

Некоторые пути улучшения отдаленных результатов лечения рака почки

Ф.Ш. Ахметзянов, И.В. Шаймарданов, Р.М. Шаймарданова, Р.Ф. Ахметзянова

Курс онкологии Казанского государственного медицинского университета,
городской онкологический диспансер, Казань

SOME WAYS OF IMPROVING LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT FOR RENAL CANCER

F.Sh. Akhmetzyanov, I.V. Shaimardanov, R.M. Shaimardanova, R.F. Akhmetzyanova
Course of Oncology, Kazan State Medical University; Municipal Cancer Dispensary, Kazan

Objective: to estimate the incidence of local recurrences and distant metastases, and the long-term results of treatment for renal cancer (RC) in relation to the used treatment option and surgical access.

Subjects and methods. The results of treatment were analyzed in 392 patients with RC, by using the 1993-to-2000 materials of the municipal cancer dispensary and other Kazan therapeutic-and-prophylactic institutions.

Results. With a laparotomic access, there were no local recurrences in any patients whereas with a lumbar access, local recurrence rate was 25%, which is, in the authors' opinion, associated with the disintegration of Gerota's fascia and with the spread of cancer cells. With the application of lumbotomic and transabdominal accesses, the incidence of metachronous distant metastases was 38.9 and 15.1%, respectively. With the laparotomic access, 3- and 5-year survival was also 10–20% higher than that with the lumbotomic access. Postoperative radiotherapy and/or hormonotherapy does not affect the incidence of local recurrences and distant metastases at all stages of the disease.

Conclusion. Midline laparotomy with hardware access correction with Sigal-Kabanov retractors (SKR-10) should be considered to be the access of choice in treating RC.

Заболеваемость раком почки (РП) составляет 2–3% от всей злокачественной патологии [1–3] и имеет тенденцию к росту. Если в 1989 г. в Российской Федерации было вновь выявлено 6702 больных РП, то в 1996 г. — уже 11 413.

РП часто диагностируется в запущенной стадии. У большого числа больных в ближайшие сроки после операции диагностируются местные рецидивы и отдаленные метастазы. По данным Б.П. Матвеева [2], рецидив заболевания диагностируется при стадии T2N0M0 в 14,6% случаев, а при T3N0M0 — в 52,8% случаев.

Единая тактика лечения больных РП не разработана. Между специалистами нет согласия относительно оперативного доступа при нефрэктомии, целесообразности лимфаденэктомии и адъювантной лучевой и лекарственной терапии.

Материалы и методы

Мы проанализировали результаты лечения 392 больных РП по материалам городского онкологического диспансера и других лечебно-профилактических учреждений Казани в период с 1993 по 2000 г.

Нами проведены:

- изучение зависимости возникновения местных рецидивов от применяемого оперативного доступа;
- анализ результатов лечения больных РП в зависимости от метода лечения;

- изучение зависимости возникновения отдаленных метастазов РП от применяемого метода лечения и оперативного доступа;

- изучение отдаленных результатов лечения РП в зависимости от применяемого метода лечения и оперативного доступа.

Распределение больных по стадиям по классификации ВОЗ (1997) было следующим: I стадия — 2%, II — 25%, III — 61%, IV — 12%.

В урологических отделениях Казани применялся поясничный (299 больных, 76%), в городском онкологическом диспансере — лапаротомный (93 больных, 24%) доступ. Еще 103 больных с РП исключены из этой части исследования, так как они в момент установления диагноза имели отдаленные метастазы и характер лечения был паллиативным. В исследуемой группе мужчин было 218 (55,6%), средний возраст 58 лет; женщин — 174 (44,4%), средний возраст 60 лет. Чисто хирургическое лечение проведено 179 (45,6%) больным. 116 (29,6%) больных после нефрэктомии получали лучевую терапию на область ложа удаленной почки. В этой группе все больные оперированы транслюмбальным доступом. В 1990–2000 гг. 65 (16,6%) больным в послеоперационном периоде в программу лечения включена гормонотерапия (тамоксифен, провера, депо-провера). 32 (8,2%) больных получали лучевую и гормональную терапию.

