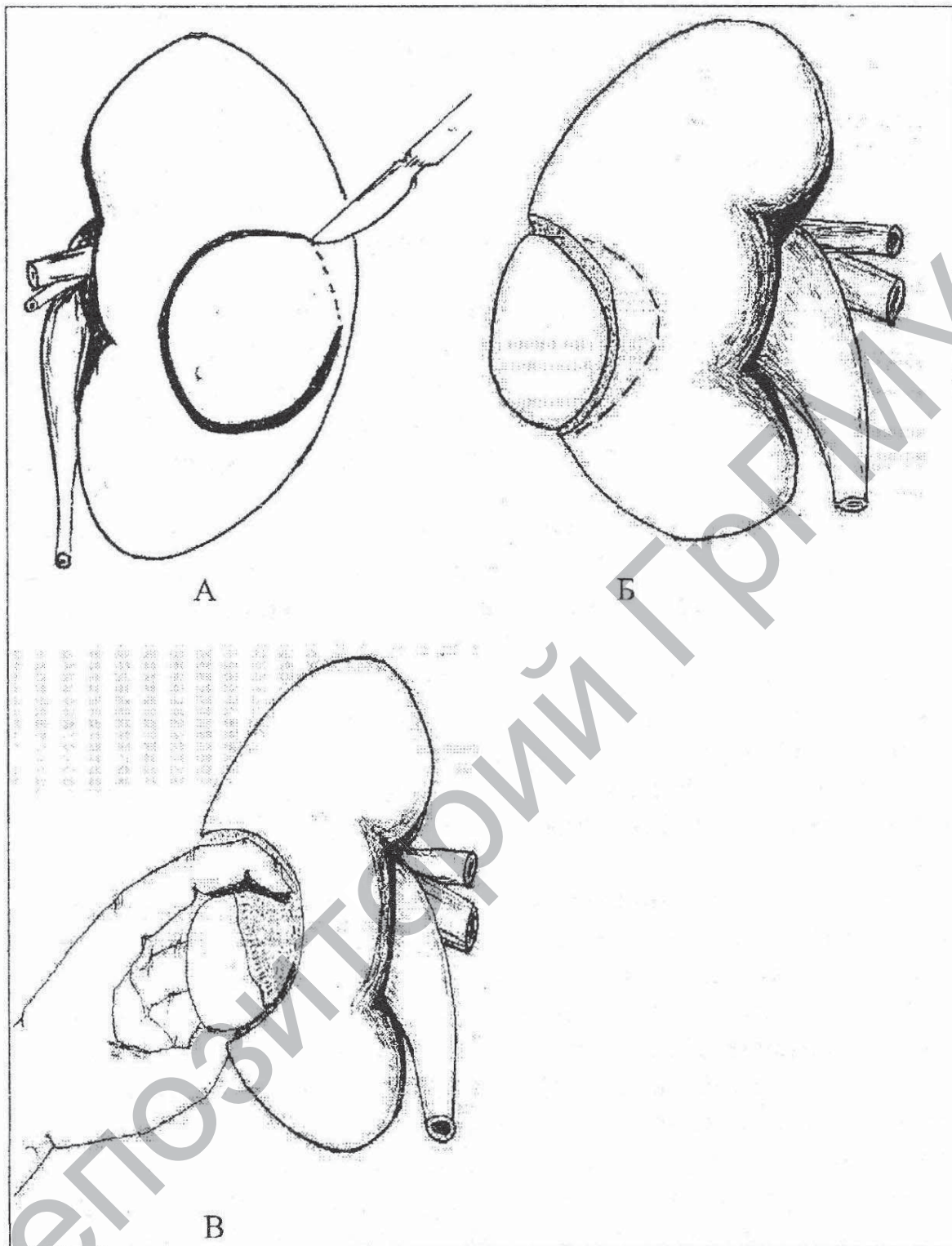


Рисунок 1. Схема секторальной резекции опухоли почки: А, Б – разрез капсулы и паренхимы почки, В – выделение почечного сектора с опухолью в центре.

