

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩІЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧЕК

Люлько А.В., Кадири Т.Р., Удовицкий Ю.И.

Днепропетровск

До недавнего времени большинство опухолей почек диагностировалось в поздних стадиях заболевания, поэтому методом выбора была нефрэктомия с удалением региональных лимфатических узлов и околопочечной жировой основы. С расширением диагностических возможностей (УЗИ, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс) повысилось количество больных с опухолями почек на до клинической стадии заболевания. В основном это больные, проходившие профилактические осмотры. У них, как правило, отсутствуют какие-либо жалобы, позволяющие заподозрить опухоль. Это позволило пересмотреть тактику хирургического лечения опухоли почки. Появились предложения и возможность производить энуклеацию опухолевых узлов или резекцию почки.

За последние 12 лет нами прооперировано 27 больных в возрасте 26-57 лет с диагнозом опухоль почки. У 14 из них опухоль почки установлена в условиях поликлиники или диагностического центра методом ультразвукового исследования. При поступлении в клинику только у 9 больных были жалобы на непостоянные тупые боли в области поясницы, одно- или двухразовую бессимптомную гематурию. Комплекс обследования в клинике, включающий рентгенологическое, ангиографическое и ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, ЯМР, подтвердил во всех случаях диагноз опухоли почки. Отдаленные метастазы не выявлены*. Функция пораженной почки не была нарушенной. Опухоль почки у 18 больных была в стадии T1, у 9 - T2. Размеры опухоли колебались от 2,0 до 13,0 см. У 3 больных опухоль была единственной почки (1 - врожденной, 2 - оставшейся после нефрэктомии), у 2

- левой половины подковообразной почки и у 1 - верхней полюса верхней половины -образной почки.

Всем больным были выполнены органосохраняющие операции. При этом важное значение имеет локализация опухолевого узла, площадь соприкосновения опухоли с паренхимой почки; ее внутрпочечное (глубинное) расположение. Так как повреждение и лигирование артерий часто вызывает осложнения с целью предварительного изучения ангиоархитектоники пораженной почки всем пациентам накануне оперативного вмешательства выполнялась ангиография. Повреждение и лигирование внутрпочечных вен при сохранности магистральной почечной вены, как правило, не сопровождается выраженными расстройствами почечного кровообращения. Ориентируясь по данным реновазографического исследования при резекции почки предварительно выполняли интраоперационное лигирование экстра- и интратенальных сегментарных почечных артерий, временный гемостаз путем сдавливания почечной артерии сосудистым зажимом и окончательный гемостаз с помощью стягивания и завязывания лигатур.

Из 28 операций (одному больному на единственной почке проведено 2 операции), 9 проведено энуклеаций опухолевых узлов и 19 резекций почек. Отдаленные результаты прослежены нами у 15 пациентов в сроки от 1 года до 13 лет. Рецидив опухоли наблюдался у 2 больных. Рецидив опухоли наблюдался у 1 больного с единственной почкой. Через 4 и 7 лет умерли 2 больных от метастазов в головной мозг и легкие.

Положительные отдаленные результаты позволяют считать органосохраняющие операции при раке почки в стадии T1 и T2 методом выбора.

РЕЗЮМЕ

Органозберігаючі операції при пухлинах нирок

Люлько А.В., Кадірі Т.Р., Удовицький Ю.І.

Органозберігаючі операції на нирках виконані у 27 хворих з хорошим результатом. Такому оперативному втручання підлягають хворі з пухлинами нирок бажано першої стадії. Позитивні відділені результати дозволяють вважати органозберігаючі операції при раку нирок в стадії T1 і T2 методом вибору.

SUMMARY

Organs-preserving operations in kidney tumours

F.V.Liulko, T.R.Kadiry, Yu.I.Udovitsky

Organs-preserving operations on kidneys have been carried out in 27 patients with good outcome. To this operative intervention are subjected the patients with kidney tumours - primarily of the 1 stage. Positive late results allow to consider these operations in case of the kidney tumour of the T1 and T2 stages the method of choice.