

М.А. Франк, А.Е. Санжаров, Ш.Ш. Шамуратов,
А.Г. Усс, К.И. Капустин, С.В. Панышин, Д.А. Сорочкин
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ
МАУЗ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

В 2008 году в России было диагностировано более 17 500 впервые выявленных случаев почечно-клеточной карциномы. В нашей статье представлены данные о выполнении лапароскопических операций при лечении опухолей почки. Выполнено 48 лапароскопических операций по поводу локализованного ПКР (светлоклеточный тип): 35 радикальных нефрэктомий (в 9 случаях почка удалена вместе с надпочечником), 13 резекций почки. Все операции выполнены чрезбрюшинным доступом. Характеристика пациентов (n=48): мужчины – 21, женщины – 27. Средний возраст пациентов составил 57 лет (минимальный – 30 лет, максимальный – 81 год). Сторона поражения опухолевым процессом: левая почка – 29 случаев (60%), правая – 19 (40%). Зарегистрировано два интраоперационных осложнения, 1 раннее послеоперационное осложнение и 1 случай смерти, не связанный с оперативным пособием. Пациенты были активизированы на 2-е сутки после операции. Наркотические анальгетики применялись только в первые сутки после операции. Срок пребывания пациента в стационаре после операции составил от 5 до 9 суток. Лапароскопические операции при локализованном раке почки в объёме резекции органа или радикальной нефрэктомии являются малоинвазивными и эффективными методами лечения ПКР.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, лапароскопическая радикальная нефрэктомия, лапароскопическая резекция почки.

М.А. Frank, A.E. Sanzharov, Sh.Sh. Shamuratov,
A.G. Uss, K.I. Kapustin, S.V. Panshin, D.A. Sorochkin
LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN TREATMENT OF RENAL CANCER

In 2008 more than 17,500 new cases of RCC were diagnosed in the Russian Federation. There are 48 cases of renal cells cancer observed in our article. Patients underwent laparoscopic surgery: 35 - nephrectomy (in 9 cases the kidney was removed together with the adrenal gland), and 13 were performed partial nephrectomy. The operations were performed by abdominal approach. Patients' characteristics: 21 men and 27 women were treated with the laparoscopic surgery; the age of the patients ranged from 30 to 81 (the average age was 57, the youngest - 21, the oldest - 81). The right kidney was damaged by the tumor process in 19 cases, and the left kidney - in 29 cases. There were two intraoperative complications, 1 earlier postoperative complication and a death that wasn't associated with the surgery. Activation of the patients took place on the second day. Narcotic analgesics were used on the first day only. Patient remained in the hospital for 5 to 9 days. Laparoscopic surgeries are an effective way of treatment of renal cell cancer.

Key words: renal cell carcinoma, laparoscopic nephrectomy, laparoscopic partial nephrectomy

Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 2-3 % всех эпителиальных опухолей с наиболее высоким уровнем заболеваемости в западных странах [1].

В России по темпам прироста ПКР занимает 1-е место (41,35 %) в общей популяции населения, 2-е место (42,94 %) после рака предстательной железы у мужчин. В 2008 году в нашей стране диагностированы 17 653 больных ПКР, при этом показатель смертности от этого заболевания достиг 8370 [2].

Увеличение выживаемости больных с раком почки прежде всего связано с совершенствованием и доступностью методов ультразвуковой и лучевой диагностик, выявлением образований на более ранних стадиях и своевременным обращением за медицинской помощью.

На сегодняшний день хирургическое вмешательство – это единственный радикальный метод лечения локализованного рака почки. При локализованном ПКР органосохраняющее лечение (резекция почки) приводит к тем же онкологическим результатам, что и выполнение радикального оперативного вмешательства [3-7]. Однако не у всех пациентов с категорией T1-2 показано выполнение орга-

носохраняющих вмешательств. Причинами этого может служить невозможность выполнения резекции из-за неблагоприятного расположения опухоли; местное распространение опухолевого процесса; выраженная сопутствующая патология пациента. «Золотым стандартом» радикального лечения в таких случаях остаётся выполнение радикальной нефрэктомии.

С момента своего внедрения лапароскопические радикальные операции в лечении ПКР стали общепризнанными во всем мире. Вне зависимости от объема оперативного пособия (резекция почки или органосохраняющая операция), выбранного доступа (чрез- или внебрюшинный) лапароскопическое вмешательство должно соответствовать онкологическим принципам выполнения открытой операции [8-15].

