

УДК 616.61-006.6-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

Шаназаров Н.А., Яйцев С.В., Ховари Л.Ф.

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

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 195 больных раком почки: 63 больных после простой нефрэктомии, 66 больных после нефрэктомии с селективной лимфодиссекцией и 66 больных после нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией. Показано, что выполнение нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией при почечно-клеточном раке достоверно улучшает отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: рак почки, лимфодиссекция.

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH KIDNEY CANCER

Shanazarov N.A, Jajtsev S.V, Hovari L.F.

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

Comparative analysis of remote results of surgical treatment of kidney cancer 195 patients: 63 patients after simple nefrektomy, 66 patients after nefrektomy with selective limfodissektion and 66 patients after nefrektomy with advanced limfodissektion. Shows that the implementation of the nefrektomy with advanced limfodissektion with renal-cell cancer reliably improves remote results of treatment.

Keywords: kidney cancer, limfodissektion

Введение. Основным методом лечения РП в настоящее время является оперативное вмешательство, объем которого остается предметом непрекращающейся дискуссии [2]. Повышение радикализма оперативного вмешательства при раке почки, по

мнению многих авторов, связано с лимфодиссекцией, однако в настоящее время в литературе нет единого мнения относительно объема лимфодиссекции и подходов к ее выполнению [1; 3; 6]. Еще в 1969 г. С.S. Robson и соавт. [8] опубликовали сравнительно хорошие результаты хирургического лечения ПКР, заключавшегося в проведении радикальной нефрэктомии с лимфодиссекцией. Тогда 5-летняя выживаемость составила для I стадии – 66%, для II – 64%, для III – 42%, для IV – 11%. При местной распространенности опухоли 5-летняя выживаемость после проведенного радикального хирургического лечения, по данным различных авторов, не превышает 10–15% [4]. Р. Peters и G. Brown [7] установили, что при III стадии рака почки 5-летняя выживаемость в случае выполнения и невыполнения лимфаденэктомии составляет соответственно 44% и 26%. При выполнении лимфаденэктомии у 7,5 (22,5%) пациентов отмечалось наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы, хотя до операции они диагностированы не были [7]. А. Herrlinger и соавт. добились 5-летней выживаемости у 66% больных I–III стадиями заболевания после лимфодиссекции, а среди пациентов, не подвергавшихся лимфаденэктомии, этот показатель не превышал 58% [5]. Однако влияние расширенной лимфаденэктомии на отдаленную выживаемость больных раком почки до сих пор не определено, это и обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования. Оценить влияние объема лимфодиссекции на отдаленные результаты хирургического лечения больных почечно-клеточным раком.

Материал и методы исследования. Из 198 прооперированных больных ПР отдаленные результаты прослежены у 195 человек: 63 больных – в I группе (после простой нефрэктомии) и по 66 больных во II (после нефрэктомии с селективной лимфодиссекцией) и III (после нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией) группах.

Результаты исследования и их обсуждение. Общепризнанными критериями оценки эффективности хирургического лечения являются выживаемость больных, а также время и частота появления метастазов и рецидивов опухоли в послеоперационном периоде.

Выживаемость больных РП с I стадией практически не отличалась и составила соответственно по 100% в I и II группах и 85,7% – в III группе при анализе данных 1-, 2- и 3-летней выживаемости. Но уже начиная со II стадии процесса лучшие результаты определялись в III группе больных РП – с расширенной лимфодиссекцией: при II стадии – 93,8% и по 87,5% соответственно для 1-, 2- и 3-летней выживаемости, тогда как в I группе эти показатели были соответственно 76,9%; 53,8%; 47,9%, а во II группе – занимали срединную позицию и составили 85,7%; 79,1% и 72,5% соответственно для 1-, 2- и 3-

летней выживаемости. При III стадии при сохранении лучших показателей в III группе (90,3%; 84,1% и 77,9% соответственно для 1-, 2- и 3-летней выживаемости), несколько лучшие результаты получены в I группе по сравнению со II группой для 1- и 3-летней выживаемости, соответственно 84,4% и 79,4%; 53,1% и 52,1%, при сохранении вышеуказанной тенденции для 2-летней выживаемости – соответственно 64,9% и 65,7% ($p > 0,05$). При IV стадии наибольшие показатели 1-годовой выживаемости получены во II и III группах (по 66,7%) по сравнению с I группой (50,0%); 2-летняя выживаемость в I группе составила 0%, во II группе – 33,4% и в III группе – 40,0%; 3-летняя выживаемость составила по 0% в I и II группах и 30,0% в III группе. Необходимо отметить, что наилучшие результаты 1-, 2- и 3-летней выживаемости при всех стадиях процесса определены в III группе больных РП – с выполненной расширенной лимфодиссекцией.

