УДК 616.61-006.6-089

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Ховари Л.Ф.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», Тюмень, e-mail: nasrulla@inbox.ru

Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 198 больных раком почки: 65 больных после простой нефрэктомии, 67 больных после нефрэктомии с селективной лимфодиссекцией и 66 больных после нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения показал, что у 11,1% пациентов послеоперационный период протекал с развитием осложнений. Ранние послеоперационные осложнения развились у 7,1% больных. Наиболее редко они наблюдались у больных, перенесших нефрэктомию с расширенной лимфодиссекцией, а в двух других группах определялись в практически одинаковом количестве. Поздних осложнений было больше в группе с селективной лимфодиссекцией. Уровень летальности в среднем составил 1,5% и был наибольшим в I группе, а в III группе летальных случаев не было. Полученные нами результаты свидетельствуют о низком числе осложнений при отсутствии послеоперационной летальности в группе больных с расширенной лимфодиссекцией.

Ключевые слова: рак почки, лимфодиссекция

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RENAL-CELL CANCER

Hovari L.F.

Tyumen State Medical Academy, Tyumen, e-mail: nasrulla@inbox.ru

Analysis of the immediate results 198 of surgical treatment of cancer patients the kidneys: 65 patients after simple nefrektomy, 67 patients after nefrektomy with selective limfodissection and 66 patients after nefrektomy with advanced limfodissection. Comparative analysis of the results of surgical treatment showed that 11.1% of the patients in postoperative period proceeded with the development of complications. Early postoperative complications have developed 7.1% of patients. Most rarely they were observed in patients undergoing nefrektomy with enhanced limfodissection, and in two other groups were almost equal numbers. Late complications was higher in the group with selective limfodissection. The case fatality rate averaged 1.5 per cent and was the most I in group and III in the group deaths. Our results show a low number of complications in the absence of postoperative mortality in patients with advanced limfodissection.

Keywords: kidney cancer, limfodissektion

Повышение радикализма оперативного вмешательства при раке почки, по мнению многих авторов, связано с лимфодиссекцией [2, 5, 6, 4, 9]. Однако в настоящее время в литературе нет единого мнения относительно объема лимфодиссекции и подходов к ее выполнению [6, 1, 9].

Доказано, что выполнение расширенной лимфодиссекции позволяет точно установить стадию заболевания, улучшить прогноз для больных с возможными микрометастазами и уменьшить частоту местных рецидивов [3]. При этом лимфодиссекция не влияет на частоту развития послеоперационных осложнений, прогноз и выбор адекватного послеоперационного лечения. В связи с этим лимфодиссекция считается обязательным и необходимым компонентом радикального хирургического лечения при ПКР [7].

Однако определение влияния расширенной лимфаденэктомии на отдаленную выживаемость больных раком почки, являющееся главной целью единственного исследования рандомизированного типа (EORTC), так и не было достигнуто [8], в связи с чем для обоснованного ответа на данный вопрос требуется проведение дополнительных исследований высокой степени доказательности.

Цель исследования – оценить влияние объема лимфодиссекции на непосредственные результаты хирургического лечения больных раком почки.

Материал и методы исследования

198 больным раком почки была выполнена нефрэктомия: 65 больным – простая нефрэктомия, 67 больным – нефрэктомия с селективной лимфодиссекцией и 66 больным – нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией.

Результаты исследования и их обсуждение

Процентное распределение больных раком почки в зависимости от оперативного доступа представлено в табл. 1.

По данным, представленным в табл. 1, в среднем наиболее часто предпочтение отдавалось параректальному доступу – 105 (53,0%) всех операций, на втором месте – срединный доступ – 70 (35,4%). Однако в III группе больных, которым проводилась расширенная лимфодиссекция, предпочтение отдавалось наименее травматичному срединному доступу – 55 (83,3%) операций.