Способ 1. (Приоритетная справка по заявке на А.с. № 19980096 от 04.02.98. РБ). Способ осуществляют следующим образом.

После выполнения резекции полуса почки или удаления фрагмента паренхимы в любом другом месте почки на дефект накладывали кетгутовые или викриловые швы (№ 3-4) через паренхи-

му таким образом, чтобы игла, пройдя через один край раны вышла в ее просвете у дна, затем второй вкол иглы делали у дна раны в другой ее край. После наложения 3-4 таких швов иссекали лоскут жировой клетчатки по длине в 2 раза превышающий длину раны почки. Зажим Федорова подводили под фрагменты нитей свободно лежащие у дна раны почки и выводили нити из раны. На дно раны почки по всей ее длине под петлями выведенных нитей укладывали лоскут жировой клетчатки и свободные концы нитей натягивали. Лоскут клетчатки оказывается плотно прижатым нитями к дну раны почки. Эта часть жирового лоскута тампонирует "первый этаж" раны. Вторую половину лоскута жировой клетчатки укладывали поверх первой (по типу двустволки) и тампонировали "второй этаж" раны. После этого нити завязывали до сближения краев почечной раны.

Таким образом рана почки оказывается плотно тампонированной двумя слоями жировой клетчатки, причем она плотно фиксирована к дну раны. Избыток клетчатки у краев почки отсекали. (Рис 2 А, Б)

Описанный способ позволяет добиться надежного гемостаза при ушивании раны в любом месте почки без значительной ее деформации и обширной зоны ишемии.

Способ 2. (Приоритетная справка по заявке на А.с. № 19980097 от 04.02.98. РБ). Способ осуществляется следующим образом.

После резекции нижнего полюса почки с опухолью выкраивали лоскут из поясничной мышцы, основание которого находится на уровне среднего сегмента почки, а дистальный конец пересекали у входа в таз. Лоскут укладывали в рану почки, придав ей физиологическое положение. Причем лоскут укладывали в рану почки или в сагиттальной или фронтальной плоскости (в зависимости от особенностей резекции). В таком положении лоскута накладывали кетгутовые швы на рану почки через паренхиму и мышечный лоскут. При затягивании швов края раны прижимаются к мышечному лоскуту, что и обеспечивает гемостаз. Мышечный лоскут одновременно удерживает почку в физиологическом положении, позволяя при этом почке выполнять дыхательные экскурсии. Избыток дистального конца мышечного лоскута может быть подшит к фиброзной капсуле почки или отсечен у ее края (Рис 2 В).

