

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК

М. Ф. Трапезникова

Урологическая клиника (руководитель — проф. М. Ф. Трапезникова) Московского областного ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владими爾ского

Реферат. Для ранней диагностики злокачественных опухолей почки необходимо комплексное обследование с применением клинических, лабораторных, радиологических рентгенологических методов. Лечение рака почки преимущественно хирургическое; в последнее время предпринимаются попытки комбинированной терапии.

Ключевые слова: почка, рак.

Библиография: 4 названия.

Злокачественные опухоли почечной паренхимы встречаются относительно редко: на их долю приходится 2—3% всех новообразований. Несмотря на значительный прогресс, которого достигла современная уроонкология, вопросы ранней диагностики, лечебная тактика, прогноз заболевания требуют дальнейшего изучения.

Раковые опухоли, составляющие 85% всех злокачественных опухолей почечной паренхимы, развиваются непосредственно из элементов самой почки — эпителия нефрона. Из-за сходства данной опухоли с тканью надпочечника в литературе длительное время применялся термин «гипернефрома», а позднее — «гипернефроидный рак». В настоящее время в номенклатуру эпителиальных новообразований паренхимы почек внесена ясность. В свете гистогенетических данных наиболее правильным является термин «почечноклеточный рак» почки. В решении II Всесоюзного съезда урологов (Киев, 1978 г.) указывается, что термин «рак почки» следует применять для эпителиальных опухолей паренхимы, которые до сего времени нередко называют «гипернефроидным раком», «аденокарциномой» и др.

В зависимости от характера клеток, составляющих опухоль, и ее гистологического строения различают четыре основных типа рака почки: светлоклеточный, зернистоклеточный, веретено-полиморфноклеточный (саркомоподобный) и железистый. Возможны сочетания различных типов строения в одной опухоли.

Особенности морфологического строения сказываются на клиническом течении, ангиографической характеристике, прогнозе заболевания. Так, светлоклеточный рак — опухоль, обильно васкуляризированная, отличается относительно доброкачественным течением по сравнению с другими типами опухолей, особенно саркомоподобным и железистым, которые обычно бедны сосудами (что находит отражение в ангиограммах), чаще встречаются в молодом возрасте и имеют более злокачественное течение.

Общепринятой считается классификация опухолей почек по системе TNM, предложенная Международным противораковым союзом. Среди этиологических факторов доминирующая роль отводится вирусам. Исследованиями, проводившимися в последнее время [4], установлено, что курение является одной из причин, способствующих возникновению рака почки.

Так называемая классическая триада симптомов рака почки — гематурия, пальпируемая опухоль, боль — возникает, как правило, поздно. По данным А. Я. Абрамяна (1962) и А. Я. Пытеля (1965), примерно у половины пациентов с триадой симптомов были метастазы. Нередко классическим признаком рака почки в течение месяцев, а иногда и нескольких лет предшествуют симптомы неурологического характера, в связи с чем урологи обращают на них мало внимания. Не случайно из-за многообразных проявлений это заболевание получило название «опухоли терапевтов». По нашим данным, охватывающим свыше 600 наблюдений, такой «нетипичный» симптом, как лихорадка, встречается у 10—20% больных, страдающих раком почки; похудание — у 15—30%; недомогание — у 20—40%; потеря аппетита, тошнота, рвота — у 8—14%; нейропатии, миозиты — у 4%; эритроцитоз — у 3—4%. К «неурологическим» признакам опухоли почки относят также так называемый синдром Штауффера — комплекс симптомов «нефрогенной гепатопатии», наблюдавшейся им у больных раком почки без метастазов в печень или кости. Синдром Штауффера включает в себя повышение уровня щелочной фосфатазы, гипоальбуминемию, гиперглобулинемию, особенно повышение α_2 -глобулинов, задержку бромсульфалеина. Обычно эти симптомы сочетаются с лихорадкой, анемией и гиперкальциемией.