На следующем этапе наших исследований мы определили 1-, 2- и 3-летнюю общую выживаемость больных РП в каждой группе без учета стадии заболевания. При этом была определена четкая тенденция повышения выживаемости больных РП с расширением объема хирургического вмешательства. Так, наилучшие результаты и 1-, 2-, и 3-летней выживаемости наблюдаются в III группе больных с расширенной лимфодиссекцией, составляя соответственно 90,0%; 83,6% и 78,8%. Самые низкие показатели выживаемости в сравниваемых группах были в I группе больных с простой нефрэктомией (81,1%; 59,9% и 49,9% соответственно), а показатели II группы занимали срединную позицию по 1- и 2-летней выживаемости и совпадали с показателем I группы по 3-летней выживаемости.

Медиана общей 1-летней выживаемости оказалась равной 9,36 мес., в I группе – 9,50 мес., во II группе – 9,25 мес. и в III группе – 9,33 мес. ($p = 0,411$). Медиана общей 2-летней выживаемости оказалась равной 13,87 мес., в I группе – 13,30 мес., во II группе – 13,80 мес. и в III группе – 14,50 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,055$). Медиана общей 3-летней выживаемости составила 29,67 мес., в I группе – 27,16 мес., во II группе – 29,62 мес. и в III группе – 32,23 мес. Различия между изучаемыми группами были достоверны – $p = 0,014$. Таким образом, применение нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией позволяет достоверно улучшить 3-летнюю выживаемость больных раком почки.

Для более объективной оценки полученных данных мы проследили отдаленные результаты хирургического лечения больных РП в зависимости от наличия метастазов в N2-лимфоузлах в каждой из групп. При этом была определена четкая тенденция повышения выживаемости больных РП с метастазами в N2-лимфоузлы с расширением объема хирургического вмешательства. Так, наилучшие результаты и 1-, и 2-, и 3-летней выживаемости наблюдаются в III группе больных с расширенной лимфодиссекцией,

составляя соответственно 80,0%; 70,0% и 59,9%. Самые низкие показатели выживаемости в сравниваемых группах были в I группе больных с простой нефрэктомией (60,0%; 45,0% и 0% соответственно), а показатели II группы занимали срединную позицию и составили соответственно 73,3%; 62,0% и 50,7% для 1-, и 2-, и 3-летней выживаемости.

Необходимо отметить, что средние показатели медиан 1-, 2- и 3-летней выживаемости больных с метастазами были ниже, чем в среднем по группам. Медиана общей 1-летней выживаемости оказалась равной 9,06 мес., в I группе – 7,59 мес., во II группе – 9,59 мес. и в III группе – 10,0 мес. Несмотря на значительную разницу показателей, различия были недостоверны ($p = 0,218$). Медиана общей 2-летней выживаемости оказалась равной 13,03 мес., в I группе – 12,25 мес., во II группе – 13,33 мес. и в III группе – 13,50 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,342$). Медиана общей 3-летней выживаемости составила 25,40 мес., в I группе – 22,0 мес., во II группе – 25,38 мес. и в III группе – 28,82 мес. Различия между изучаемыми группами также были не достоверны – $p = 0,304$. Таким образом, при общей тенденции улучшения 3-летней выживаемости больных раком почки при нефрэктомии с лимфодиссекцией (селективной или расширенной) достоверных различий между группами мы не получено. Мы можем объяснить это как небольшим количеством обследованных больных с метастазами – всего 37 человек, так и значительной разницей в количестве человек в каждой из обследованных групп: в I группе – 7, во II группе – 19 и в III группе – 11 больных.

Еще одним критерием эффективности проведенного лечения является срок появления метастазов. Так, из 4 больных ПКР I группы с I клинической стадией (T1N0M0), метастазы в послеоперационном периоде не наблюдалось ни у одного больного. Из 16 больных со II стадией метастазы в последующем были обнаружены у 4 (25,0%). Из них, у 2 (12,5%) больных отдаленные метастазы были выявлены на первом году наблюдения, у 1 (6,3%) – на 2 году и 1 (6,3%) – на 3 году наблюдения. Из 37 больных с III стадией отдаленные метастазы в последующем были обнаружены у 15 (40,5%) больных. Из них, у 11 (29,7%) больных отдаленные метастазы были выявлены уже на первом году наблюдения, у 4 (10,8%) – на втором. Из 6 больных с IV стадией метастазы были установлены у 2 (33,3%): по 1 (16,7%) на первом и третьем году наблюдения. В общей сложности из 63 больных I группы у 21 (33,3%) больного в послеоперационном периоде было выявлено прогрессирование заболевания в виде метастазирования в другие органы.

Из 5 больных РП II группы, имевших I клиническую стадию, метастазы в послеоперационном периоде не наблюдались ни у одного больного. Из 16 больных со II

стадией метастазы были обнаружены у 3 (18,8%): по 1 (6,3%) случаю на первом, втором и третьем годах наблюдения. Из 41 больного с III стадией метастазы в последующем были обнаружены у 12 (29,3%) больных. Из них: у 7 (17,1%) больных – на первом году, у 2 (4,9%) – на втором году и у 3 (7,3%) – на третьем. Из 4 больных с IV стадией у 2 (50,0%) имело место метастазирование в отдаленные органы на втором году наблюдения. В общей сложности из 66 больных II группы у 17 (25,8%) в послеоперационном периоде выявлены отдаленные метастазы.