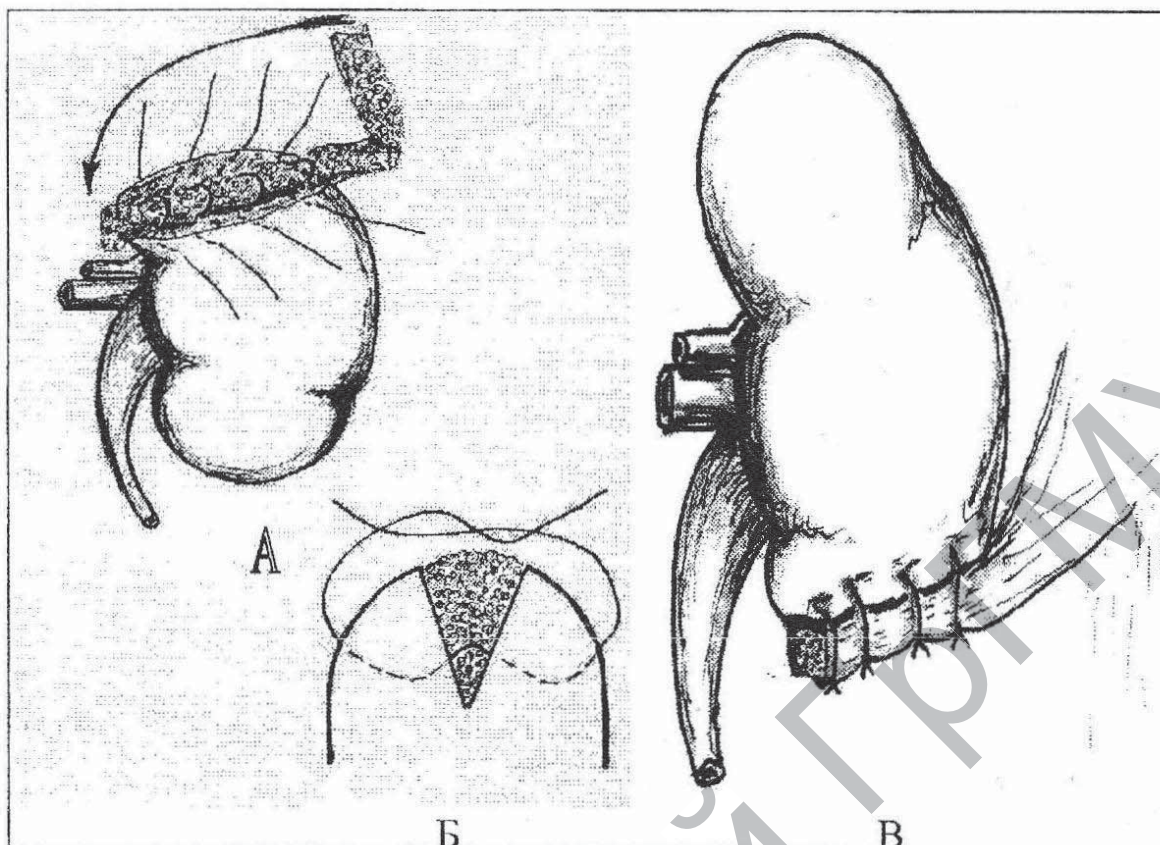


Рисунок 2. А – Б – Схема наложения швов на паренхиму почки с использованием жирового лоскута; В – с использованием мышечного лоскута, обеспечивающего и нефропексию.

С целью профилактики лимфогенных метастазов после ОСО по поводу рака почки 30 больным применена разработанная на курсе урологии ГГМИ методика интраоперационной лимфотропной адъювантной химиотерапии путем подкапсульного введения цитостатиков. Методика: Под фиброзную капсулу почки по ее передней поверхности вводится 2.0 циклофосфана на 4 мл 0.5% раствора новокаина, а под капсулу на противоположенной стороне 30 мг метотрексата на таком же количестве новокаина. Согласно нашим результатам экспериментального изучения судьбы препарата, введенного под фиброзную капсулу почки, цитостатики из созданного подкапсульного депо поступают в лимфатические узлы, где и будет реализован их лечебный эффект в случае наличия там метастазов (Рис 4).

Все вмешательства (50 нефрэктомий и 71 ОСО) прошли без осложнений. В послеоперационном периоде после ОСО по поводу доброкачественных опухолей почки осложнений не было. Среди 41 больного раком почки после операции различные осложнения развились у 8 человек (19.5%): макрогематурия с 5-х суток после операции – 1, желудочное кровотечение – 1, мочевого свищ – 1, паранефральная гематома – 2, острое нарушение функции оперированной почки – 5.