Материал и методы. В урологическом отделении МАУ «ГКБ № 40» г. Екатеринбург выполнено 48 лапароскопических операций по поводу локализованного ПКР (светлоклеточный тип): 35 радикальных нефрэктомий, 13 резекций почки. В 9 случаях в связи с локализацией опухолевого узла в верхнеполюсном сегменте и его размером объём

вмешательства расширен до радикальной нефрэктомии. Все операции выполнены чрезбрюшинным доступом. Макропрепарат интраабдоминально помещался в контейнер, после осуществления основных этапов операции извлекался из брюшной полости через мини-лапаротомный доступ длиной, позволяющей извлечь препарат единым блоком. С косметической целью у женщин молодого возраста мини-лапаротомия выполнялась над лоном поперечным доступом. У 15 пациентов выполнены гибридные операции с применением порта для мануальной ассистенции. В 3 случаях, учитывая размеры, локализацию и тип роста опухоли, лапароскопическая резекция выполнена без ишемии органа.

Характеристика пациентов (n=48): мужчины – 21, женщины – 27. Средний возраст – 57 лет (минимальный – 30 лет, максимальный – 81 год). Сторона поражения опухолевым процессом: левая почка – 29 случаев (60%), правая – 19 (40%). Для предоперационного стадирования заболевания, учитывая данные комплексного обследования, использовалась классификация злокачественных опухолей TNM (7-е издание, декабрь 2009 года).

Все пациенты обследованы в объеме стандартных клинико-лабораторных исследований, включая оценку функции свертывающей системы крови. При наличии сопутствующей патологии, анамнестических данных и клинических проявлений выполнены исследование функции внешнего дыхания, фиброгастроуденоскопия. Всем больным выполнено ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря как метод скрининговой диагностики. В обязательном порядке в алгоритм обследования включены рентгенологическое исследование органов грудной клетки, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием по стандартному протоколу – нативное исследование, артериальная, венозная (паренхиматозная) и экскреторная фазы, мультипланарная реконструкция с ангиоархитектоникой органа. Магниторезонансная томография выполнялась по показаниям (индивидуальная непереносимость йодсодержащего контрастного вещества, исключение опухолевого поражения почечной и нижней полой вены).

Результаты и обсуждение. По категории Т до и после патоморфологического исследования больные распределились следующим образом (см. таблицу). Категория N – после операции в 3 случаях N1, в 2 случаях –

N2. Категория M – все случаи окончательного диагноза – M0.

Таблица

Распределение больных раком почки по T-стадии

Категория T	Количество больных (категория cT)	Количество больных (категория pT)
T 1a	20	20
T 1b	14	12
T 2a	5	7
T 2b	3	2
T 3a	6	7

У 2 соматически сохранных пациентов была выполнена паллиативная лапароскопическая нефрэктомия, показаниями к которой стали: не купируемая консервативными методами макрогематурия и постгеморрагическая анемия, болевой синдром, субфебрильная лихорадка, информированность и согласие больного на нерадикальную операцию.

Было зарегистрировано два интраоперационных осложнения: кровотечение из добавочной нижнеполюсной артерии и повреждение почечной вены в устье НПВ. В первом случае кровотечение было ликвидировано интракорпорально лапароскопически. Во втором выполнены конверсия и ушивание дефекта НПВ. Ранее послеоперационное осложнение было зафиксировано в одном случае: на 3-и сутки после резекции правой почки диагностирована гематома без гемодинамических нарушений. Консервативное ведение, выздоровление больного. В 1 случае вследствие неадекватного анестезиологического пособия наступили нарушение гемодинамики во время операции, критическая ишемия головного мозга, кома и как следствие смерть пациента в послеоперационном периоде от синдрома полиорганной недостаточности, септических осложнений.

Средняя кровопотеря во время лапароскопической радикальной нефрэктомии составила 240 (100 – 1200) мл, нефрэктомия с ручным ассистированием – 120 (80-350) мл, лапароскопическая резекция почки – 80 (50-250) мл. Среднее время радикальной лапароскопической нефрэктомии – 250 минут, нефрэктомии с ручным ассистированием – 150 минут, резекция почки – 180 минут. Среднее время тепловой ишемии органа 23 (15 – 35) минуты.

Первые сутки после операции все больные наблюдались в отделении реанимации и интенсивной терапии с последующим переводом в профильное отделение. Все пациенты были активизированы на 2-е сутки после операции. Наркотические анальгетики применялись только в первые сутки после операции, в последующие дни с целью обезболивания применялись НПВП. Срок пребывания паци-

ента в стационаре после операции составил от 5 до 9 суток. Средний послеоперационный койко-день – 6,2 дня.

Выводы. Лапароскопические операции при локализованном раке почки в объеме резекции органа или радикальной нефрэктомии являются малоинвазивными и эффективным методом лечения ПКР. Радикализм оператив-

ного пособия, короткий период пребывания в стационаре и время реабилитации пациента, уменьшение и/или полный отказ от применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, косметический эффект – все это позволяет судить о несомненных преимуществах лапароскопической хирургии в лечении почечно-клеточного рака.

