

РЕЗЕКЦІЯ ПОЧКИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Ю.П. Серняк, П.С. Серняк, А.С. Фролов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра урологии ФИПО

Рак почки является третьим наиболее распространенным видом рака мочеполовой системы. В последние годы отмечается тенденция к повсеместному увеличению заболеваемости раком почки [1,2]. Это связано как с увеличением заболеваемости, так и с улучшением диагностики – выявлением бессимптомных случаев течения болезни, среди которых значительный удельный вес составляют опухоли малых размеров.

Оперативное лечение почечно-клеточного рака (ПКР), несмотря на большое количество хирургических методик, сводится, в конечном счете, к двум конкурентным оперативным вмешательствам: органосохраняющим и органоуносящим.

До недавнего времени единственной оптимальной операцией считалась нефрэктомия с удалением солатерального надпочечника, регионарных лимфатических узлов, паранефральной клетчатки и фасции Герота. Однако, учитывая достаточно большое количество новообразований почки малых размеров, тенденцию к повышению их удельного веса в структуре заболеваемости, необходимо в ряде случаев пересмотреть хирургическую тактику. Рядом авторов получены прекрасные результаты после выполнения резекции почки при почечно-клеточном раке – 90-100% выживаемости пациентов в течение 5 лет [3-5].

С другой стороны, по мнению Carini M., Selli C. и соавт., Provet J. и ряда других исследователей, результаты 5-летней выживаемости существенно хуже – 65-68% [6-8]. Whang I.S. и соавт. наблюдали рецидив заболевания и метастазирования в 10% случаев [9]. Обращает на себя внимание биологическая особенность рака почечной паренхимы – мультицентричный характер роста опухоли и отсутствие корреляционной связи между склонностью к метастазированию и размерами опухоли. Исследования, проведенные рядом авторов, говорят о том, что

даже при размерах опухоли менее 3см имеется мультицентрическое поражение паренхимы в 7-10% случаев [4].

Нельзя также игнорировать факты, свидетельствующие о том, что в общей массе результатов лечение больных с раком почки после выполнения радикальной нефрэктомии значительно лучше, чем после резекции почки. Таким образом, критерии выбора показаний к резекции почки при раке требуют дальнейшего изучения.

Целью нашей работы является определение показаний к органосохраняющим операциям на основании анализа отдаленных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Настоящее исследование основано на изучении данных о 75 случаях резекции почек по поводу почечно-клеточного рака, выполненных по избирательным показаниям (при наличии здоровой контралатеральной почки) в период с 1996 по 2011гг. в клиниках урологии и оперативной нефрологии и курса урологии Донецкого национального медицинского университета.

Операции были выполнены 56 мужчинам и 19 женщинам. Возраст больных был в пределах 40-64 лет. В предоперационном периоде всем больным выполнялась сонография почек, компьютерная томография забрюшинного пространства, экскреторная урография, ренография и скинтиграфия почек.

Размеры опухоли варьировались в пределах 2-4см, средний размер $3,5 \pm 0,6$ см. У всех больных диагностирована стадия опухолевого процесса T1N0M0. В 32 случаях опухоль локализовалась в нижнем сегменте, у 16 – в верхнем и у 16 – в среднем. У 13 больных опухоль была экстрапаренхиматозной, у 62 – интрапаренхиматозной. В 60 случаях выполнена «открытая» операция через лапаротомный доступ, в 15 –

лапароскопическая. В 62 случаях операция выполнялась с пережатием почечных сосудов, у 13 больных с экстрапаренхиматозным расположением опухоли производилось боковое отжатие почки. У 9 больных ушивалась чашечно-лоханочная система почки в связи с нарушением ее целостности во время резекции. Время почечной ишемии колебалось в пределах 15-45 мин., составив в среднем $24 \pm 2,3$ мин.

При патогистологическом исследовании во всех случаях был выявлен светлоклеточный вариант почечно-клеточного рака. Результаты прослежены у 75 больных. Максимальный срок наблюдения составил 15 лет, минимальный – месяц, в среднем – 5 лет и 9 месяцев. Оценка 5-летней выживаемости производилась по методу Kaplan-Mier.