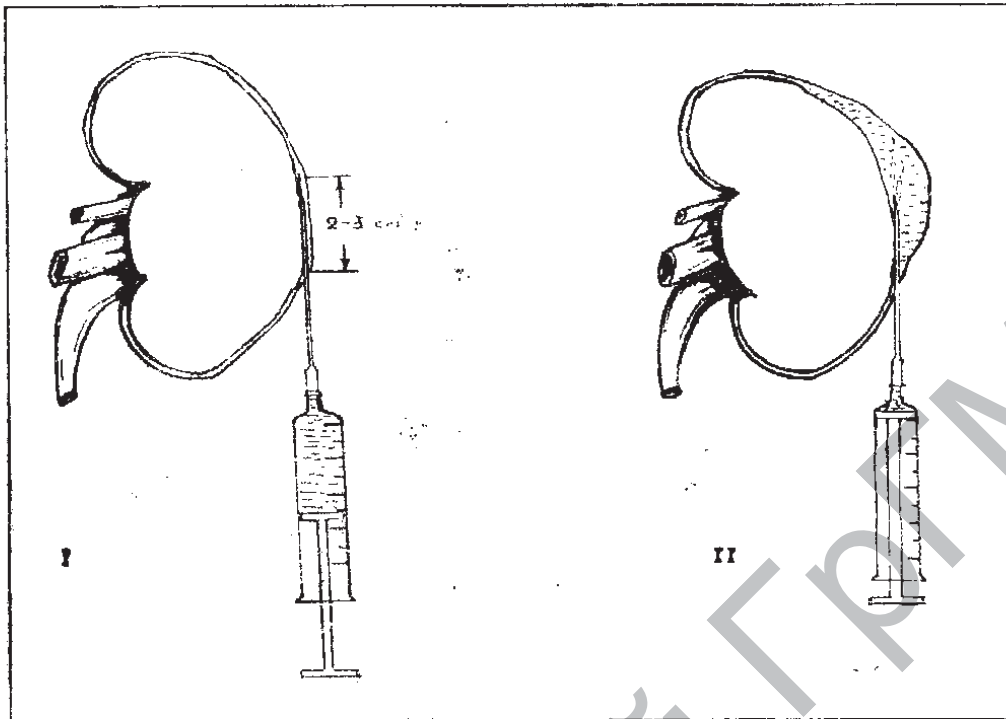


Рисунок 4. Схема интраоперационного подкапсульного введения цитостатиков.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных доброкачественными опухолями и раком почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см.

Отдаленные результаты в группе пациентов, перенесших нефрэктомия

В течении 5 лет наблюдения за 50 больными раком почки $T_1N_0M_0$, перенесшими нефрэктомия прогрессирование процесса отмечено у 5 человек ($10.0 \pm 4.2\%$). У 4-х ($8.0 \pm 3.8\%$) появились метастазы в забрюшинных лимфоузлах и отдаленных органах на 4 – 5 году после операции и у 1-го человека ($2.0 \pm 1.9\%$) – развился местный рецидив на третьем году после операции.

После установления прогрессирования опухолевого процесса больные умерли в течении года.

Еще 2 человека умерли на 3 – 4 году после нефрэктомии от сопутствующих заболеваний (инфаркт миокарда и инсульт).

Частота развития рецидивов и метастазов и кумулятивные показатели пятилетней выживаемости приведены в таблице 2.

Таблица 2

Частота развития метастазов и рецидивов после ОСО и нефрэктомии и кумулятивные показатели выживаемости больных.

Характер операции	Частота развития рецидивов	Частота развития метастазов	Общая частота прогрессирования процесса	Кумулятивный показатель 5-летней наблюдаемой выживаемости	Кумулятивный показатель 5-летней скорректированной выживаемости
ОСО (n=41)	1 (2.44±2.4%)	2 (4.88±3.2%)	3 (7.32±4.1%)	88.0±7.0%	97.0±7.0%
Нефрэктомия (n=50)	1 (2.0±1.9%)	4 (8.0±3.8%)	5 (10.0±4.2%)	84.0±8.1%	92.2±5.7%
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Отдаленные результаты ОСО при раке почки.