Анализ нашего материала показывает, что вид хирургического доступа является важным элементом операции. От успешно созданного доступа зависят и успешность проводимого вмешательства, и отдаленные результаты лечения. Внедрение в практику ранорасширителей Сигала — Кабанова (РСК-10) улучшило доступ к органам забрюшинного пространства, в частности к воротам почки, и позволило выполнять нефрэктомии и адекватную лимфаденэктомию в воротах почек, по ходу брюшного отдела аорты и нижней полой вены от бифуркации аорты до диафрагмы, в необходимых случаях и по подвздошным сосудам с расширением срединной раны вниз.

Методика трансабдоминального доступа, применяющаяся в нашей клинике, схематически сводится к следующим этапам.

Больного укладывают на спину на небольшом валике, как при оперативном вмешательстве на органах брюшной полости. На наш взгляд, может применяться как интубационный наркоз, так и регионарная субарахноидальная и перидуральная анестезия.

Первый этап. Выполняют верхне-средне-срединную лапаротомию. Аппаратную коррекцию оперативного доступа проводят с помощью четырех ретракторов РСК-10. При этом две стойки располагают ближе к изголовью больного, две нижние — у гребешков подвздошных костей. С помощью верхних ретракторов удается отодвинуть реберные дуги практически до уровня купола диафрагмы, с помощью нижних создается доступ до входа в малый таз.

Осуществляют тщательную ревизию органов брюшной полости на предмет выявления диссеминации в брюшной полости, метастазов в печени и лимфатических узлах — оценивают возможность радикального хирургического вмешательства. После этого производят мобилизацию правой или левой половины толстой кишки в зависимости от стороны поражения почек, в медиальном направлении. Вследствие проведения манипуляций почка, мочеточники, ворота почки, брюшная часть аорты, подвздошные артерии, нижняя полая вена оказываются в пределах «окна» хирургического доступа. Создаются благоприятные условия для выполнения лимфаденэктомии по ходу брюшной аорты и нижней полой вены.

Второй этап. Производят мобилизацию мочеточника и гонадных сосудов в области развилки подвздошных сосудов с перевязкой и пересечением их. При опухолях, исходящих из почечной лоханки, или опухолях, прорастающих в почечную лоханку, удаление мочеточника до уровня стенки мочевого пузыря считаем необходимым, так как

есть вероятность возникновения имплантационных метастазов в слизистой мочеточника. Во всех случаях резекционную линию мочеточника изучают цитологически и гистологически. Далее выполняют мобилизацию жировой клетчатки с лимфатическими узлами по ходу аорты и нижней полой вены до удаляемого препарата, не нарушая их фасциальный футляр, с отведением их к удаленному препарату. Лимфаденэктомию выполняют от уровня бифуркации аорты и подвздошных сосудов до истоков почечных сосудов. При этом крупные кровеносные лимфатические сосуды перевязывают, мелкие подвергают коагуляции. Далее производят разрез по нижнему краю поджелудочной железы, последнюю отводят вверх, затем выполняют лимфаденэктомию в пределах поджелудочной железы вдоль аорты в направлении сосудов почек. Далее лимфаденэктомию проводят по ходу почечных сосудов на протяжении, необходимом для их лигирования. Таким образом лимфаденэктомия завершается. До начала перевязки этих сосудов они должны быть полностью свободны от окружающей клетчатки.

Третий этап. Выполняют последовательную раздельную перевязку и пересечение почечной вены и артерии у их истоков с прошиванием. Этот этап, как нам кажется, является наиболее важным элементом операции. До этого не рекомендуется проводить какие-либо манипуляции с пораженной опухолью почкой. По нашему мнению, такое бережное отношение к пораженному опухолью органу уменьшает вероятность гематогенного метастазирования во время оперативного вмешательства, что подтверждается, по данным наших исследований, уменьшением частоты возникновения отдаленных метастазов. (Естественно, что в некоторых случаях не удастся соблюдать этапность, особенно при огромных опухолях, закрывающих полностью место отхождения почечной артерии и впадения почечной вены, но это бывает нечасто.) Далее со всех сторон проводят мобилизацию удаляемого препарата с перевязкой встречающихся сосудов; при этом требуется очень бережное отношение, в зависимости от стороны поражения, к печени, поджелудочной железе, селезенке и надпочечникам. Для осуществления этой задачи по мере необходимости проводят тракцию раны в разных направлениях.

