

4. Летагин В.П. Опухоли молочных желез // Маммология. – 2005. – №1. – С. 14–22.
5. Пасов В.В. Вопросы качества жизни, социальной реабилитации и психоэмоционального статуса у больных раком молочной железы // Медико–социальная экспертиза и реабилитация. – 2001.– №3. – С. 36–39.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году. М.:2012.
7. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения РМЖ и формирование при них механизмов психологической защиты: Автореф. дис. канд. псих. наук. – Челябинск, 2000. – С.25.
8. Agha–Mohammadi, S., C. D. L. Cruz, Hurwitz, D. J. Breast reconstruction with alloplastic implants // Journal of Surgical Oncology. – Nov. 2006 – 94 – 6. – P. 471–478
9. Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B. et al. Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low–Income Women With Breast or Gynecologic Cancer // J Clin Oncol. - 2005. № 23 (13). – P.3052–60.
10. Hanby, M., Ryder, K., Hamed, H., Fentiman, I.S. Breast carcinoma in women age 25 years or less // Cancer. – Feb. 2002. № 94(3). – P. 606–614.
11. Harrison, J, Maguire, P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients // Brit J Psychiat. - 1994. № 165. - P.593–8.
12. Manne, S. L., Pape, S. J., Functional impairment, marital quality, and patient psychological distress as predictors of psychological distress among cancer patients spouses // Health Psychol. - 2001; 20. - P.452–7.
13. Raison, C. L, Miller, A. H. Depression in cancer: mechanisms and disease progression // Biol Psychiat 2003. № 54. – P.283–94.
14. Roy–Byrne, PP, Davidso KW, Kessler RC et al. Anxiety Disorders and Comorbid Medical Illness // Focus. - 2008. № 6. - P.467–85.
15. Scanlon E.F. The role of reconstruction in breast cancer // Cancer. - 1991. № 68(5 Suppl). – P. 1144–1147.

Иванов П.М.¹, Бровцев О.В.², Лопатин Р.О.³, Кулыгина А.В.⁴, Лопатина М.В.⁵

¹Доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВПО «Северо–Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова»;
^{2, 3, 4, 5}ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

Аннотация

Рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы. Хирургический подход на данный момент остается единственным эффективным методом лечения рака почки, не смотря на появление новых методов и схем консервативной терапии.

Ключевые слова: рак почки, нефрэктомия, резекция почки

Keywords: kidney cancer, nephrectomy, resection of the kidney

На сегодняшний день проблема онкопатологии остается высоко актуальной. В 2010 г. в России было выявлено 516 874 новых случая злокачественного новообразования, женщины составили 54,0%, мужчины - 46,0%. Абсолютное число заболевших в 2010 г. на 15,2% больше, чем в 2000 г (448 602), что свидетельствует о росте заболеваемости онкопатологией в России. В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (14,3%) [2].

При этом рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы. В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний рак почки среди мужчин составляет 2,7%, среди женщин – 2,1%. В США ежегодно регистрируется 30 тыс. новых случаев заболевания, при этом рак почки служит причиной смерти 12 тыс. человек [1].

Хирургический подход до сих пор остается единственным эффективным методом лечения рака почки. При этом показания к оперативному вмешательству в последние годы претерпели серьезные изменения. Значительно возросла частота применения органосохраняющего лечения, существенно расширились показания к хирургической тактике при местнораспространенных и диссеминированных формах заболевания.

В связи с повышением внимания к вопросам качества жизни в последние годы отмечается тенденция к увеличению доли органосохраняющих вмешательств при онкоурологических заболеваниях. Открытая резекция почки ассоциирована с несколько более высокой частотой осложнений, чем нефрэктомия, однако позволяет сохранить больший объем функционирующей почечной паренхимы, снизить риск почечной недостаточности и частоту применения гемодиализа. В последние годы произошел пересмотр подходов к селекции больных, которым планируется резекция почки. В частности, органосохраняющее лечение с удовлетворительными результатами выполняется при опухолях более 7 см, интрапаренхиматозных новообразованиях (с использованием интраоперационного ультразвукового исследования), множественных опухолевых узлах [8]. В некоторых центрах все чаще применяется экстракорпоральная резекция почки [9].

