

© М.Н.Тилляшайхов, В.В.Гринберг, Л.Т.Газиев, Е.В.Колесникова, Д.З.Мамарасулова

УДК 616.61-006-089 : 611.61-073

М.Н.Тилляшайхов, В.В.Гринберг, Л.Т.Газиев*, Е.В.Колесникова*, Д.З.Мамарасулова**

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

РОНЦ МЗ РУз (г. Ташкент, Узбекистан)

*ТашиУВ (г. Ташкент, Узбекистан)

**Андижанский медицинский институт (г.Андижан, Узбекистан)

Работа выполнена в соответствии с планом НИР РОНЦ МЗ РУз по теме: «Лечение злокачественных опухолей почек (№ гос. регистрации ДК 084.82.01).

Вступление. Среди всех злокачественных новообразований (ЗН) рак почки (РП) находится на десятом месте. В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний РП среди мужчин составляет 2,7%, среди женщин - 2,1%. В США ежегодно регистрируется 30 тыс. новых случаев заболевания РП, а летальность - 12 тыс. человек. Значимость патологии определяется ростом заболеваемости и высокими показателями летальности [1-3].

Проблема ранней диагностики РП продолжает оставаться актуальной задачей в современной онкоурологии. Главной особенностью РП является то, что до определенного момента он ничем себя не проявляет. Вероятнее всего, именно этим объясняется тот факт, что на начальных стадиях данное ЗН диагностируется достаточно редко [2, 8, 9]. Часто РП является случайной находкой при диагностическом обследовании по поводу какой-то сопутствующей патологии. Одним из вариантов течения опухолевого процесса является тромбоз почечной вены (ПВ) и нижней полой вены (НПВ). Наиболее точными методами диагностики тромба при РП являются УЗИ, КТ, ангиография, магнитно-резонансная томография. РП в 4-10% случаев осложняется развитием опухолевого тромба (ОТ), распространяющегося по просвету ПВ и НПВ вплоть до правых отделов сердца [1, 2, 4]. Единственным радикальным методом лечения РП, осложненного тромбозом ПВ и НПВ, является хирургический [2, 4-6].

При отборе больных на хирургическое лечение (ХЛ) необходимо учитывать распространенность опухолевого процесса и сопутствующую патологию. Неблагоприятными прогностическими факторами являются общее тяжелое состояние пациента, гематурия, пальпируемая опухоль, синдром общей опухолевой интоксикации, а также снижение массы тела больного [1, 4, 8, 9]. Срединная лапаротомия является наиболее часто используемым доступом при выполнении нефрэктомии (НЭ) с тромбэктомией (ТЭ). Преимуществами лапаротомного доступа являются простота выполнения, меньшее затрачиваемое время на его выполнение, малая травматичность и др. [2, 4, 7, 10].

Цель работы - изучить результаты ХЛ больных почечно-клеточным раком (ПКР) с ОТ ПВ и НПВ.

Объект и методы исследования. Мы провели статический анализ выполненных операций по поводу РП, осложненного ОТ ПВ или НПВ. В анализ вошли истории болезни 70-ти больных ПКР с ОТ ПВ и НПВ, из которых 40-ка больным была выполнена радикальная НЭ с ТЭ (I группа) и 30-ти - паллиативная операция НЭ (II группа). Возраст больных в I группе колебался от 18 до 73 лет (в среднем - 59,3 ± 2,83 лет), во II - от 28 до 72 лет (в среднем - 52,8 ± 3,6 лет). Распределение больных в зависимости от пола и возраста представлено на рис. В трудоспособном возрасте (до 60 лет) было 87% больных в I группе и 74% больных - во II группе.

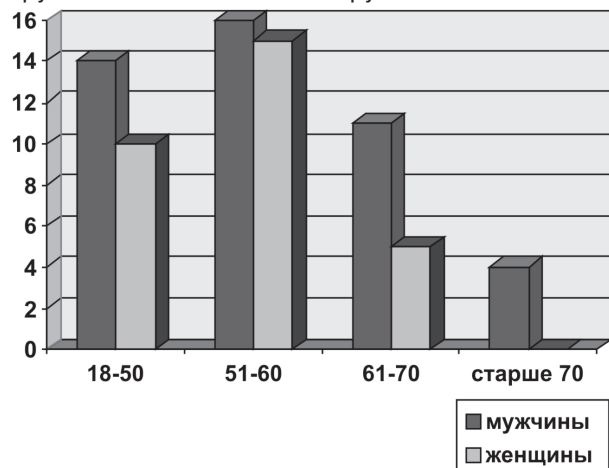


Рис. Распределение больных в зависимости от пола и возраста.

Всем больным провели общеклиническое и урологическое обследование: физикальный осмотр, анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, бактериологическое исследование мочи, рентгенологическое исследование, включающее обзорную рентгенографию брюшной полости, экскреторную урографию, УЗИ мочеполовых органов, КТ и магнитно-резонансную томографию.

