

ДОСВІД ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН НИРОК

Підмурняк О.О.

Відділення урології, Хмельницька обласна лікарня, Хмельницький, Україна

The Experience of Endovideosurgical Treatment of Renal Tumors

A.A. Pidmurniak

Department of Urology, Khmelnyts'kyi Regional Hospital, Khmelnyts'ky, Ukraine

Received: June 22, 2014

Accepted: November 24, 2014

Адреса для кореспонденції:

Хмельницька обласна лікарня
вул. Пілотська, 1
м. Хмельницький, 29000, Україна
тел.: +38-067-945-37-71
e-mail: docaleksey@yandex.ru

Summary

In the article the results of the implementation in practice of low-invasive urological operations in patient with renal tumors in comparison with open type urological operations were shown. The 56 patients with renal cell cancer of the kidney operated, in 36 of which endovideosurgical operations with laparoscopic and retroperitoneal access were done. Low-invasive methods advantages were shown.

Key words: low-invasive urology, laparoscopic nephrectomy, renal tumor/

Вступ

Зростання онкологічної патології в останні роки пов'язано з багатьма факторами, в тому числі із постарінням населення, екологічним забрудненням тощо. Збільшується також кількість пухлин сечостатевої сфери, щорічно діагностується більше 200 тисяч нових випадків раку нирки. Поширеність цієї патології зростає з року в рік і у Європі, і в Азії,

і в США і в Україні [1–3]. У США, частота цієї патології щорічно зростає на 2–4%, складаючи біля 35000 нових випадків у рік та більше ніж 12000 смертей. Майже 60% раку нирки діагностують випадково і досить часто у стадіях з метастазами [3–5]. Пухлини нирки можуть бути доброякісними і злоякісними, але в їх структурі переважає нирково-клітинний рак (НКТ), який складає біля 85–90% захворювань [1,6,7]. Визначити характер пухлини (доброякісний чи злоякісний) за допомогою візуалізуючих методів обстеження дуже складно, для цього необхідно провести морфологічне обстеження. Поряд з тим, завдяки цим методам зросла діагностика пухлин (майже вдвічі) і рання діагностика на початкових стадіях. Близько 30% складають випадкові знахідки при обстеженнях з приводу інших проблем [1,8,9].

На сьогодні в онкоурології домінують малоінвазивні ендовідеохірургічні (ЕВХ) методи оперативного лікування. Вони стали альтернативою для відкритих

операцій, особливо у випадках ранньої діагностики, при збереженні повного онкологічного контролю за видаленням пухлини і часто поєднується з аблятивними методиками [10–12]. Мета-аналіз проведений Klatte T. et al (2013) показав, що ефективність EVX технології слід вивчити більш глибоко в рамках клінічних досліджень. Безсумнівною перевагою цих методик є мала травматичність, що дозволяє проводити лікування пацієнтам з важким соматичним статусом, які не підлягають традиційним хірургічним втручанням [13].

Порівняння онкологічних результатів у пацієнтів з лапароскопічними та відкритими нефректоміями за місцевим рецидивом через 5 років був зареєстрований у 3% і 2%, відповідно, а п'ятирічний показник виживання був однаковий у обох групах. Це свідчить про високу онкологічну ефективність лапароскопічних операцій [13,14]. В той же час, вітчизняний досвід проведення онкологічних EVX операцій є ще недостатнім, а методика потребує вивчення та адаптації до умов сучасної клініки.

Мета дослідження: проаналізувати порівняльні результати класичних відкритих та EVX оперативних втручань з приводу пухлин нирок.

Матеріал і методи

В роботі вивчалися дані отримані у 56 пацієнтів, які лікувалися в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011–2013 з приводу пухлин нирок. Основну групу склали 36 пацієнтів прооперованих з використанням ендовідеохірургічних методик. Результати порівнювалися з даними 20 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією, але з відкритими операціями. Віко-статеву структуру та передопераційну підготовку хворих не відрізнялася між групами: середній вік пацієнтів I групи склав 57,4 роки, II групи — 58,7 роки, відсоток чоловіків у групах був 55,9% та 68,6% відповідно ($p > 0,05$). Усі пацієнти із пухлинами нирок мали нирково-клітинний рак із $T_1b-2N_0M_0$, в той же час у цих пацієнтів не було інших важких супутніх соматичних захворювань. Відкриті люмботомічні втручання проводили з використанням міжреберного доступу. При виконанні ендовідеохірургічної операції було проведено нефректомію з використанням двох доступів — лапароскопічного (20 пацієнтів) та ретроперитонеального (16 пацієнтів). Отримані результати оброблялися методами варіаційної статистики (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми *Statistica 6,0 (StatSoft)*.

