

*Находясь в настоящем, думая о будущем, нельзя забывать прошлое.
Дисциплина, которая не помнит своего прошлого, не имеет будущего*

Часть 1

РАСШИРЕННЫЕ, КОМБИНИРОВАННЫЕ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА И ОРДЕНА
ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ им. И.М. СЕЧЕНОВА

На правах рукописи
УДК 616.61 – 006 – 089

АЛЯЕВ
Юрий Геннадьевич

РАСШИРЕННЫЕ, КОМБИНИРОВАННЫЕ И
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

(14.00.40 – урология)

Диссертация на соискание ученой степени доктора
медицинских наук

Научный консультант заслуженный деятель науки РСФСР,
заведующий кафедрой урологии I ММИ им. И.М. Сеченова
профессор Ю.А. Пытель

Москва – 1989

ОГЛАВЛЕНИЕ ЧАСТИ 1

Введение	13
Раздел 1. Расширенные и комбинированные операции при раке почки	17
Вступление	17
Глава 1. Лимфаденэктомия при оперативном лечении больных раком почки	18
А. Обзор литературы	18
Целесообразность лимфаденэктомии	18
Объем лимфаденэктомии	19
Анатомические особенности лимфатической системы правой и левой почки	20
Частота поражения лимфатических узлов	21
Прогноз при метастатическом поражении лимфатических узлов	23
Б. Лимфаденэктомия при оперативном лечении больных раком почки (собственные данные)	24
Характеристика материала	24
Тактические и технические моменты лимфаденэктомии	25
Глава 2. Оперативное лечение больных раком почки с инвазией почечной и нижней полой вены	35
А. Обзор литературы	35
Вступление	35
Частота венозной инвазии при раке почки	35
Уровень распространения опухолевого тромбоза	36
Врастание опухолевых масс в стенку нижней полой вены	37
Диагностика опухолевого тромбоза и предоперационное обследование	38
Оперативный доступ при опухолевом тромбозе	39
Тактические и технические моменты операции	40
Эмболизация почечной артерии у больных с тромбозом нижней полой вены	43
Осложнения оперативного лечения	44
Прогноз у больных раком почки и венозной инвазией	44
Б. Оперативное лечение больных раком почки при опухолевом тромбозе почечной и нижней полой вены (собственные данные)	45
Характеристика материала	45
Особенности диагностики опухолевого тромбоза почечной и нижней полой вены	47
Операции при опухолевом тромбозе в почечной вене	49
Операции при тромбозе нижней полой вены	55
Результаты оперативного лечения больных раком почки с тромбозом почечной и нижней полой вены	73
Глава 3. Комбинированные операции при раке почки	75
А. Обзор литературы	75
Б. Собственные данные	77
Характеристика материала	77
Операции у больных раком почки при метастатическом поражении легких	78
Операции у больных раком почки при метастатическом поражении костной системы	83
Операции при раке почки с резекцией печени	84
Операции при раке почки и вовлечении в процесс поджелудочной железы	91
Операции при раке почки и вовлечении в процесс толстой кишки	94

Часть 1

Резекция диафрагмы при операции по поводу рака почки	97
Анализ результатов комбинированных операций	98
Раздел 2. Органосохраняющие операции при раке почки	100
Глава 4. Обзор литературы	100
Вступление	100
Показания к органосохраняющим операциям	102
Диагностика рака единственной и обеих почек. Объем предоперационного обследования при планировании органосохраняющих операций у больных раком почки	110
Оперативные методы лечения больных раком единственной или обеих почек и больных раком одной почки и неполноценностью другой	113
Глава 5. Органосохраняющие операции при раке почки (собственные данные) . . .	120
Характеристика материала.	120
Объем обследования при планировании органосохраняющей операции при раке почки.	123
Некоторые технические аспекты органосохраняющих операций у больных раком почки	125
Двусторонний рак почек	128
Рак единственной почки	155
Рак одной почки и поражение другой неонкологическими заболеваниями . . .	158
Органосохраняющие операции при раке одной почки и здоровой другой почке	174
Отдаленные результаты органосохраняющих операций при раке почки.	178
Заключение	183
Выводы.	187
Практические рекомендации	187
Литература	190

Введение

В последнее время стали широко использоваться такие современные методы обследования, как ультразвуковое сканирование, компьютерная томография (КТ), ангиография, остеосцинтиграфия. Рутинным и повсеместно внедренным методом стала ангиография. Довольно широкое распространение получила эмболизация почечной артерии. В стадии внедрения в практику находится метод с использованием ядерно-магнитного резонанса.

Значительно возросли диагностические возможности в выявлении опухоли почки. Увеличилось количество выявляемых опухолей почки с 24 до 33 у мужчин и с 14 до 15 у женщин на 10 000 населения [21]. Вместе с тем получаемая при этих современных методах информация потребовала коррекции в определении тактических и лечебных задач у ряда больных раком почки.

