

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПО ЭЛЕКТИВНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ СТАДИИ T₁

Иванов А.П.¹, Тюзиков И.А.², Чернышев И.В.³

¹ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия, e-mail: rector@yma.ac.ru

²Медицинский Центр диагностики и профилактики, Ярославль, Россия, e-mail: ymc2003@list.ru

³ФГУ НИИ урологии Минздрава России, Москва, Россия e-mail: nii-urologii@ya.ru

При анализе результатов резекций почки, выполненных по elective показаниям у 187 больных с раком почки стадии T₁, частота ранних послеоперационных осложнений составила 4,8 %. В их структуру вошли гнойно-воспалительные осложнения раневого процесса, геморрагические осложнения (в зоне резекции почки) и ранние послеоперационные свищи. Ранняя послеоперационная летальность составила 1,07 %.

В течение года наблюдения после резекции почки признаков метастазирования первичной опухоли или ее рецидивов не отмечено ни в одном случае. За указанный период наблюдения ни один больной по причине прогрессирования онкологического процесса не умер. В отдаленные сроки после резекции почки (более года наблюдения) нарушения функции оперированной почки отмечены лишь у 5/187 (2,67 %) больных, рецидив рака в зоне операции развился у 2/187 (1,07 %) больных через 1,5 и 2,5 года соответственно после резекции. Сделан вывод о безопасности и эффективности резекции почки при раке почки стадии T₁, выполненной по elective показаниям.

Ключевые слова: рак почки, резекция, послеоперационные осложнения, elective показания, рецидив.

EARLY AND LATE-ON COMPLICATIONS OF KIDNEY'S RESECTION ON ELECTIVE INDICATIONS IN RENAL TUMOR'S STAGE T₁

Ivanov A.P.¹, Tyuzikov I.A.², Chernyshev I.V.³

¹Yaroslavl State Medical Academy, Yaroslavl, Russia, e-mail: rector@yma.ac.ru

²Medical Centre of Diagnostics and Preventive Maintenance, Yaroslavl, Russia, e-mail: ymc2003@list.ru

³Institute of Urology of Ministry of public health services and social development of Russian Federation, Moscow, Russia, e-mail: nii-urologii@ya.ru

At the analysis of results of a kidney's resections executed on elective indications at 187 patients with a renal tumor of a stage T₁, the frequency of the early postoperative complications has made 4,8 %. Their structure included purulent and inflammatory complications of wound process, haemorrhagical complication (in a zone of a kidney resection) and early postoperative fistulas. Early postoperative morbidity has made 1,07 %. Within year of supervision after a kidney's resection of metastasis attributes of a primary tumour or its relapses is not marked in one case. For the specified period of supervision any patient owing to progression of oncological process has not died. In the remote terms after kidney's resection (more than year of supervision) the infringements of function of operating kidney are marked only at 5/187 (2,67 %) patients, the relapse of a renal tumor in a zone of operation was developed 2/187 (1,07 %) patients through 1,5 and 2,5 years accordingly after resection. The conclusion about safety and efficiency of a kidney's resection is made at a renal tumor in a stage T₁, executed on elective indications.

Key words: renal tumor, resection, postoperative complications, elective indications, recurrence.

Введение. Среди злокачественных новообразований мочеполовой системы рак почки по частоте занимает третье место после рака предстательной железы и мочевого пузыря, а по показателям смертности выходит на первое место [1,6].

Внедрение в клиническую практику современных высокоэффективных методов лучевой визуализации сделало возможным выявление почечно-клеточного рака на ранних стадиях, что способствует увеличению удельного веса так называемых «малых» (до 4 см в диаметре) и асимптоматических опухолей почки [1,2,3]. В настоящее время органосохраняющие операции при раке почки стадии T₁ выполняются не только по абсолютным или относительным, но и элективным показаниям (при здоровой противоположной почке) [2,3,4,5]. По современным литературным данным, этот вид операций при раке почки в стадии T₁ сегодня вполне сопоставим по эффективности и радикальности с «золотым стандартом» классического хирургического лечения рака почки – нефрэктомией [1,2,7,8,9,10]. Однако, в литературе имеются достаточно противоречивые данные о частоте и структуре ранних и поздних послеоперационных осложнений резекции почки при раке почки в стадии T₁ [5,9].

Цель исследования. Изучить частоту и структуру ранних и поздних осложнений резекции почки, выполненной по элективным показаниям, при раке почки стадии T₁ и оценить данный вид оперативных вмешательств с точки зрения безопасности и эффективности.

Материал и методы. Резекции почки при раке почки в стадии T₁ выполнены у 187 больных, из них – 105/187 (56,2 %) женщин и 82/187 (43,8 %) мужчин. Все больные дали информированное согласие на операцию и участие в исследовании. Возраст больных колебался от 32 до 79 лет (средний возраст 62,4±5,3 года). Подавляющее большинство оперированных больных (69,0 %) составили пациенты в возрасте 50-70 лет.