После окончания мобилизации и удаления препарата осуществляют тщательный гемостаз. Ложе почки рекомендуем дренировать двухпросветным активным дренажем через дополнительный разрез кожи в подвздошных областях. Дренажная трубка выполняет роль эвакуатора жидкости, которая может накопиться в почечном ложе,

Таблица 1. Частота местных рецидивов РП в зависимости от оперативного доступа и стадии болезни

Стадия процесса	Люмботомный доступ число больных	местные рецидивы (%)	Трансабдоминальный доступ число больных	местные рецидивы
T2N0M0	82	17 (20,7)	25	0
T3N0M0	188	47 (25)	50	0
T4N0M0	13	1 (7,6)	12	0
T3—4N1M0	13	8 (61,5)	6	0
T3—4N2M0	3	2 (66,6)	0	0
Всего	299	75 (25)	93	0

и является средством контроля гемостаза в раннем послеоперационном периоде. Рекомендуем также дренирование полости малого таза через прокол в подвздошной области с противоположной стороны. В ушивании дефекта брюшины в боковом канале живота нет необходимости. При левосторонней нефрэктомии на ложе удаленной почки укладывают свободную часть большого сальника. В случаях резекции кишечника после восстановления целостности кишечного тракта ушивают окно в брыжейке кишечника.

Результаты

Всего выявлено 75 (25%) случаев местных рецидивов (табл. 1). Все эти больные ранее перенесли радикальную нефрэктомию транслумбальным доступом. Местные рецидивы диагностированы у больных в разные сроки при проведении УЗИ, рентгеновской компьютерной томографии области ложа удаленной почки и в ряде случаев — при повторной операции.

Ни у одного из 93 больных с различными стадиями болезни, оперированных с использованием лапаротомного доступа, местных рецидивов не об-

наружено (см. табл. 1). При применении поясничного доступа местные рецидивы найдены у 75 (25%) из 299 оперированных больных, что, по нашему мнению, связано с нарушением целостности фасции Героты во время хирургической операции и распространением раковых клеток в зоне действий хирурга, что подтверждается во время повторных операций по поводу рецидива, когда обнаруживали не удаленную и пораженную опухолью околопочечную клетчатку или рецидив вдоль всей раны.

Отдаленные метастазы, диагностированные в разные сроки после нефрэктомий (табл. 2), выполненных люмботомным доступом, возникли у 119 (38,9%) из 299 больных, трансабдоминальным — у 14 (15,1%) из 93.

Таким образом, четко прослеживается разница в отдаленном метастазировании РП в зависимости от применяемого оперативного доступа. Это, по нашему мнению, связано с первичной перевязкой сосудов почки до ее мобилизации. Именно первичную перевязку сосудов почки мы считаем принципиальной. Это, по-видимому, способствует уменьшению гематогенного метастазирования вследствие отсутствия манипуляций на удаляемом препарате до перевязки сосудов.

В настоящее время для лечения больных РП применяют хирургические, лучевые, химиогормональные и иммунные методы лечения. Мы здесь рассматриваем результаты лечения отдельно для хирургического метода и комбинации хирургического лечения с адъювантной лучевой и гормонотерапией (тамоксифен, провера, депо-провера).

Зависимость возникновения местных рецидивов РП и сроков их возникновения от применяемого метода лечения и по стадиям болезни представлена в табл. 3.

Только хирургическое вмешательство проведено 179 (45,6%) больным. Местные рецидивы в стадии T1—2N0M0 выявлены у 9 (14,3%) из 63 больных, в стадии T3—4N0M0 — у 17 (14,6%) из 116.