Исчезновение указанных симптомов после нефрэктомии свидетельствует о радикальности операции, отсутствии метастазов; если же лихорадка, гиперкальциемия, анемия и т. п. не прекращаются, прогноз неблагоприятный.

В ряде случаев заболевание впервые обнаруживается при возникновении отдаленных метастазов, в то время как первичный очаг в почке не имеет клинических проявлений.

В наших наблюдениях отдаленные метастазы явились первым симптомом заболевания у 5% больных. Чаще других органов поражаются метастазами легкие, кости, печень, головной мозг. Эта закономерность обусловлена наличием тесной связи между венозной системой почки и магистральными сосудами грудной и брюшной полостей, а также венозной сетью костного скелета.

Для распознавания болезни очень важны, безусловно, анамнестические сведения и результаты объективного исследования больного. Лабораторным данным до последнего времени отводилась второстепенная роль, меж тем как сейчас изучение изменений биохимических показателей (динамики содержания в крови альбуминов, глобулинов, кальция, ферритина, трансферрина, гаптоглобина, активности ЛДГ, трансаминазы, альдолазы и др.) считается весьма перспективным методом более ранней диагностики заболевания [2].

За последние годы диагностика рака почки значительно улучшилась благодаря внедрению в практику ультразвуковых и радиоизотопных методов. Помимо высоких диагностических возможностей, к их достоинствам относятся простота и экономичность. Кроме того, они легко переносятся больными и могут быть использованы в амбулаторных условиях.

Однако ведущее место в диагностике опухоли почки принадлежит рентгенологическому обследованию. Предварительную информацию о наличии опухоли дает обзорная и экскреторная урография. Ретроградная пиелография нередко является ценным дополнительным методом.

Особенно важное значение в диагностике опухолей почечной паренхимы имеет почечная ангиография, позволяющая не только установить наличие опухоли, но и определить ее характер, отдифференцировать от кисты, уточнить распространенность, вовлечение почечной вены в опухолевый процесс. Ангиография является одним из наиболее достоверных методов диагностики метастазов в контролатеральную почку, печень, прорастания опухоли в соседние органы. Полезную дополнительную информацию дает нижняя венокавография.

Несмотря на некоторый положительный эффект от применения лекарственных препаратов, лечение рака почки остается проблемой хирургической. Особенности метастазирования почечных опухолей требуют производить радикальное оперативное вмешательство — удаление почки с околоспочечной жировой клетчаткой, прилегающей брюшиной и фасцией Герота, удаление парааортальных лимфоузлов с уровня T₁₂ вниз до бифуркации подвздошной артерии. До лigation сосудов почечной ножки манипуляции на почке должны быть сведены к минимуму. В первую очередь следует перевязывать артерию, затем вену. Выбор операционного доступа должен быть индивидуализированным и направленным на соблюдение основных условий: радикальности и атравматичности оперативного вмешательства.

В последнее время, невзирая на резистентность опухолей почек и их метастазов к облучению и лекарственным средствам, предпринимаются попытки комбинированного лечения.

При наличии солитарных метастазов помимо нефрэктомии рекомендуется удаление метастатического очага. У больных с множественными метастазами нефрэктомию производят в основном вынужденно, при профузной гематурии и сильных болях. Соответственно делению рака почки на четыре стадии предложена следующая схема лечения [5]: *стадия I* — радикальная нефрэктомия с удалением регионарных лимфоузлов; *стадия II* и *III* — нефрэктомия и послеоперационная радио-, или (и) химио-, или (и) гормонотерапия; *стадия IV* — паллиативная нефрэктомия (при интенсивных кровотечениях, сильных болях); нефрэктомия в сочетании с удалением солитарного метастаза (мозг, легкое, кость); химио- и гормонотерапия.

Нам представляется целесообразным принять данную схему для применения в клинической практике.