Всем больным перед операцией проведено комплексное урологическое обследование (УЗИ, КТ или мультиспиральная КТ (МСКТ), рентгенография грудной клетки, уровень онкомаркера опухолевая пируваткиназа 2 типа).

По результатам исследования у 90/187 (48,1 %) больных имелась опухоль левой почки, у 75/187 (40,1 %) больных – опухоль правой почки, в 22/187 (11,8 %) случаях – двусторонний рак почек. У 175/187 (93,6 %) больных отмечалась моноузловая форма рака почки, у 12/187 (6,4 %) больных имелось два опухолевых узла: при гистологическом исследовании после операции у 10 больных доказано наличие аденокарциномы почки в обоих раковых узлах, в 2 случаях узловой формы рака почки одна из опухолей была раковой, а вторая имела доброкачественную гистологию (ангиомиолипома).

Наиболее частыми локализациями опухоли почки явились ее нижний сегмент (36,3 % случаев), верхний сегмент (22,4 %) и верхне-передний сегмент (22,0 %). У 136/187 (72,7 %) больных выявлялся преимущественно экстраренальный тип роста опухоли, у 20/187

(10,7 %) больных – интратрениальный рост, у 31/187(16,6 %) больного опухоль имела смешанный характер роста.

Окончательный диагноз рака почки поставлен всем больным по результатам послеоперационного гистологического исследования удаленных опухолей (в 92,2 % случаев выявлен светлоклеточный вариант рака почки).

Критериями эффективности проведенного лечения считали отсутствие в раннем послеоперационном периоде осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств (ранние осложнения) и отсутствие рецидива рака почки в течение 12 месяцев наблюдения при условии сохранения адекватной функции оперированной почки (поздние осложнения). Диагностика осложнений и рецидивов рака проводилась на основании клинической картины, лабораторных методов (уровень онкомаркера опухолевая пируваткиназа TuM2-РК) и методов лучевой визуализации (УЗИ, фистулография, урография – по показаниям в соответствии с ситуацией). За дискриминационный уровень TuM2-РК принимали уровень до 17 ЕД\л.

Анализ данных исследования проводился на основании и набора статистических стандартных программ EXCELL, XP SP2 и Statistica for Window v.6.0. Статистически значимым для всех показателей считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Длительность периода наблюдений составила 12 месяцев. Среди ранних осложнений послеоперационного периода резекции почки следует назвать гнойно-воспалительные процессы в зоне послеоперационной раны (нагноение и заживление вторичным натяжением) (3/187(1,6 %) больных). Клиническая диагностика местных осложнений раневого процесса после операции на почке не представляла трудностей. Мы полагаем, что данная группа осложнений не связана с техническими особенностями или ошибками выполнения операции, а является отражением проблемы госпитальной инфекции в хирургии. Консервативное лечение местных раневых осложнений имело успех во всех наблюдениях.

Формирование мочевых наружных свищей имело место у 3/187(1,6 %) больных, а их развитие было связано с неадекватно выполненной герметизацией чашечно-лоханочной системы после резекции. Экстравазация мочи в рану, подтвержденная пробами с красителями и данными УЗИ и экскреторной урографии, потребовала внутреннего ретроградного дренирования ЧЛС почки (самоудерживающийся стент), и на фоне мощной антибактериальной терапии и вынужденного временного ограничения питьевого режима это привело к консервативному закрытию свищей во всех 3 случаях без ревизии почки в течение 1–1,5 месяцев.

У 3/187(1,6 %) пациентов вследствие неадекватного окончательного гемостаза в зоне резекции сформировалась послеоперационная паранефральная гематома (по клиническим данным и данным УЗИ), которая благополучно разрешилась на фоне мощного консервативного лечения в течение 14 дней. Несмотря на это, в раннем послеоперационном периоде кровотечений из оперированной почки, которые бы потребовали выполнения релюмботомии и ревизии почки, не наблюдалось ни в одном случае.

Таким образом, ранние осложнения после органосохраняющих операций на почке при раке в стадии T₁₋₂ наблюдались у 9/187(4,8 %) оперированных больных.

Ранняя послеоперационная летальность составила 1,07 %, умерло 2 пациентов из 187 оперированных. Одна пациентка погибла от желудочно-кишечного кровотечения на 4-е сутки послеоперационного периода, другой больной погиб от полиорганной недостаточности.

В течение года наблюдения за больными после резекции почки ни в одном случае мы не выявили признаков метастазирования первичной опухоли. Повышенные до операции у 56,6 % больных раком почки T₁ уровни TuM2-РК нормализовались у всех больных через 6 месяцев после операции (p<0,05).