В течении 5 лет наблюдения за 41 больным, перенесшим ОСО по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ прогрессирование процесса отметили у 3-х человек (7.32±4.1%). У 2-х пациенток через 6 – 9 месяцев после резекции нижнего полюса почки появились метастазы в забрюшинных лимфоузлах (4.88±3.2%) и у 1-го – на четвертом году наблюдения после резекции верхнего полюса почки развился местный рецидив (2.44±2.4%) (Таблица 2).

Показатель пятилетней скорректированной выживаемости составил 97.0±7.0%.

Таким образом, по критерию частоты появления метастазов и рецидивов и выживаемости больных в течении пяти лет наблюдения в группах больных, перенесших ОСО и нефрэктомия по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см достоверных различий нет. Кривые 5-летней скорректированной выживаемости больных после ОСО и нефрэктомии приведены на рисунке 5.

Отдаленные результаты ОСО при доброкачественных опухолях.

В процессе наблюдения в течении 6 - 98 месяцев за пациентами рецидивов заболевания не отмечено. Функция почки после операции оставалась хорошей у 29 человек. Только у одной пациентки, перенесшей резекцию нижнего полюса правой почки по поводу липомы, размерами 5*5 см, через 2 года после операции отмечено нарушение функции почки по данным РРГ – удлинение секреторного и

эксреторного сегментов кривой РРГ, снижения уровня накопления радионуклида на 25% по сравнению с контрлатеральной почкой.