Все чаще (нередко при диспансеризации с использованием ультразвукового исследования (УЗИ)) стали выявляться небольшие асимптоматические опухоли почек. С учетом большой вероятности возникновения различных патологических процессов (в том числе и рака) в единственной почке у лиц, перенесших нефрэктомия, возникает вопрос о целесообразности и правомочности органосохраняющей операции при небольшой опухоли почки, когда осуществима резекция органа в пределах здоровых тканей. Остается открытым вопрос, целесообразна ли при небольшой опухоли почки и здоровой другой почке резекция? Если целесообразна, то каковы критерии в решении вопроса в пользу органосохраняющей операции?

При значительной распространенности процесса с помощью современных методов исследования стали чаще выявляться больные раком почки и солитарным метастазом в различные органы. До внедрения современных методов исследования такие больные считались инкурабельными, так как не было возможности с уверенностью утверждать, что выявленный метастаз солитарный. Возможности современных методов в этом отношении более информативны. Это позволяет при подобных ситуациях совместно с хирургами других профилей решать вопрос в пользу комбинированной операции, включающей радикальную нефрэктомию и удаление

солитарного метастаза. Аналогичны и наблюдения, в которых рак почки на ограниченном участке прорастает в соседний орган.

Несмотря на значительные достижения в области иммунологии, радио-, химио- и гормонотерапии, оперативный метод лечения больных раком почки продолжает оставаться основным. Именно операция, своевременность и радикальность выполнения ее предопределяет дальнейшую судьбу больного. И именно поэтому необходимо, чтобы каждая операция, производимая каждому больному раком почки, была осуществлена особенно тщательно, с максимальным радикализмом и абластичностью. С сожалением приходится констатировать, что в ряде лечебных учреждений страны, даже расположенных в областных центрах, выполнение операции у больных раком почки находится не на должном уровне. Не соблюдается принцип предварительного лигирования почечных сосудов, нередко производится удаление почки, выделенной из паранефральной клетчатки, а удаление последней осуществляется после нефрэктомии или не выполняется вовсе. У подавляющего большинства больных не удаляются лимфогенные регионарные зоны вероятного метастазирования. Нередко признаются иноперабельными больные без отдаленных и лимфогенных метастазов при опухолевом тромбозе нижней полой вены. Широкое использование для нефрэктомии больных раком почки продолжает находить непригодный для этой цели поясничный внебрюшинный доступ.

А между тем принципы оперативного лечения больных злокачественными новообразованиями давно известны. Они очень четко изложены и в последнем издании Большой медицинской энциклопедии ведущими онкологами страны Н.Н. Блохиным и Н.Н. Трапезниковым [8] — «Радикальное оперативное вмешательство по поводу злокачественных опухолей основано на принципе удаления опухоли в пределах здоровых тканей»... «В ходе операции по поводу злокачественных опухолей придерживаются принципа абластики, т.е. такого проведения оперативного вмешательства, когда исключается возможность оставления в операционном поле опухолевых клеток»... «необходимо не только удаление пораженного опухолью органа, но и иссечение регионарного лимфатического аппарата, где могут уже

быть метастазы или опухолевые клетки, способные в последующем оказаться источником метастазирования».

Нужно отметить, что в онкологии различают операции радикальные, расширенные и комбинированные. Такое разделение весьма условно, так как обязательным правилом и расширенной, и комбинированной операции является радикальность. При расширенных операциях для повышения радикализма предусматривается удаление близлежащих органов и клетчатки, не содержащих явных очагов опухоли, но их выявление возможно при микроскопическом исследовании. Комбинированные операции включают удаление соседнего органа или части его при прорастании в него опухоли или при наличии удалимого солитарного метастаза. Такого, довольно четкого разграничения видов операций, существующего в онкологии, не придерживаются урологи. В большинстве отечественных и зарубежных публикаций превалирует термин «расширенные операции», в которые включают и лимфаденэктомию, и операции при тромбозе нижней полой вены и удалении солитарного метастаза или осуществление нефрэктомии вместе с участком органа, в который имеется инвазия опухоли.

Количество отечественных работ, посвященных расширенным и комбинированным операциям при раке почки, невелико, и, в основном, представлено единичными наблюдениями. Несколько аналогичен комбинированным операциям при раке почки материал, представленный в докторской диссертации Б.П. Матвеева [38], посвященный клинике, диагностике и лечению распространенного рака почки. В зарубежной литературе подробно анализирован материал о лимфаденэктомии [116, 117, 120, 132, 138, 212, 214, 252, 254, 332] и об операциях, осуществляемых при опухолевом тромбозе нижней полой вены [124, 229, 242, 259, 263, 272, 324]. Публикаций, содержащих большое количество комбинированных операций, мы не нашли.