При этом правосторонняя нефрэктомия была выполнена у 102 (51,5 %) больных. Из них – 28 (27,5 %) в I группе, 34 (33,3 %) – во II и 40 (39,2 %) больных в III группе. Левосторонняя нефрэктомия выполнена у 96 (48,5 %) больных. Из них у 37 (38,5 %) в I группе, 33 (34,4 %) – во II и у 26 (27,1 %) больных в III группе.

Таблица 1

Распределение больных раком почки в зависимости от оперативного доступа

Вид хирургического доступа	Группы больных						Всего (n = 198)	
	I группа (n = 65)		II группа (n = 67)		III группа (n = 66)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Срединный	7	10,8	8	11,9	55	83,3	70	35,4
Параректальный	47	72,3	47	70,2	11	16,7	105	53,0
Люмботомия	11	16,9	12	17,9	0	0	23	11,6

Процентное распределение больных в каждой группе в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства представлено в табл. 2.

Так, в I группе правосторонняя нефрэктомия выполнена 28 (43,1 %) и левосторонняя – 37 (56,9 %) больным. Во II группе – соответственно 34 (50,8 %) и 33 (49,2 %) больных. В III группе сделано 40 (60,6 %) и 26 (39,4 %) правосторонней и левосторонней нефрэктомий соответственно (см. табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от вида оперативного вмешательства

Вид оперативного вмешательства	Группы больных						Всего (n = 198)	
	I группа (n = 65)		II группа (n = 67)		III группа (n = 66)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Правосторонняя нефрэктомия	28	43,1	34	50,8	40	60,6	102	51,5
Левосторонняя нефрэктомия	37	56,9	33	49,2	26	39,4	96	48,5

Таким образом, если по количеству произведенных право- и левосторонних нефрэктомий группы значительно не отличались, то при оценке вида хирургического доступа необходимо отметить, что в I и II группах превалировал параректальный доступ (72,3 и 70,2 % соответственно), то в III группе – с расширенной лимфодиссекцией – предпочтение отдавалось срединному доступу, наименее травматичному для больных РП – 55 (83,3 %) операций.

Все послеоперационные осложнения, развившиеся у больных после нефрэктомии, мы разделили на две группы – ранние и поздние. В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: продолжительная лимфорея; развитие полиорганной недостаточности; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК); нагноение послеоперационной раны; эвентерация органов брюшной полости. Из поздних послеоперационных осложнений имели место: образование послеоперационной грыжи; развитие хронической почечной недостаточности; формирование свищей.

Ранние послеоперационные осложнения были выявлены у 14 (7,1 %) больных РП. Так, в I группе ранние послеоперационные осложнения развились у 5 (7,7 %) больных. В послеоперационном периоде полиорганная недостаточность и острое нарушение мозгового кровообращения наблюдались по 1 (1,5 %) случаю, эвентрация органов брюшной полости отмечена в 2 (3,1 %) случаях при параректальном доступе. Нагноение послеоперационной раны было выявлено у 1 (1,5 %) больного. Во II группе ранние послеоперационные осложнения развились так же у 5 (7,5 %) больных. Эвентрация органов брюшной полости отмечена у 3 (4,5 %) больных при параректальном доступе. Нагноение послеоперационной раны и полиорганная недостаточность выявлены по 1 (1,5 %) случаю. Необходимо отметить, что при эвентерации органов брюшной полости, которая встречалась у 5 (2,5 %) больных, повторно выполнялась релапаротомия и ушивание брюшной стенки. В III группе ранние послеоперационные осложнения развились у 4 (6,1 %) больных. Продолжительная лимфорея, как осложнение расширенной лимфодиссекции, отмечалась у 2 (3,0 %) больных. Полиорганная недостаточность – у 1 (1,5 %) больного, нагноение послеоперационной раны выявлено в 1 (1,5 %) случае.