Статистическая обработка материала производилась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Были использованы непараметрические критерии, рекомендуемые для медико-биологических исследований с малыми выборками.

Результаты исследований и их обсуждение. В табл. 1 показано распределение больных по стадиям опухолевого процесса. В I группе у 22-х больных (55%) - опухоль поражала правую почку, у 18 (45%) - левую почку. В II группе у 18 (60%) - опухоль

Таблиця 1

Распределение больных РП в зависимости от стадии опухолевого процесса

Группа больных	T3bN0M0	T3bN1-2M0	T3cN0M0	T3-4N1-2M1
I гр. НЭ с ТЭ (n=40)	18	16	3	3
II гр. Паллиативная НЭ (n=30)	-	-	-	30

поражала правую почку, у 12-ти (40%) - опухоль располагалась слева. Тромбоз ПВ наблюдался у 17 (42,5%) -ти больных, инвазия в НПВ у 23 (57,5%) в I группе. Во II группе у всех больных диагностировали инвазию ПКР в НПВ. Степень распространенности опухолевого поражения почки оценивали в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей TNM (2002) 6-го пересмотра.

У 1 (2,5%) -го больного I группы метастазы локализовались в легких, у 1 (2,5%) -го - в печени, у 1 (2,5%) -го - в костях скелета. У 30-ти больных II группы были отмечены отдаленные метастазы в тех или иных органах.

Всем больным оперативное вмешательство было произведено лапаротомным доступом. В I группе верхняя граница тромба располагалась ниже печеночных вен - у 27 (67,5%), ретрогепатически - у 7 (17,5%), выше диафрагмы - у 3 (7,5%), ретроградно - у 3 (7,5%). У всех больных I группы был светлоклеточный вариант ПКР, во II группе, помимо этой гистологической формы, выявленной у 28 (93,4%) -ми больных, наблюдали по 1 случаю - у 1 (3,3%) -го - хромофильный вариант, у 1 (3,3%) -го - смешанный тип с преобладанием светлоклеточного варианта.

Поражение забрюшинных лимфоузлов у больных I группы было отмечено в 16-ти наблюдениях (40%). Лимфодиссекция выполнена всем пациентам I группы, в т.ч. правосторонняя - 17-ти, а левосторонняя - 23-ти больным. Показаниями к ХЛ служили макроскопически измененные парааортальные и паракавадные лимфатические узлы. Удаление лимфатических узлов начиналось от ножки диафрагмы и продолжалось вдоль НПВ или аорты вплоть до их бифуркации. Границами удаляемой клетчатки явились латерально-ипсилатеральный мочеточник, сверху - диафрагма, снизу - бифуркация аорты и внутреннее паховое кольцо, сзади - поясничная мышца, медиально - НПВ при правостороннем поражении, и аорта - при левостороннем. Иссечение забрюшинной клетчатки с лимфатическими узлами проводилось по методике en bloc, что уменьшало лимфоррею в интраоперационном и в раннем послеоперационном периодах. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (5,7%) вследствие тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Сравнение результатов операции в обеих группах показывает, что во II группе регистрировалось меньше осложнений и летальных исходов (табл. 2).

Таблиця 2

Летальность и частота осложнений больных с РП

Группы больных	Госпитальная летальность	Ранние осложнения	Поздние осложнения	Повторные операции
I группа	7,5%	10%	7,5%	7,5%
II группа	3,3%	30%	13,3%	-

В I группе умерли 3-е больных, из них 2 - от тромбоэмболии легочной артерии, 1 - от ДВС-синдрома, во II группе умер 1 больной от тромбоэмболии легочной артерии. В раннем послеоперационном периоде в I группе у 3-х пациентов развились осложнения. У одного больного наблюдался парез ЖКТ, успешно разрешившийся на фоне проведенной консервативной терапии и не повлекшей нарушения метаболизма. У второго и третьего пациента было кровотечение из операционного ложа почки, в связи с чем им была выполнена экстренная операция по остановке кровотечения. Исход операции был благоприятным.

Во II группе в раннем послеоперационном периоде у 9-ти пациентов наблюдали осложнения. В 5-ти случаях отмечен длительный парез кишечника, купированный медикаментозной терапией, у 1-го больного - несостоятельность швов на передней брюшной стенке, у 2-х - нагноение операционной раны и у 1-го пациента развилась пневмония. В отдаленном послеоперационном периоде в I группе у 3 (7,5%) -х больных зарегистрированы осложнения.

У 1-го больного через 6 месяцев после операции сформировалась послеоперационная грыжа на передней брюшной стенке, потребовавшая проведение операции, у 2-х больных произошло развитие острого пиелонефрита, которое купировалось антибиотикотерапией.

По данным Давыдова М.И. и Матвеева В.Б., пятилетняя выживаемость больных РП составляет 49% [3, 4]. Наши результаты свидетельствуют о том, что трехлетняя выживаемость у прооперированных больных РП (ПКР) I группы составила 68%. В настоящее время мы проводим мониторинг по пятилетней выживаемости больных РП (ПКР).