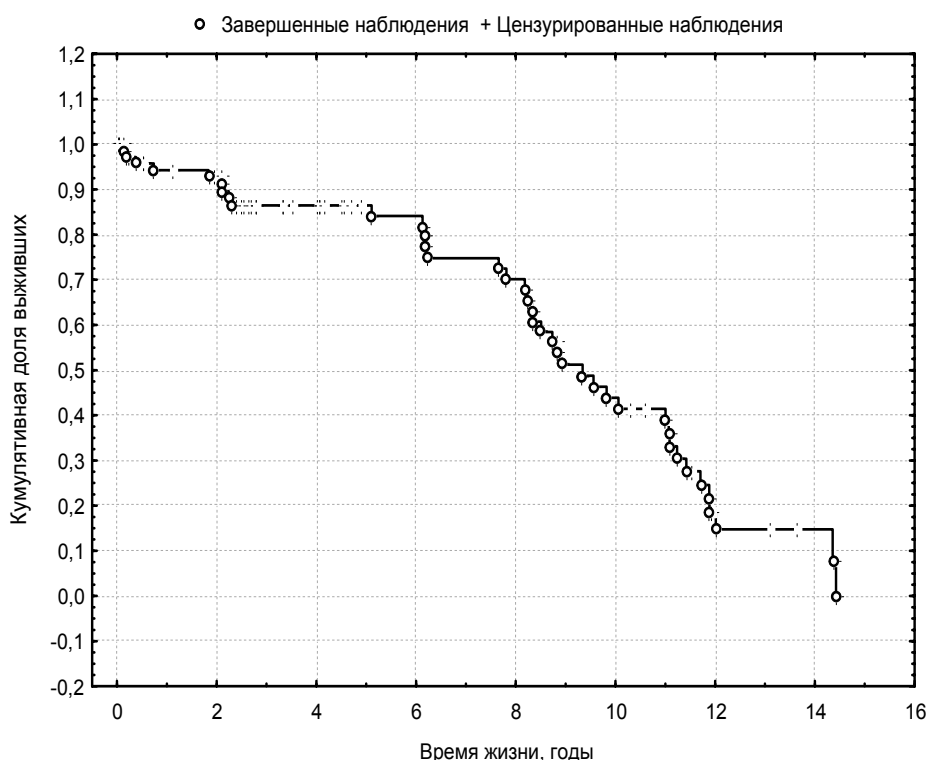
РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Интраоперационных осложнений отмечено не было, максимальная кровопотеря составила 200мл.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 (5,3%) больных: у 3 (4%) – обострение хронического пиелонефрита и у 1 (1,3%) – нагноение раны.

В течение 5 лет умерло 9 (12%) пациентов. Причиной смерти 2 (2,6%) больных явились заболевания сердечнососудистой и дыхательной систем, 7 (9,4%) больных умерли в результате прогрессирования заболевания.

Кумулятивная выживаемость пациентов с ПКР после резекции почки представлена на рисунке.



Кумулятивная выживаемость пациентов с ПКР после резекции почки

По данным нашего исследования, 5-летняя онкологическая выживаемость составила 84,1%, что соответствует литературным сообщениям. Основным критерием для выбора показаний к резекции почки при почечно-клеточном раке в нашем исследовании являлся размер опухолевого узла (до 4см). При анализе наших наблюдений у оставшихся под наблюдением больных до настоящего времени местных рецидивов и метастазирования опухоли не выявлено. Это можно объяснить тем, что размер опухолевого

узла достаточно объективно определяет прогноз заболевания и является важным критерием при выборе метода хирургического лечения. С другой стороны, тот факт, что 7 (9,4%) больных с размерами опухоли до 2см умерли в сроки до 3 лет – говорит о сложности прогнозирования исхода заболевания. Это не позволяет утверждать, что выбор показаний к резекции почки должен основываться лишь на оценке размеров опухоли.

ВИВОДИ

1. Выбор показаний к резекции почки при почечно-клеточном раке на основании размера опухоли до 4см позволяет добиться 84,1% выживаемости пациентов в течение 5 лет. В то же время, 9,4% больных погибли от прогрессирования опухолевого процесса в течение указанного периода наблюдения.