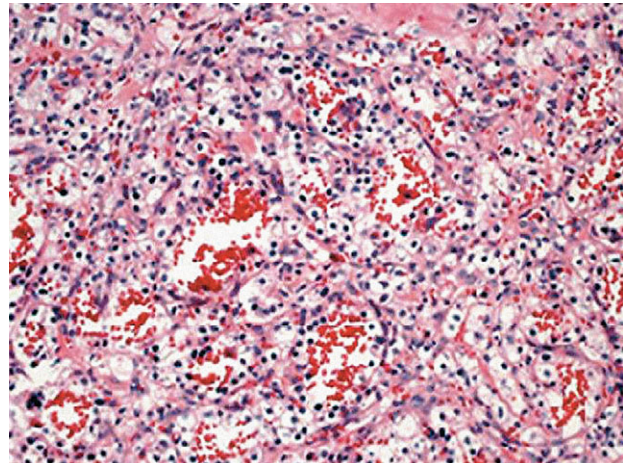


Рис. 1

Гістологічний препарат видаленої пухлини представлені клітинами ниркової карциноми, збільшення $\times 180$.

Результати та їх обговорення

Середній діаметр видаленої пухлини склав $5,5 \pm 1,3$ см (від 4,0 до 8,5 см) і не мав суттєвої різниці у хворих різних груп (5,2 см в основній та 5,7 см в контрольній). Лівобічна локалізація була у 36 пацієнтів, правобічна у 20. Пухлина верхнього полюса нирки визначалась у 16 пацієнтів (28% від загальної кількості), нижнього полюса нирки — у 18 випадках (31%), середньої третини — у 22 пацієнтів (41%). У 44 хворих (79%) було виявлено рак нирки T_1b стадії, у 12 пацієнтів — T_2 стадії. У всіх пацієнтів діагноз нирково-клітинного раку був підтверджений гістологічно (рис. 1).

Середня тривалість операції за EVX методом була дещо коротшою за рахунок формування доступу в той час як основний етап операції (нефректомія) майже не різнився в основній та контрольній групі. Тривалість виконання малоінвазивної операції склала 78,7 хв. і вірогідно не відрізнялося по тривалості операції у контрольній групі (79,9 хв., $p > 0,05$), так само як і час надання анестезіологічної підтримки (89,7 хв. та 101,5 хв. відповідно, $p > 0,05$). Але між групами значно різнився об'єм операційної травми ($1,4 \pm 0,14$ бали проти $2,7 \pm 0,14$ балів, $p < 0,05$). Для верифікації цього показника ми визначали рівень інтерлейкіну IL-6, який підвищується пропорційно до об'єму операційної травми та формування запалення. У пацієнтів з відкритою операцією через добу після втручання він склав $7,3 \pm 1,7$ пг/мл (проти $3,2 \pm 1,6$ в основній групі, $p < 0,05$) та через дві доби після втручання — $26,0 \pm 3,5$ пг/мл (проти $10,2 \pm 3,2$ в основній групі, $p < 0,05$).

Спостерігалася різниця і з боку інших критеріїв: вірогідно відрізнялися розміри операційної рани (довжина $5,0 \pm 1,1$ см в основній групі, проти $16,7 \pm 1,6$ см

в контрольній, $p < 0,05$), величина крововтрати ($70,0 \pm 19,4$ мл проти $250,0 \pm 41,5$ мл, $p < 0,05$) та інтенсивність больового синдрому через добу після операції ($1,5 \pm 0,17$ бали проти $2,8 \pm 0,13$ балів, $p < 0,05$). Летальних випадків у прооперованих хворих не було. В основній групі конверсія відбулася у 2 хворих. Інтраопераційні ускладнення у вигляді поранення ниркової вени виникли в 2 випадках, по одному у кожній групі, післяопераційні — у 2 пацієнтів контрольної групи (перитоніт — 1, часткова кишкова непрохідність — 1). За даними Andrew S. et al. (2010) частота серйозних ускладнень при виконанні лапароскопічної нефректомії становить не більше 7,5%, необхідність переходу у відкриту операцію — 6,1%, летальність — 0,34% [12].