Расширенные и комбинированные радикальные операции при раке почки выполняют у больных с далеко зашедшим онкологическим процессом. Большой объем и риск операции и отсутствие уверенности в благоприятных отдаленных результатах заставляют многих урологов отказаться от операции у этих больных и признать их иноперабельными. Подавляющее большинство признанных иноперабельных больных умирают, не прожив и года. Нужно отметить, что количество больных, которым показаны расширенные или комбинированные операции, по нашим данным, весьма велико и превышает 30%.

Как уже отмечалось, при каждой выполняемой операции по поводу рака почки должны быть приложены все усилия, чтобы пособие было радикальным.

Особую сложность в лечении представляет и другая категория больных, у которых радикальная нефрэктомия не может быть предпринята из-за того, что раком поражены единственная или обе почки, или при поражении раком одной почки имеется какое-либо заболевание другой, повлекшее полную или значительную утрату функции ее. Несмотря на онкологический характер заболевания, безвыходность ситуации у подобных больных заставляет осуществлять органосохраняющую операцию. Диагностические и лечебные проблемы, связанные с оказанием помощи этим больным, весьма подробно дискутируются в зарубежной литературе и скудно представлены в отечественной. Наибольший материал в Советском Союзе об оперативном лечении 20 подобных больных представлен в диссертации С.И. Тропынина [75], обобщившего опыт ведущего лечебного учреждения страны — научно-исследовательского института урологии МЗ РСФСР.

Трудностям оперативного лечения рака почки и путям их преодоления была посвящена диссертация Ю.Н. Набиева [43]. Автором были анализированы как расширенные, так и органосохраняющие операции у больных раком почки. Однако в задачу исследования не входило определение отдаленных результатов у этих групп больных и оценка эффективности этих операций не проведена.

На оказание помощи этим двум категориям наиболее тяжелых больных раком почки (у одних распространенность процесса требует расширенных или комбинированных радикальных операций; у других поражение контралатеральной почки диктует необходимость органосохраняющей операции) и были направлены наши усилия. Опыт оперативного лечения этих двух категорий больных представлен в настоящей диссертации. Материалом для исследования явились 473 больных раком почки, лечившихся в последние 15,5 лет в нашей клинике. Среди этих больных анализированы также 7 пациентов, оперативное лечение которым предпринято нами или при нашем участии в Тульской областной больнице, больнице №4 управления г. Ульяновска, 7-й противотуберкулезной больнице, 7-й городской клинической больнице.

Для определения тактических и лечебных мероприятий у этих больных нами использованы такие современные методы обследования, как ультразвуковое сканирование, КТ, ангиография, комплексное вазографическое

исследование, остеосцинтиграфия. Выполнение этих исследований проводилось как в нашей клинике, так и в других учреждениях (Всесоюзный научный центр хирургии, Московский научно-исследовательский институт рентгено-радиологии, межклинический ангиографический центр 1-го Московского медицинского института (ММИ)). Детальное морфологическое исследование материала, полученного при операции, проводилось на кафедре патологической анатомии 1-го ММИ.

Выполняемые пособия у всех оперируемых больных сопровождалась обязательной паракавальной, парааортальной и параилиакальной лимфаденэктомией, и у 70 пациентов установлены метастазы в лимфатических узлах. У 67 больных операции производились при опухолевом тромбозе почечной или нижней полой вен. 28 больным осуществлены комбинированные операции. Органосохраняющие операции выполнены 53 больным.

Основной целью нашей работы было улучшение результатов лечения больных раком почки и, в частности, у двух наиболее тяжелых категорий среди них:

- 1) у больных, где распространенность процесса заставляла осуществлять расширенные или комбинированные операции;
- 2) у больных, где поражения контралатеральной почки или отсутствие ее заставляло предпринимать органосохраняющие операции.

При выполнении настоящей работы нами были поставлены следующие задачи.

1. Выяснить частоту необходимости расширенных, комбинированных и органосохраняющих операций у больных раком почки.
2. Выделить наиболее существенные моменты диагностических мероприятий, необходимые при планировании и осуществлении расширенных, комбинированных и органосохраняющих операций.
3. Определить показания у больных раком почки:
 - для расширенных и комбинированных операций;
 - для органосохраняющих операций как у пациентов с неполноценной контралатеральной почкой, так и у больных раком одной почки и здоровой другой почкой.
4. Детализировать и усовершенствовать тактические и технические моменты наиболее важных этапов расширенных, комбинированных и органосохраняющих операций.
5. Оценить отдаленные результаты расширенных, комбинированных и органосохраняю-

щих операций и с учетом их обосновать или отвергнуть целесообразность их.

Научная новизна работы делает возможным развитие нового направления в урологии с двух точек зрения.