С целью обеспечения условий для более радикального удаления опухоли почки в последние годы все шире пользуются методом эмболизации почечной артерии. В урологической клинике МОНИКИ проведено 35 эмболизаций почечных артерий у больных, страдающих раком почки. У 32 из них эмболизацию выполнили как предоперационный метод, у 3 — при неоперабельных опухолях, осложнившихся интенсивной гематурией. Окончательный диагноз опухоли подтверждался данными ангио-

графического исследования, которое осуществляли непосредственно перед эмболизацией и накануне предполагаемого оперативного вмешательства.

После анализа ангиограмм производили селективную почечную артериографию, чтобы иметь детальное представление о характере кровоснабжения опухоли; этот метод позволял также уточнить положение катетера в почечной артерии, что необходимо для безопасного проведения эмболизации. Блокирование почечного кровотока достигалось с помощью аутогемосгустков. С целью ускорения процесса свертывания и получения эмболов нужной консистенции кровь больного смешивали с гемостатической губкой. Полученные сгустки вводили по катетеру в почечную артерию отдельными порциями в количестве 8—10 мл. В момент наступления тромбоза почечной артерии больные ощущали боль в поясничной области, степень выраженности которой зависела от объема функционирующей паренхимы почки. Контрольная артериография с минимальным количеством контрастного вещества позволяла установить эффективность эмболизации.

Наш опыт показал, что эмболизация значительно облегчает осуществление нефрэктомии, так как в связи с уменьшением кровенаполнения опухоли и окружающей паренхимы почки объем ее становится меньше, а кровотечение из сосудов как самой почки, так и расширенных вен околоспочечной клетчатки сокращается. Практически операция проводится на «сухой» почке. Мы убедились, что максимальный эффект эмболизации достигается через 24 ч, и нефрэктомию лучше осуществлять через 3—4 сутки после эмболизации, а не через 3—4 ч, как рекомендуют некоторые авторы.

Проведенные нами исследования продемонстрировали весьма обнадеживающие результаты применяемой методики эмболизации почечных артерий. Простота выполнения, надежный гемостаз, а в последующем тромбоз артериальной системы почки дают возможность производить более радикальное оперативное вмешательство, причем кровопотеря и вероятность заноса опухолевых клеток в общий кровоток минимальны, что является основным достоинством эмболизации. Применение данного метода позволяет надеяться на улучшение как ближайших, так и отдаленных результатов оперативного лечения больных. Поиск новых методов дополнительного воздействия на опухоль тем более оправдан, что прогноз при раке почки остается неблагоприятным. Наибольшая смертность приходится на первые 3—5 лет после операции.

Дальнейшие поиски эффективных методов раннего распознавания рака почки, применение комбинированных способов терапии будут способствовать улучшению результатов лечения этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. А б р а м я н А. Я. Урология, 1962, 1.—2. Л о п а т к и н Н. А. В кн.: Материалы II Всесоюзн. съезда урологов. Киев, 1978.—3. П и т е л ь А. Я. В кн.: Руководство по клинической урологии, М., Медицина, 1969, т. 1.—4. Bennington I., Laubscheg F. Cancer, 1968, 21, 1069.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 616.65—006.6:616.643—089.87—079.4

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Проф. В. С. Рябинский, доц. М. Г. Чеченин,
К. К. Каримбаев*

Урологическая клиника (зав.—проф. В. С. Рябинский) Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей, Москва

Р е ф е р а т. Представлена сравнительная оценка пункционной биопсии и трансуретральной электрорезекции в диагностике рака предстательной железы. В результате пункционной биопсии рак предстательной железы выявлен у 81 из 125 больных (64,8%), посредством трансуретральной электрорезекции — у 118 из 137 (86,1%). После трансуретральной электрорезекции у всех больных восстановился удовлетворительный пассаж мочи из мочевого пузыря. Трансуретральная электрорезекция является ценным методом диагностики рака предстательной железы.