Поздние послеоперационные осложнения были выявлены у 8 (4,0%) больных РП. В I группе поздние осложнения были представлены только послеоперационным свищом – у 1 (1,5%) больного как исход эвентерации органов брюшной полости. Из поздних осложнений во II группе послеоперационная грыжа имела место у 1 (1,5%) больного, хроническая почечная недостаточность развилась у 3 (4,5%) больных. В этой группе всего было 6 (9,0%) случаев поздних послеоперационных осложнений. В III группе был 1 (1,5%) случай развития позднего послеоперационного осложнения – хронической почечной недостаточности. Необходимо отметить, что в среднем уровень летальности составил 1,5% и был наибольшим в I группе – 2 (3,1%) случая. В III группе летальных случаев не было, а показатель II группы составил 1,5% и занял срединную позицию.

Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения ПКР показал, что у 22 (11,1%) пациентов послеоперационный период протекал с развитием каких-либо осложнений. Установлено, что ранние послеоперационные осложнения развились у 14 (7,1%) из 198 прооперированных больных. Следует отметить, что наиболее редко послеоперационные осложнения наблюдались у больных III группы, перенесших нефркэтомию с расширенной лимфодиссекцией – 5 (7,6%) из 66 больных, в то время как в группах больных, перенесших простую нефркэтомию без лимфодиссекции и с селективной лимфодиссекцией, ранние осложнения наблюдались практически в одинаковом количестве – по 5 человек (7,7 и 7,5% соответственно), а поздних осложнений было больше во II группе (с селективной лимфодиссекцией) – 6 (9,0%) случаев по сравнению с I и III группами – по 1 (1,5%) случаю. При этом наиболее часто встречалось такое осложнение, как эвентерация органов брюшной полости – 5 (2,5%) случая, но лишь среди тех больных, которым была произведена нефрэктомия параректальным доступом. Уровень летальности в среднем составил 1,5% и был наибольшим в I группе – 2 (3,1%) случая. В III группе летальных случаев не было, а показатель II группы составил 1,5% и занял срединную позицию.

Заключение

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о низком числе осложнений при отсутствии послеоперационной летальности в III группе больных (с расширенной лимфодиссекцией). При параректальном доступе к почке повышается риск развития в раннем послеоперационном периоде эвентерации органов брюшной полости, а в более позднем периоде – грыжи, которые обусловливают необходимость реоперации, ухудшая качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Алексеев Б.Я. Факторы прогноза лимфогенного метастазирования у больных раком почки / Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, А.С. Калпинский // Материалы 1 конгресса Российского общества онкоурологов. – 2006. – С. 125–126.

2. Аляев Ю.Г. Современные технологии в диагностике и лечении рака почки / Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, А.А. Крапивин и др. // Онкоурология. – 2005. – № 2. – С. 3–7.

3. Давыдов М.И. Опухоли почечной паренхимы / М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев, М.И. Волкова // Клиническая онкоурология. – М.: Вердана, 2003. – С. 5–175.

4. Давыдов М.И. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены / М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев // Онкоурология. – 2005. – №2. – С. 8–15.

5. Изгейм В.П. Регионарная лимфаденэктомия при почечно-клеточном раке / В.П. Изгейм, А.В. Лыков, В.В. Симоненко и др. // Материалы 1 конгресса Российского общества оикоурологов. – 2006. – С. 140–141.

6. Матвеев В.Б. Клиника, диагностика и стадирование рака почки // Клиническая онкоурология / под ред. Б.П. Матвеева. – М.: Вердана, 2003. – С. 39–45.

7. Тилляшайхов М.Н. Роль лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака / М.Н. Тилляшайхов, Н.М. Рахимов // Онкоурология. – 2009. – №3. – С. 13–15.

8. Margulis V. The role of lymph node dissection in renal cell carcinoma: the pendulum swings back / V. Margulis, C.G. Wood // Cancer J. – 2008. – Vol. 14, №5. – P. 308–314.

9. Mickisch G.H. Principles of nephrectomy for malignant disease // BJU Int. 2004. – Vol. 89(5). – P. 488–495.

Рецензенты:

Важенин А.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск;

Зотов П.Б., д.м.н., профессор, зав. центром паллиативной помощи Тюменского областного онкологического диспансера, г. Тюмень.

Работа поступила в редакцию 05.10.2011.