Наиболее распространенным показанием к лапароскопической резекции почки являются экстрапаренхиматозные опухоли <4 см. Однако в связи с развитием хирургической техники (эндоскопическое пережатие почечной ножки, гипотермия с помощью холодной перфузии выделительной системы почки через мочеточниковый катетер или почечной артерии через катетер, предварительно проведенный через бедренную артерию, различные методы гемостаза) постепенно увеличивается частота выполнения лапароскопических органосохраняющих операций при опухолях более 4 см, располагающихся в толще паренхимы и почечном синусе. Частота осложнений эндоскопической резекции почки остается более высокой, чем открытой, при сравнимых онкологических результатах [7].

По–прежнему значительное внимание привлекает вопрос величины безопасного отступа от края опухоли при выполнении органосохраняющих операций на почке. В нескольких работах отмечено отсутствие влияния данного фактора на онкологические результаты лечения. Более того, лишь в небольшом проценте случаев положительный край резекции приводит к развитию местного рецидива [3]. Аблативные методы лечения опухолей почки в настоящее время остаются экспериментальными [6].

Лимфаденэктомия при раке почки подразумевает удаление всей жировой клетчатки с лимфатическими узлами, окружающей ипсилатеральные магистральные сосуды. В рандомизированном исследовании EORTC 30881 (European Organization for Research and Treatment of Cancer), сравнивавшем результаты нефрэктомии с и без лимфаденэктомии при локализованном раке почки, частота метастазов в визуально неизмененных лимфоузлах составила лишь 3,3% при равной частоте осложнений в обеих группах. В связи с этим в настоящее время лимфодиссекция при опухолях pT1–2 может считаться диагностической, а не лечебной процедурой для большинства пациентов [5].

Исследования показали, что удаление солитарных и единичных метастазов рака почки существенно улучшает выживаемость и улучшает качество жизни. В первую очередь это относится к пациентам с симптоматическими поражениями скелета и головного мозга. Резекция костных поражений выполняется для коррекции и предотвращения патологических переломов, сохранения двигательной активности, устранения болей, устранения компрессии спинного мозга при метастазах в позвоночник [4].

Таким образом, и на сегодняшний день, не смотря на появление и апробацию новых методов лечения рака почки, основным методом лечения остается хирургический.

Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология. – 2005. – № 1. – С. 6 – 9.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году. М.:2012.
3. Akcetin, Z., Zugor, V., Elsasser, D. Does the distance to normal renal parenchyma (DTNRP) in nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma have an effect on survival? // Anticancer Res. - 2005. № 25(3A). – P.1629– 32.
4. Althausen, P., Althausen, A., Jennings, L. C., Mankin, H. J. Prognostic factors and surgical treatment of osseous metastasis secondary to renal cell carcinoma // Cancer. – 1997. № 80. – P.1103.
5. Blom J., H. M., van Poppel, H., Mareshal, J. M. et al. Radical nephrectomy with or without Lymph Node Dissection: preliminary Results of the EORTC Randomized Phase III Protocol 30881 // Eur. Urol. – 1999. – v. 36. – P.565– 569.
6. Desai, M. M., Gill, I. S. Current status of cryoablation and radiofrequency ablation in the management of renal tumors // Curr Opin Urol. – 2002. № 12(5). – P.387– 93.
7. Desai, M. M., Gill, I. S., Kaouk, J. H. et al. Laparoscopic partial nephrectomy with suture repair of the pelvicaliceal system // Urology. 2003. № 61. - P.99– 104.
8. Hafez, K. S., Fergany, A. F., Novick A. C. Nephron sparing surgery for localized renal cell carcinoma: impact of tumor size on patient survival, tumor recurrence and TNM staging. // J Urol. 1999 Dec;162(6). – P.1930– 3
9. Meng, M. V., Freise, C. E., Stoller, M. L. Laparoscopic nephrectomy, ex vivo excision and autotransplantation for complex renal tumors. // J Urol. 2004 Aug;172(2). – P.461– 4.

СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЕ НАУКИ

Беляева Н.В.

Доцент, кандидат сельскохозяйственных наук, доцент кафедры лесоводства Санкт-Петербургского государственного лесотехнического университета

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЛИЯНИЯ ЖИВОГО НАПОЧВЕННОГО ПОКРОВА И ПОДЛЕСКА НА ПОЯВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПОДРОСТА ЕЛИ

Аннотация

Живой напочвенный покров – совокупность мхов, лишайников, травянистых растений и кустарничков, произрастающих под пологом леса, на вырубках и гарях (Сеннов, 2005). Данное исследование фокусируется на исторических аспектах в изучении живого напочвенного покрова, что позволяет лучше понять технологию восстановления леса.