Из 8 больных раком почки III группы с первой клинической стадией метастазы в послеоперационном периоде не наблюдались ни у одного больного РП. Из 17 больных со II стадией метастазы были обнаружены у 1 (5,9%) больного на втором году наблюдения. Из 34 больных с третьей стадией метастазы были обнаружены у 6 (17,6%): на первом и втором году наблюдения – по 3 (8,8%) больных. Из 7 больных с IV стадией метастазы были установлены у 2 (28,6%) больных: по 1 (14,3%) больному на первом и втором году наблюдения. Всего из 66 больных III группы у 9 (13,6%) в послеоперационном периоде были выявлены метастазы.

Таким образом, определяется четкая тенденция – снижение количества метастазов при увеличении объема хирургического лечения как отдельно по каждому году наблюдения, так и в целом за три года. Наименьшее количество метастазов в послеоперационном периоде определено в III группе с расширенной лимфодиссекцией – 13,6%; 25,8% – во II группе, а наибольшее количество метастазов было в I группе – 33,3%.

Одним из важных критериев оценки эффективности проведенного лечения является время и частота появления рецидива. В связи с этим мы провели сравнительный анализ сроков появления рецидивов в каждой из обследованных групп больных РП. Анализ данных показал достоверное ($p < 0,05$) улучшение результатов лечения при увеличении объема произведенной лимфодиссекции. Так, в I группе, где лимфодиссекция не производилась, рецидив заболевания был установлен у 5 больных, что составило 7,9%. В этой группе рецидивы появлялись уже на первом году наблюдения – у 3 (4,8%) больных. На втором и третьем годах наблюдения рецидивы выявлены по 1 (1,6%) случаю. Характерной особенностью рецидивирования рака почки в I группе является увеличение количества больных с рецидивом в течение первого года, а затем уменьшение (на 3,2%) и сохранение их количества (по 1,6%) в течение последующих двух лет.

Во II группе, в которой нефрэктомия сопровождалась селективной лимфодиссекцией, рецидив заболевания был выявлен у 3 (4,5%) из 66 больных. В течение первого года после операции рецидив был выявлен у 2 (3,0%) больных и у 1 (1,5%) больного – в течение второго года наблюдения.

По сравнению с вышеуказанными группами у больных III группы, которым нефрэктомия производилась с расширенной лимфодиссекцией, были получены наилучшие результаты. В этой группе из 66 больных рецидив заболевания был выявлен всего у 1 (1,5%) больного и появление рецидива было установлено в течение первого года наблюдения. Необходимо отметить, что у этого больного была T4-стадия процесса, который выходил за фасцию Герота, и опухоль прорастала в соседние органы.

Заключение. Таким образом, выполнение нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией при почечно-клеточном раке достоверно улучшает отдаленные результаты лечения. Вместе с тем при сравнительном анализе данных выживаемости и метастазирования можно констатировать, что при I клинической стадии нет оснований для выполнения расширенной лимфодиссекции, так как это не приводит к увеличению выживаемости и метастазированию. Поэтому для более точного стадирования процесса целесообразно выполнять селективную лимфодиссекцию с удалением лимфоколлекторов первого порядка.

Список литературы

1. Алексеев Б.Я. Факторы прогноза лимфогенного метастазирования у больных раком почки / Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, А.С. Калпинский // Материалы I конгресса Российского общества онкоурологов. – 2006. – С. 125–126.
2. Аляев Ю.Г. Локализованный и местно-распространенный рак почки: нефрэктомия или резекция? / Ю.Г. Аляев, А.А. Крапивин // Онкоурология. – 2005. – № 1. – С. 10–15.
3. Матвеев В.Б. Клиника, диагностика и стадирование рака почки // Клиническая онкоурология / под ред. Б.П. Матвеева. – М. : Вердана, 2003. – С. 39–45.
4. Тилляшайхов М.Н. Роль лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака / М.Н. Тилляшайхов, Н.М. Рахимов // Онкоурология. – 2009. – № 3. – С. 13–15.
5. Herrlinger A. What are the benefits of extended dissection of the regional renal lymph nodes in the therapy of renal cell carcinoma / A. Herrlinger, K.M. Schrott, G. Schott et al. // J. Urol. – 1991. – Vol. 146. – № 5. – P. 1224–1227.
6. Mickisch G.H. Principles of nephrectomy for malignant disease // BJU Int., 2004. – Vol. 89(5). – P. 488–495.
7. Peters P.C. The role of lymphadenectomy in the management of renal cell carcinoma / P.C. Peters, G.L. Braun // Urol. Clin. North. Amer. – 1980. – Vol. 7. – P. 705–709.

8. Robson C.S. The results of radical nephrectomie for renal cell carcinoma / C.S. Robson, B.M. Churchill, W. Anderson // J. Urol. – 1969. – P. 101–297.

Рецензенты:

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

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

Работа получена 03.10.2011