Сведения об авторах статьи:

Франк Михаил Александрович – д.м.н., заведующий урологическим отделением МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Санжаров Андрей Евгеньевич – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Шамуратов Шарустам Шаниязович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Усс Алексей Григорьевич – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Капустин Кирилл Игоревич – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Паньшин Сергей Викторович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Сорочкин Дмитрий Александрович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2008 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 54 с.
2. Novick, A.C. Renal tumors / A.C. Novick, R.M. Bukowski, S.C. Campbell // Campbell-Walsh Urology. – 2007. – P.1565-638.
3. Raz, O. Positive surgical margins with renal cell carcinoma have a limited influence on long-term oncological outcomes of nephron sparing surgery/ O. Raz, S. Mendlovic, Y. Shilo // Urology. – 2009. – Vol. 4.
4. Marszalek, M. Laparoscopic and open partial nephrectomy: a matched-pair comparison of 200 patients / M. Marszalek [et al.] // Eur Urol. – 2009. – Vol. 55, № 5. – P. 1171–8.
5. Peycelon, M. Long-term outcomes after nephron sparing surgery for renal cell carcinoma larger than 4 cm / M. Peycelon [et al.] // J Urol. – 2009. – Vol. 181, № 1. – P. 35–41.
6. Gill, I.S. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors/ I.S. Gill [et al.] // J Urol. – 2007. – Vol. 178, № 1. – P. – 41–6.
7. Delakas, D. Nephron-sparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: a European three-center experience. / D. Delakas [et al.] // Urology. – 2002. – Vol. 60, № 6. – P. – 998–1002.
8. Tsui, K.H. Prognostic indicators for renal cell carcinoma: a multivariate analysis of 643 patients using the revised 1997 TNM staging criteria / K.H. Tsui [et al.] // J Urol. – 2000. – Vol. 163, № 4. – P. – 1090–5.
9. Javidan, J. Prognostic significance of the 1997 TNM classification of renal cell carcinoma / J. Javidan [et al.] // J Urol. – 1999. – Vol. 162, № 4. – P. – 1277–81.
10. Cadeddu, J.A. Laparoscopic nephrectomy for renal cell cancer: evaluation of efficacy and safety: a multicenter experience / J.A. Cadeddu [et al.] // Urology. – 1998. – Vol. 52, № 5. – P. – 773–7.
11. Luo, J.H. Analysis of long-term survival in patients with localized renal cell carcinoma: laparoscopic versus open radical nephrectomy / J.H. Luo [et al.] // World J Urol. – 2009. – Vol. 15. – P. – 73–75.
12. Hemal, A. K. Laparoscopic versus open radical nephrectomy for large renal tumors: a long-term prospective comparison / A.K. Hemal [et al.] // J Urol. – 2007. – Vol. 177, № 3. – P. – 862–6.
13. Portis, A.J. Long-term followup after laparoscopic radical nephrectomy / A.J. Portis [et al.] // J Urol. – 2002. – Vol. 167, № 3. – P. – 1257–62.
14. Gabr, A.H. Patient and pathologic correlates with perioperative and long-term outcomes of laparoscopic radical nephrectomy / A.H. Gabr [et al.] // Urology. – 2009. – Vol. 74, № 3. – P. – 635–40.
15. Berger, A. Laparoscopic radical nephrectomy for renal cell carcinoma: oncological outcomes at 10 years or more / A. Berger [et al.] // J Urol. – 2009. – Vol. 182, № 5. – P. – 2172–6.

УДК: 616.65-006.6-08

© Л.В. Шаплыгин, В.А. Соловов, Р.З. Хаметов, Д.В. Фесенко, Я.С. Матяш, 2013

Л.В. Шаплыгин, В.А. Соловов, Р.З. Хаметов, Д.В. Фесенко, Я.С. Матяш БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: 5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара

В ретроспективный анализ были включены результаты лечения 68 пациентов, которым была выполнена брахитерапия в 2007-2008 годах в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (СОКОД). 32 (47%) больных, у которых исходное значение ПСА было больше 12 нг/мл или объем простаты превышал 50 нг/мл, получили неoadьювантную гормональную терапию в течение 3 месяцев до процедуры брахитерапии. 36 (53%) пациентов не имели какого-либо лечения до брахитерапии. Из 68 больных безрецидивное течение за время наблюдения отмечено у 44 (64,8%). У 10 (15,2%) пациентов был определен биохимический рецидив. Клиническое прогрессирование РПЖ выявлено у 14 (20%) больных: у 7 (10%) местный рецидив, у 7 (10%) – генерализация РПЖ. Время до прогрессирования заболевания составляло 24,1± 7,2 мес. Наши наблюдения показали, что брахитерапия была в целом успешной у 64,8% пациентов. При этом эффективность