Ключевые слова: ель, подлесок, напочвенный покров.

Keywords: spruce, undergrowth, ground cover.

Влияние живого напочвенного покрова на возобновление ели под пологом древостоя. На участках, не затронутых хозяйственным воздействием, видовое разнообразие напочвенной растительности определяется, прежде всего, лесорастительными условиями и связано напрямую с типом леса (Шишков, 1976).

Типом лесом и его преобладающими видами живого напочвенного покрова во многом определяется успешность естественного возобновления ели под пологом древостоя и на вырубках.

Влияние живого покрова на возобновление леса проявляется тем сильнее, чем лучше условия почвенного питания. В кисличных типах леса травяной покров сильно разрастается и может совершенно исключать возможность лесовозобновления. Влияние травянистых растений, в частности злаков, на всходы древесных пород заключается в угнетении последних надземной частью злаков, в повреждении их при навалах снега на отмирающую траву, а так же в конкуренции за питание, влагу и т.д.

Противоположностью злаков, в этом отношении, принято считать иван-чай. Польза иван-чая, прежде всего, заключается в сдерживании развития злаков. Но корневая система Иван-чая также оказывает отрицательное влияние на появление и рост подроста хвойных пород. Таким образом, польза иван-чая относительна (Бельков, 1957; Мелехов, Корелина, 1954).

В типе леса ельник кислично-черничный возобновление материнской породой – елью происходит достаточно успешно. В среднем в данном типе леса лиственных пород под пологом леса развивается до 27%, а ели до 73%. Отрицательным является большое участие осины (Стратанович, 1928).

В типе леса ельник черничный при малых полнотах 0,5-0,4, в просветах и в освещенных местах сильно развиваются ягодники, главным образом, черника (*Vaccinium Myrtillus* L.), образуя в этих местах очень густой, сплошной покров. С повышением участия черники в травяном покрове понижается возобновляемость. Помимо сильного затенения почвы, переплетающиеся между собой корневища ягодников, образуют с трудом разрывающуюся подстилку, препятствующую появлению и развитию еловых всходов (Стратанович, 1928; Воропанов, 1950; Казимиров, 1971).

В типе леса ельник долгомошный травяной покров, будучи очень беден, как по составу, так и по количеству входящих в него видов, оказывать какое-либо влияние на возобновление не может (Стратанович, 1928; Казимиров, 1971).

Исключительное влияние оказывает моховой покров, развивающийся весьма не равномерно в зависимости от микрорельефа. В местах, занятых сфанумом, где мощная подстилка до 20 см., влагоемкая, возобновление елью почти вовсе не происходит. На более ровных местах, где развивается кукушкин лен (мощность подстилки 8-10 см) возобновление елью происходит так же неудовлетворительно. Наиболее благоприятным для возобновления оказывается моховой покров из гилокомиум, гипнум, дикранум (Стратанович, 1928).

Развитие живого напочвенного покрова после рубок леса. После антропогенного воздействия структура живого напочвенного покрова значительно изменяется. Как отмечают многие исследователи, особенно ярко это проявляется после проведения сплошных рубок (Мелехов, 1954; Мелехов, Голдобина, 1954; Старостина, 1970; Каразия, 1976; Ларин, Паутов, 1989; Казимиров, 1971; Обыденников, 1992; Обыденников, Тибуков, 1996; Солнцева, Холопова, Жукова, 1996; Чижов, 2003; Симончук, 2005; Тибуков, 2009; Соколова, Сергиенко, 2009; Беляева, 2009, 2010). До проведения сплошных рубок живой напочвенный покров в зеленомошной группе типов леса, как правило, бывает сравнительно однородным с преобладанием черники, брусники, марьянника, вереска, зеленых и сфагновых мхов. Эти виды являются в большинстве случаев в данных типах леса эдификаторами под пологом леса.

Исследования живого напочвенного покрова на сплошной вырубке в ельниках зеленомошных показывают, что в течение 5-10-ти лет после рубки происходят изменения в ее парцеллярной структуре, что влияет на последующее естественное возобновление.