1. Благодаря более точной осведомленности о распространении процесса, основанной на данных современных методов обследования, определены показания к расширенным и комбинированным операциям у больных, ранее признававшихся иноперабельными. Определена значимость венозной инвазии при раке почки и влияние ее на прогноз. Установлено, что только венозная инвазия без отдаленных лимфогенных метастазов не является прогностически неблагоприятным фактором, если опухолевые массы из нижней полой вены удалены полностью. С учетом отдаленных результатов лечения определена целесообразность операции в зависимости от стадии лимфогенной диссеминации. На основании морфологического выявления микрометастазов в неизменных макроскопически лимфатических узлах регионарной и юкстарегионарной зоны установлена необходимость лимфаденэктомии при каждой операции, осуществляемой по поводу рака почки у больных без диссеминированных отдаленных и лимфогенных метастазов. Установлено, что комбинированные операции оправданы и целесообразны у двух групп больных:

- а) при раке почки в стадии T_1-T_3 и удаленном солитарном метастазе;
- б) при раке почки T_4 , отсутствии отдаленных и лимфогенных метастазов при возможности технического осуществления пособия.

2. У ряда больных односторонним почечно-клеточным раком при наличии здоровой другой почки на основании установления степени дифференцировки опухоли доказана целесообразность резекции органа вместо общепринятой нефрэктомии. Определены условия возможности проведения органосохраняющей операции при раке одной почки и здоровой другой почке. Установлена преимущественно высокая степень дифференцировки опухоли при двустороннем синхронном раке почек, что является обоснованием для проведения органосохраняющих операций у этих, нередко признаваемых ранее иноперабельными, больных.

Практическая значимость работы:

- выделены наиболее существенные моменты предоперационного обследования больных,

которым планируются расширенные, комбинированные или органосохраняющие операции;

- определен объем лимфаденэктомии при раке правой и левой почек, детализированы технические особенности операции в зависимости от наличия или отсутствия метастатического поражения лимфатических узлов;
- детализированы особенности выполнения операции при опухолевой венозной инвазии в зависимости от протяженности тромба и наличия или отсутствия врастания опухолевых масс в стенку сосуда;
- отмечены особенности комбинированных операций как при метастатическом поражении того или иного органа, так и при непосредственной инвазии в него раковой опухоли;
- систематизированы виды органосохраняющих операций в зависимости от локализации опухоли и глубины проникновения ее в почечную паренхиму;
- детализованы наиболее важные моменты органосохраняющих операций при раке почки — доступ, методики гемостаза, определение радикальности операции, ушивание зоны резекции или энуклеации и т.д.;
- определены показания к расширенным, комбинированным и органосохраняющим операциям у больных раком почки;
- разработаны конкретные критерии для определения целесообразности резекции почки, пораженной раком, при здоровой другой почке.

Результаты работы внедрены в практическую работу Тульской и Ульяновской областных больниц, 7-й противотуберкулезной больницы, 7-й городской клинической больницы г. Москвы.

По теме диссертационной работы опубликовано 47 статей в отечественной и зарубежной литературе, сделано 18 докладов на международных, всесоюзных, всероссийских симпозиумах, заседаниях Московского и Ленинградского общества урологов.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Каждая операция, осуществляемая по поводу рака почки у больных без диссеминиро-

ванных отдаленных и лимфогенных метастазов, обязательно должна сопровождаться регионарной и юкстарегинарной лимфаденэктомией.

2. Опухолевый тромбоз нижней полой вены при отсутствии неудаляемых метастазов и лимфогенной раковой диссеминации не должен являться противопоказанием для радикальной расширенной операции.
3. При раке почки в стадии T_1-T_3 и солитарном удалимом метастазе целесообразна комбинированная операция — радикальная нефрэктомия и резекция или удаление органа, пораженного метастазом.

Комбинированная операция целесообразна также при раке почки в стадии T_4 , если она технически выполнима и нет диссеминированных отдаленных или лимфогенных метастазов.

4. Органосохраняющие операции у больных двусторонним синхронным раком почек оправданы и целесообразны, так как морфологическая структура опухолей у большинства этих больных представлена кистозным вариантом светлоклеточной высокодифференцированной аденокарциномы. Такая структура опухолей позволяет надеяться на благоприятный отдаленный результат оперативного лечения.
5. При абсолютных показаниях (двусторонний асинхронный рак почек, рак единственной почки, рак одной почки и поражение другой неонкологическим заболеванием с выраженной или полной потерей функции ее) в случае невозможности выполнения резекции почки допустима энуклеация опухолевого узла.
6. При относительных показаниях к органосохраняющей операции, а также при раке одной почки и здоровой другой почке резекция органа может иметь место и целесообразна у больных при I и II стадии болезни, если имеются благоприятные условия для частичного удаления почки в пределах здоровых тканей, а при срочном морфологическом исследовании устанавливается высокая степень дифференцировки опухоли.