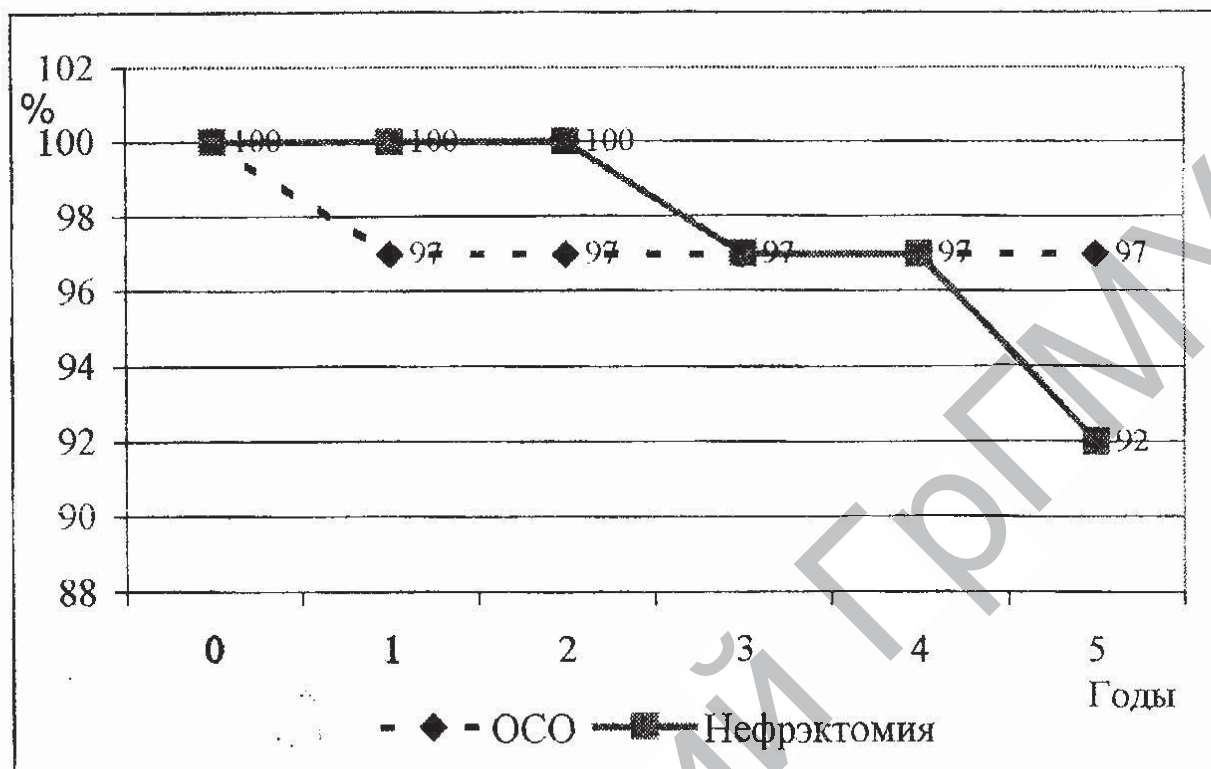


Рисунок 5. Кривые 5-летней скорректированной выживаемости больных раком почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см, перенесших ОСО и нефрэктомиию.

Функциональное состояние почек после ОСО.

Изучение функционального состояния почек у больных после ОСО показало следующее. Функция оперированной почки через 3 года после операции по данным РРГ была хорошей в 95% случаев и в 5% функция была нарушена. Это позволяет положительно оценить функциональный результат ОСО при доброкачественных опухолях и раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см.

Анализ пятилетних результатов ОСО и нефрэктомии при раке почки размерами до 5 см позволяет сделать заключение о том, что ОСО не уступает нефрэктомии по онкологическому радикализму, а сохранение пациенту функционально активных двух почек является значительным преимуществом органосохраняющего лечения.

Показания к органосохраняющим операциям.

I. Доброкачественные опухоли почки, занимающие не более двух сегментов почки.

II. Рак почки $T_1N_0M_0$ (до 5 см в диаметре), если опухоль находится в полюсах или по свободному краю.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Доброкачественные опухоли паренхимы почки составляют 8.1% среди всех опухолей такой локализации. Среди злокачественных опухолей рак почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см составляет 26.8% и клинически эти опухоли проявляются только у 39% [1, 3, 6].

2. При доброкачественных опухолях паренхимы почки в случаях хорошей функции второй почки органосохраняющее оперативное вмешательство показано пациентам с опухолью, занимающей не более двух сегментов почки. При раке почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см, при хорошо функционирующей второй почке, ОСО оправдано если опухоль не находится в воротах почки [2, 3, 8, 9].

3. Требованиям онкологического радикализма и максимального сохранения функционально активной паренхимы отвечает нами разработанная в эксперименте и апробированная в клинике секторальная резекция паренхимы почки с опухолью [2, 4, 8, 9].

4. Собственные методики ушивания дефекта в почке после удаления ее фрагмента с использованием жировой или мышечной прокладки позволяют добиться надежного гемостаза и герметичности раны [2, 3, 5, 8, 9].

5. Больные, перенесшие ОСО по поводу рака почки, нуждаются в тщательном диспансерном наблюдении, которое должно включать регулярное УЗИ и РРГ [1, 5, 8].

6. Пятилетняя выживаемость больных раком почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см после органосохраняющих операций - 97%, что не уступает нефрэктомии - 92% ($P>0.05$). Частота общего прогрессирования процесса после ОСО по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см составляет 7.3%, что так же не уступает таковой после нефрэктомии - 10.0% ($P>0.05$). Функция почки после ОСО по поводу рака в 95% случаев остается хорошей [1, 2, 4, 6, 8, 10].

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. ГРЕСЬ А.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке почки $T_{1,2}N_0M_0$ // Урол. и нефрол. - 1998. - №. 5. - с. 12 - 14.

2. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Эффективность органосохраняющих операций при раке почки T_{1-2} // Акту-

альные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Сб. научн. трудов Всероссийской конференции с участием стран СНГ. - Обнинск, 1994. - С. 14 - 16.

3. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., КРАЧКОВСКИЙ С.Р., КУРИЛО О.П., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Органосохраняющие операции при опухолях почек // Здоровоохранение Беларуси. - 1994. - N 8. - С. 4 - 6.

4. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Методика и результаты химиопрофилактики лимфогенных метастазов рака почки при выполнении органосохраняющих операций // Медицинские новости. - 1995. - №. 5. - с. 45 - 52.

5. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., УГЛЯНИЦА К.Н., КРАЧКОВСКИЙ С.Р., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Результаты органосохраняющего лечения больных раком почки T_{1,2} // Вопросы Онкологии. - 1996. - том 42. - №. 4. - с. 63 - 65.

6. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., БАЛЛА А.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н., и др. Результаты диспансеризации больных раком почки I-II стадии и доброкачественными опухолями, перенесших органосохраняющее лечение // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии. Сб. научн. работ. - Минск, - 1996. - с. 183 - 191.

7. НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Результаты интраоперационной химиопрофилактики метастазирования рака почки в лимфатические узлы после органосохраняющих операций // Актуальные вопросы медицины: Тез. докладов научной конференции молодых ученых и студентов. - Витебск, 1994. - С. 48.

8. DAREWICZ B., NICZYPORENKO N., NICZYPORENKO A., e.a. / Wyniki organooszczędzającej operacji w raku nerki // Lekarz Wojskowy, supl. IV, 1998. - s. 144 - 146.

9. НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Treatment of renal cell carcinoma T₁ // 1st European medical students' Symposium: Abstracts. - Athens - Greece, 1995. - P. 40.

10. НЕЧИПОРЕНКО Н.А., НЕЧИПОРЕНКО А.Н. Отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке почки T₁N₀M₀ // Клиническая онкология. Сб. научн. работ. - Минск - 1999. - с. 186 - 190.

РЭЗЮМЭ

Печыпарэнка Аляксандр Мікалаевіч

Органазахоўваючае лячэнне дабраякастных пухлін і раку ныркі T₁N₀M₀.

Ключавыя словы: рак ныркі, органазахоўваючыя аперацыі, метады гемастазу, аддаленныя вынікі.

Абследаваны 121 хворы з пухлінамі парэнхімы ныркі памерамі да 5 см. У 91 пацыента выяўлен рак ныркі T₁N₀M₀. Метадам рандамізацыі сфарміраваны дзве групы хворых: 1) падвергнутыя органазахоўваючым апярацыям – 41 чалавек і 2) падвергнутыя нефрэктаміі – 50. У 30 пацыентаў выяўляны дабраякастныя пухліны ныркі і ўсе яны падвергліся органазахоўваючым апярацыям.

Органазахоўваючыя апярацыі пры пухлінах парэнхімы ныркі выконваліся наступных трох відаў: рэзекцыя полюса ныркі, энуклеацыя пухліны і сектаральная рэзекцыя парэнхімы ныркі.

Распрацавана сектаральная рэзекцыя парэнхімы ныркі з пухлінай. Экспераментальным шляхам абгрунтавана радыкальнасць гэтага віду апяратыўнага ўмяшання і метадыка інтраапярацыйнай прафілактыкі лімфагенных метастазаў. Распрацаваны новыя спосабы ўшывання раны ныркі пасля органазахоўваючых апярацый з выкарыстаннем "дзвухпавярховага" шва на тлушчавай пракладке, мышачнага абрэзка з нефрапаксіяй, абрэзка фібрознай капсулы ныркі.

Функцыянальны стан апярыраванай ныркі аценьвалі праз 1 месяц і 1 год пасля апярацыі па даных рэнарадыёграфіі. Адзначан здавальняючы стан функцыі апярыраванай ныркі праз год.

Вывучаны непасрэдныя і аддаленыя вынікі органазахоўваючых апярацый і нефрэктаміі у сувязі з ракам ныркі T₁N₀M₀ памерамі да 5 см. Пяцігадовая скарэкціраваная выжывальнасць хворых ракам ныркі, якія перанеслі органазахоўваючыя апярацыі складае 97.0%, што не ўступае такой пры нефрэктаміі – 92.2%.