Після лапароскопічного втручання наркотичне знеболювання робили тільки двічі протягом першої доби після операції (у другій групі впродовж 2 діб). Відновлення кишкової перистальтики відбувалося в середньому через 24 години, активізація хворих — через 18 годин після операції. Середній термін перебування у стаціонарі 6,6 дня. Середній період непрацездатності після нефректомії у пацієнтів першої групи був 16,5 днів проти 29,8 дня у контрольній ($p < 0,05$). Наші дані близькі до результатів китайських урологів (Liu R., 2011), у яких середня тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів з такою ж патологією склала 5,5 дня [15].

Аналіз вибору тактики операційного втручання показав його залежність від ряду факторів. Відкритий тип операції корелював із наявністю попередніх операцій, хронічних захворювань нирок, розміром пухлини (більше 8 см), індексом маси тіла пацієнта (ожирінням). Тип малоінвазивного втручання залежав від розташування та розмірів пухлини. Таким чином, перевагами ЕВХ операцій є мала травматичність, зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення перебування в стаціонарі та термінів реабілітації хворих.

Висновки

1. Вибір тактики оперативного втручання перш за все залежить від об'єму пухлини. Лапароскопічна нефректомія показана хворим раком нирки при розмірі екстраренальної частини пухлини до 8 см.
2. Методологія виконання лапароскопічної нефректомії з приводу раку нирки принципово не відрізняється від такої при відкритій радикальній

нефректомії й включає роздільну перев'язку судин на ранньому етапі операції, мобілізацію нирки екстрафасціально разом з паранефральною клітковиною.

3. Застосування ендовідеоскопічного підходу дозволяє знизити вимоги до знеболювання, зменшити об'єм крововтрати, розміри операційної рани, прискорити відновлення в післяопераційному періоді, зменшити тривалість перебування в стаціонарі й прискорити повернення до нормальної активності в порівнянні з відкритою хірургією.

Література

1. Аляев Ю. Г. (2011) Опухоль почки. Мед.помощь. 2: 26-29
2. Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А. (2012) Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005-2010 годах. Экспериментальная и клиническая урология. 2: 3-7
3. Пучков К.В., Филимонов В.Б., Васин И.В. и др. (2004) Лапароскопическая радикальная нефрэктомия при раке почки. Эндоскопическая хирургия. 7: 25-30
4. Матвеев В.Б., Комаров И.Г., Волкова М.И. и др. (2006) Лапароскопическая хирургия в онкоурологии. Тез.доклада материалы X Российского онкологического конгресса. 42-46
5. Andrew S. (2010) Laparoscopic partial nephrectomy for multiple ipsilateral renal tumors using a tailored surgical approach. J. Endourology. 24; 4: 557-561
6. Ganeshappa A. (2010) Role of the laparoscopic approach to cytoreductive nephrectomy in metastatic renal-cell carcinoma: does size matter? J. Endourology. 24; 8: 1289-1292
7. Klatte T. (2013) Systematic review and meta-analysis of perioperative and oncologic outcomes of laparoscopic cryoablation versus laparoscopic partial nephrectomy for the treatment of small renal tumors. J. Urol. S0022-5347(13)05900-4
8. Frank C.L., Kau E.L., Ng C.S., Fuchs G.J. (2007) Laparoscopic nephrectomy outcomes of elderly patients in the 21st century. J. Endourology. 21; 11: 1309-1313
9. Krabbe L.M., Bagrodia A., Margulis V., Wood C.G. (2014) Surgical management of renal cell carcinoma. Semin Intervent Radiol. 31 (1): 27-32
10. Liu R. (2011) Complete transperitoneal laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract urothelial carcinoma. J. Peking Univ. 43; 4: 532-534
11. Marhuenda A. (2008) Radiologic evaluation of small renal masses: pretreatment management. Adv. Urol. A. 415848
12. Odisho A.Y. (2010) Urologist density and county-level urologic cancer mortality. J. Clin. Oncol. 28 (15): 2499-2504
13. Ono Y. (1999) Laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: a five-year experience. Urology. 53: 280-286
14. Rebouças R.B., Monteiro R.C., Souza T.N., Barbosa P.F. (2013) Pure laparoscopic radical heminephrectomy for a large renal-cell carcinoma in a horseshoe kidney. Int. Braz. J. Urol. 39 (4): 604-605
15. Shuch B. (2011) Repeat partial nephrectomy: surgical, functional and oncological outcomes. Curr. Opin. Urol. 21 (5): 368-375