2. Улучшить результаты лечения больных почечно-клеточным раком методом резекции может позволить правильный выбор пациента, который должен проводиться с учетом комплекса прогностических факторов, среди которых важным является размер опухоли.

Список литературы

1. Laura S. Wood, MSN, RN, OCN / S. Laura. – *Urol Nurs.*, 2010. – 30 (1). – P.40-54.
2. *Current Opinion in Urology* / [Murai, Masaru, Oya, Mototsugu]. – *Kidney cancer*, July 2004. – Volume 14. – Issue 4. – P.229-233.
3. Becker F. Excellent long-term cancer control with elective nephron-sparing surgery for selected renal cell carcinomas measuring more than 4cm / F. Becker. – *Eur Urol.*, 2006. – vol.49. – №2. – P.308-13.
4. Repeat partial nephrectomy on the solitary kidney: surgical, functional and oncological outcomes / [Liu NW., Khurana K., Sudarshan S. et al.]. – *J Urol.*, 2010. – 183:1719-1724.
5. Partial nephrectomy after previous radio frequency ablation: the National Cancer Institute experience / [Kowalczyk KJ., Hooper HB., Linehan WM. et al.]. – *J Urol.*, 2009. – 182:2158-216.
6. Elective conservative surgery for renal cell carcinoma / [Carini M., Lapini A., Betti E. et al.]. – *Eur. Assoc. of Urol. – 10th Congr. (Italy, July 22-25, 1992).* – Genoa, 1992. – P.76-77.
7. Conservative surgical treatment of renal cell carcinoma: Clinical experience and reappraisal of indications / [Carini M., Selli C., Barbanti G. et al.]. – *J. Urol.*, 1988. – №140. – P.725-731.
8. Partial nephrectomy for renal cell carcinoma: indications, results and implications / [Provet J., Tessler A., Brown J. et al.]. – *J. Urol.*, 1991. – Vol.145. – №4. – P.472-476.
9. The incidence of multifocal renal cell carcinoma in patients who are candidates for partial nephrectomy / [Whang I., O'Toole K., Olsson C., Benson MC.]. – *J.Urol.*, 1992. – Vol.147. – №5. – P.355 A.

Реферат

РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ

Ю.П. Серняк, П.С. Серняк, О.С. Фролов

Дослідження засноване на вивченні даних про 75 випадків резекції нирок з приводу нирково-клітинного раку. Розміри пухлини коливались в межах 2-4см, середній розмір 3,5см. Максимальний термін спостереження становив 15 років, мінімальний – місяць, в середньому – 5 років 9 місяців. Оцінка 5-річної виживаності проводилась за методом Kaplan-Mier. Метою роботи є визначення показань до органозберігаючих операцій на підставі аналізу віддалених результатів. 5-річна онкологічна виживаність склала 84,1%. Поліпшити результати лікування хворих на рак нирки методом резекції може дозволити правильний вибір пацієнтів, який повинен проводитися з урахуванням комплексу прогностичних факторів, серед яких важливим є розмір пухлини.

Ключові слова: нирково-клітинний рак, 5-річна виживаність, органозберігаючі операції, резекція нирки.

Summary

PARTIAL NEPHRECTOMY FOR RENAL CELL CARCINOMA

Y.P. Sernyak, P.S. Sernyak, A.S. Frolov

The study is based on an data analysis of 75 cases of kidney resection due to renal cell cancer. Tumor size ranged 2-4cm (average 3.5cm). Maximal term of observation was 15 years, the minimal – a month (average – 5 years 9 months). 5-year survival was analyzed using the Kaplan-Mier method. The goal was to define indications for organ-preserving operations based on analysis of long-term results. The 5-year rate of cancer-specific survival was 84.1%. Outcome of partial kidney resection in kidney cancer patients can be improved by mean of proper patient selection. One should take into account the complex prognostic factors, among which tumor size is important.

Key words: renal cell carcinoma, 5-year survival, organ sparing surgery, partial nephrectomy.