Поздние осложнения органосохраняющей хирургии рака почки стадии T₁ мы наблюдали в нескольких клинических вариантах.

Во-первых, это местный рецидив опухоли в зоне энуклеорезекции почки, который развился у 2/187(1,07 %) оперированных больных через 1,5 и 2,5 года соответственно и потребовал выполнения нефрэктомии, поскольку анатомо-функциональное состояние контрлатеральной почки позволяло это сделать, а локализация рецидивного узла в среднем сегменте пораженной почки делало выполнение органосохраняющей операции технически невыполнимой.

У 2/187(1,07 %) больных в течение 4 и 8 лет соответственно после клиновидной резекции среднего сегмента почки развился ее нефросклероз с почти полной потерей функции, подтвержденной данными радиоизотопных методов исследования. Следовательно, общая частота поздних послеоперационных осложнений составила 2,14 %. Летальности в группе больных, перенесших резекцию почки, в течение 12 месяцев наблюдения не было.

Таким образом, в наших наблюдениях частота ранних послеоперационных осложнений резекции почки при раке почки в стадии T₁ составила 4,8 %, что вполне сопоставимо с имеющимися литературными данными последних лет [1,2,3,4,9,10]. При этом на долю гнойно-воспалительных осложнений приходилось 3,2 %, а на долю

геморрагических осложнений – 1,6 % случаев. Ранняя послеоперационная летальность оказалась достаточно низкой (1,07 %) и не ассоциировалась с последствиями операции или прогрессированием онкологического процесса в почке. Показатель специфической выживаемости в течение года был равен 100 %.

В течение года после операции ни один пациент не умер ни по причине декомпенсации сопутствующей соматической патологии, ни по причине прогрессирования, метастазирования или рецидивирования рака в резецированной почке. Общая частота поздних послеоперационных осложнений органосохраняющих операций составила 2,14 %. При этом у 1,07 % больных развился местный рецидив опухоли, потребовавший выполнения нефрэктомии. Поскольку оба рецидива рака почки развились после энуклеорезекции опухоли, мы считаем, что при этом методе оперативного лечения риск развития местного рецидива выше, чем при других видах резекции почки, и он может применяться только в крайних случаях.

Заключение. Можно с определенной долей объективности говорить о достаточно высокой послеоперационной безопасности органосохраняющих операций при раке почки в стадии T₁. Широкому внедрению их в клиническую практику должно сопутствовать активное выявление рака почки на ранних стадиях, а снижение частоты послеоперационных осложнений резекции почки связано с совершенствованием методов временного и окончательного гемостаза, оперативной техники, адекватной ранней диагностикой послеоперационных осложнений и тщательным мониторингом рецидивов рака в оперированной почке в отдаленном периоде.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Крапивин А.А., Султанова Е.А. Опухоль почки. М.: Гозтар-Медиа. - 2002. – 320 с.
2. Атдуев В.А., Овчинников В.А. Хирургия опухолей паренхимы почки. – М.: Медицинская книга, 2004. – 221 с.
3. Каприн А.Д., Ананьев А.П., Исайчев А.К. Органосохраняющие операции в комплексном лечении рака почки. Онкологическая урология: Материалы конференции. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – С. 115.
4. Матвеев В.Б., Волкова М.И. Органосохраняющее лечение при раке почки. Тезисы 1 конгресса Росс. Общ-ва онкоурологов. – М., 2006. – С.148-49.

5. Суконко О.Г., Ролевич А.И., Красный С.А. и др. Отдаленные результаты органосохраняющего лечения при почечно-клеточном раке. Сб. тезисов 1 Конгресса Всеросс. Общ-ва онкоурологов. – М. - 2006. – С. 159-60.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). – М.: Антиф, 2005. – 45 с.
7. *Delakas D. et al. Nephron-sparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: a European three-center experience // Urology. – 2002. V. 60. – P.998-1002.*
8. *Joniau S., Van Poppel H. Nephron-sparing surgery: experience in 159 consecutive cases. // European Urology Supplements. – 2006. – V. 5(I. 2). – P. 182.*
9. *Pasticier G. et al. Nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma: detailed analysis of complications over a 15-year period. // European Urology. – 2006, March: 1.3.(V. 49). – P. 485-90.*
10. *Van Poppel H., Rigatti P. et al. Results of randomized trial comparing radical and partial nephrectomy for small kidney neoplasms EORTC protocol 30904. // EAU, Vienna. 2004, CD 1.Abstr. 280.*

Рецензенты:

Стрельников А.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии Ивановского государственной медицинской академии, г. Иваново.

Яненко Э.К., д.м.н., главный научный сотрудник ФГУ «НИИ урологии» МЗиСР РФ, г. Москва.

Работа получена 11.08.2011.