Выводы. Таким образом, мы считаем, что применение расширенных операций при РП с одномоментным выполнением ТЭ должно найти широкое применение у данной группы больных. Особое внимание должно уделяться профилактике интра- и ранних послеоперационных осложнений, особенно профилактике тромбоэмболий. ХЛ больных с ПКР, осложненного ОТ ПВ и НПВ, снижает риск осложнений и летальности.

Перспективы дальнейших исследований.
В дальнейшем планируется разработка комплексного подхода в лечении больных с РП (ПКР), предусматривающего применение антикоагулянтов, ранней активизации больных РП (ПКР, осложненного ОТ ПВ и НПВРП), адекватной инфузионной и

антибактериальной терапии, что позволит снизить риск осложнений и смертности при выполнении хирургического вмешательства. Активное ХЛ тромбоза вен при ПКР является эффективным и перспективным видом ХЛ, дающего больному шанс на выздоровление и/или продление его жизни.

Список литературы

1. Аль-Шукри С.Х. Опухоли мочеполовых органов: руководство для врачей / С.Х.Аль-Шукри, В.Н.Ткачук. - СПб. : Питер, 2000. - 320 с.
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. - Т. 1, № 2. - С. 3-7.
3. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. - М., 2004. - С. 110-167.
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. - Т. 2, № 2. - С. 8-14.
5. Карелин М.И. Комплексное лечение больных с локализованными местнораспространенными формами почечно-клеточного рака с применением предоперационной эмболизации / М.И. Карелин, В.П. Павлов, А.В. Атрощенко // Онкоурология. - 2008. - № 1. - С. 18-20.
6. Переверзев А.С. Органосохраняющие операции при почечно-клеточном раке / А.С. Переверзев, Д.В. Щукин, А.Ю. Щербак // Онкоурология. - 2009. - № 2. - С. 22-30.
7. Ромащенко Н.Н. Сравнительный анализ результатов лапароскопической и открытой нефрэктомии при опухолях почечной паренхимы / Н.Н. Ромащенко, В.Б. Матвеев, М.И. Волкова [и др.] // Онкоурология. - 2007. - № 3. - С. 10-15.
8. Esrig D. Experience with fossa recurrence of renal cell carcinoma / D. Esrig, T.E. Ahlering, G. Lieskovsky, D.G. Skinner // J. Urol. - 1992. - Vol. 147. - P. 1491.
9. Kollender Y. Metastatic Renal Cell Carcinoma of Bone: Indications and Technique of Surgical Intervention Metastatic / Y. Kollender, J. Brickels, W.M. Price [et al.] // J. Urol. - 2000. - Vol. 164. - P. 1505-1509.
10. Laparoscopic radical nephrectomy with level II renal vein tumor thrombus // J. Urol. - 2002. - Vol. 168. - P. 26-29.

УДК 616.61-006-089 : 611.61-073

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Тилляшайхов М.Н., Гринберг В.В., Газиев Л.Т., Колесникова Е.В., Мамарасулова Д.З.

Резюме. В работе приводятся данные хирургического лечения 70 больных почечно-клеточным раком с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены. Больным провели радикальную и паллиативную нефрэктомию с тромбэктомией. Результаты лечения были удовлетворительными. Трехлетняя выживаемость у прооперированных больных с почечно-клеточным раком I группы составила 68%.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, нефрэктомия, тромбэктомия, опухолевый тромбоз, лапаротомия.

УДК 616.61-006-089: 611.61-073

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ, УСКЛАДНЕНОГО ТРОМБОЗОМ НИРКОВОЇ І НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Тилляшайхов М.Н., Грінберг В.В., Газієв Л.Т., Колесникова Є.В., Мамарасулова Д.З.

Резюме. У роботі наводяться дані хірургічного лікування 70 хворих нирково-клітинним раком з пухлинним тромбозом ниркової та нижньої порожнистої вени. Хворим провели радикальну і паліативну нефректомію з тромбектомією. Результати лікування були задовільними. Трирічна виживаність у прооперованих хворих з нирково-клітинним раком I групи склала 68%.

Ключові слова: нирково-клітинний рак, нефректомія, тромбектомія, пухлинний тромбоз, лапаротомія.

UDC: 616.61-006-089: 611.61-073

Results Of Surgical Treatment Of Renal Cell Arcinoma, Thrombosis Complicated Renal And Inferior Vena Cava

Tillyashayhov M.N., Greenberg V.V., Gaziyeu L.T., Kolesnikova E.V., Mamarasulova D.Z.

Summary. The paper shows the study of surgical treatment of 70 patients with renal cell carcinoma with tumor thrombus of renal and inferior vena cava. Patients had a radical nephrectomy and for palliative with thrombectomy. The treatment results were satisfactory. The treatment results were satisfactory. Three-year survival in operated patients with renal cell carcinoma in group I was 68%.

Key words: renal cell carcinoma, nephrectomy, thrombectomy, tumor thrombosis, laparotomy.

Стаття надійшла 8.11.2011 р.