Зроблен вывад аб тым, што пры лячэнні хворых з пухлінамі ныркі памерамі да 5 см перавагай павінны карыстацца органазахоўваючыя апярацыі.

РЕЗЮМЕ

Нечипоренко Александр Николаевич

Органосохраняющее лечение доброкачественных опухолей и
рака почки $T_1N_0M_0$.

Ключевые слова: рак почки, органосохраняющие операции, методы гемостаза, отдаленные результаты

Обследован 121 больной опухолями паренхимы почки размерами до 5 см. У 91 пациента выявлен рак почки $T_1N_0M_0$. Методом рандомизации сформированы две группы больных: 1) подвергшиеся органосохраняющим операциям – 41 человек и 2) подвергшиеся нефрэктомии – 50. У 30 пациентов выявлены доброкачественные опухоли почки и все подверглись органосохраняющим операциям.

Органосохраняющие операции при опухолях паренхимы почки выполнялись следующих трех видов: резекция полюса почки, энуклеация опухоли и секторальная резекция паренхимы почки.

Разработана секторальная резекция паренхимы почки с опухолью. Экспериментальным путем обоснована радикальность данного вида оперативного вмешательства и методика интраоперационной профилактики лимфогенных метастазов. Разработаны новые способы ушивания раны почки после органосохраняющих операций с использованием: "двухэтажного" шва на жировой прокладке; мышечного лоскута с нефропексией; лоскута фиброзной капсулы почки.

Функциональное состояние оперированной почки оценивали по данным ренорадиографии через 1 месяц и 1 год после операции. Отмечено удовлетворительное состояние функции оперированной почки через год.

Изучены непосредственные и отдаленные результаты органосохраняющих операций и нефрэктомий по поводу рака почки $T_1N_0M_0$ размерами до 5 см. Пятилетняя скорректированная выживаемость больных раком почки, перенесших органосохраняющие операции составляет 97.0%, что не уступает таковой при нефрэктомии – 92.2%.

Сделан вывод о том, что при лечении больных с опухолями почки размерами до 5 см преимуществом должны пользоваться органосохраняющие операции.

THE RESUME

Alexander N. Nechiporenko

Organ-preserving treatment of benign tumors and cancer of a kidney T₁N₀M₀.

Keywords: renal cell carcinoma, organ-preserving operations, methods of a hemostasis, remote outcomes

Is inspected by 121 ill parenchyma tumors of a kidney by sizes up to 5 cm. For 91 patients the cancer of a kidney T₁N₀M₀ is detected. The method of randomization generates two groups ill: 1) undergone to organ-preserving operations - 41 and 2) undergone nephrectomies - 50. For 30 patients the benign tumors of a kidney are detected and all have undergone to organ-preserving operations.

The organ-preserving operations at parenchyma tumors of a kidney were executed of the following three kinds: a resection of a pole of a kidney, enucleation of a tumor and sectoral resection parenchyma of a kidney.

The sectoral resection parenchyma of a kidney with a tumor is developed. By an experimental way is justified radicality of the given kind of an operative measure and technique of intraoperative prophylaxis of lymphogenous metastasizes. The new ways of suturing of a wound of a kidney after organ-preserving operations with usage are developed: a "two-storied" seam on futty to the gasket; a muscle flap with a nephropexy; a flap of the fibrous capsule of a kidney.

Function status of a treated kidney valued under the data renoradiography in 1 month and 1 year after the operation. The satisfactory status of a function of a treated kidney in one year is marked.

The direct and remote outcomes of organ-preserving operations and nephrectomies concerning a cancer of a kidney T₁N₀M₀ by sizes up to 5 cm are investigated. The five years' corrected survival rate by an ill cancer of a kidney transferred the organ-preserving operation constitutes 97.0 %, that does not yield those at a nephrectomy - 92.2 %.

The conclusion is made that at treatment ill with tumors of a kidney sizes up to 5 cm by advantage the organ-preserving operations should use.