У 116 (29,5%) больных хирургическое лечение дополнено лучевой терапией на ложе

Таблица 2. Частота отдаленного метастазирования РП в зависимости от оперативного доступа и стадии заболевания

Стадия процесса	Люмботомный доступ число больных	отдаленные метастазы (%)	Трансабдоминальный доступ число больных	отдаленные метастазы (%)
T2N0M0	82	21 (25,6)	25	2 (8)
T3N0M0	188	81 (43,1)	50	6 (12)
T4N0M0	13	4 (30,7)	12	4 (33,3)
T3—4N1M0	13	10 (76,9)	6	2 (33,3)
T3—4N2M0	3	3 (100)	0	0
Всего	299	119 (39,8)	93	14 (15,1)

Таблица 3. Местные рецидивы РП в зависимости от метода лечения по стадиям и по срокам возникновения

Метод лечения	Стадия процесса	Число больных	Сроки возникновения местных рецидивов			Всего рецидивов (%)
			до 1 года	от 1 года до 3 лет	3–5 лет	
Хирургический	T1–2N0M0	63	3	3	3	9 (14,3)
	T3–4N0M0	116	7	7	3	17 (14,6)
	T3–4N1M0	0	0	0	0	0
Хирургический + лучевая терапия	T1–2N0M0	23	3	1	0	4 (17,3)
	T3–4N0M0	80	4	9	4	17 (21,6)
	T3–4N1M0	13	4	3	1	8 (61,5)
Хирургический + гормонотерапия	T1–2N0M0	11	0	1	1	2 (18,2)
	T3–4N0M0	48	7	2	1	10 (20,8)
	T3–4N1M0	6	0	0	0	0
Хирургический + лучевая терапия + гормонотерапия	T1–2N0M0	10	1	1	0	2 (20)
	T3–4N0M0	19	2	2	0	4 (21,1)
	T3–4N2M0	3	2	0	0	2 (66,6)
Всего		392	33	29	13	75 (19,1)

удаленной почки. Местные рецидивы в стадии T1–2N0M0 возникли у 4 (17,3%) из 23 пациентов, оперированных люмботомным доступом, в стадии T3–4N0M0 — у 17 (21,6%) из 80. Из 13 оперированных больных, имевших на момент операции метастазы в регионарные лимфатические узлы в воротах почки, местные рецидивы возникли у 8 (61,5%). Больным, оперированным с использованием трансабдоминального доступа, адъювантная лучевая терапия на ложе удаленной почки не проводилась и у них местные рецидивы не выявлены.

65 больным с различными стадиями РП после радикальной нефрэктомии назначено лечение с применением оксипрогестерона капроната (17-ОПК), форлутала, проверки, депо-проверки. В этой группе больных при стадии процесса T1–2N0M0 местные рецидивы наблюдались у 2

(18,2%) из 11, а в стадии T3–4N0M0 — у 10 (20,8%) из 48. В эту группу вошли 6 больных, оперированных трансабдоминальным доступом и имевших на момент операции регионарные метастазы в лимфоузлах ворот почки. Этим больным проводилась лимфаденэктомия по вышеописанной методике, в течение пяти лет наблюдения местные рецидивы у них не диагностированы.

У 32 больных в план послеоперационного лечения включена лучевая и гормональная терапия. В этой группе больных в стадии T1–2N0M0 местные рецидивы диагностированы у 2 (20,0%) из 10, в стадии T3–4N0M0 — у 4 (21,1%) из 19.

Из трех больных, оперированных люмботомным доступом и имевших на момент операции метастазы в регионарные лимфоузлы, местные рецидивы выявлены у двух.

Таблица 4. Отдаленные метастазы РП в зависимости от проведенного лечения по стадиям и срокам возникновения

Метод лечения	Стадия процесса	Число больных	Сроки возникновения отдаленных метастазов			Всего больных с отдаленными метастазами (%)
			до 3 лет	от 3 до 5 лет	5 лет и более	
Хирургический	T1–2N0M0	63	10	4	0	14 (22,2)
	T3–4N0M0	116	28	6	4	38 (32,8)
	T3–4N1M0	0	0	0	0	0
Хирургический + лучевой	T1–2N0M0	23	4	1	0	5 (21,7)
	T3–4N0M0	80	25	4	0	29 (36,3)
	T3–4N1M0	13	10	0	0	10 (76,4)
Хирургический + гормонотерапия	T1–2N0M0	11	0	2	0	2 (18,2)
	T3–4N0M0	48	18	3	0	21 (43,7)
	T3–4N1M0	6	2	0	0	2 (33,3)
Хирургический + лучевой + гормонотерапия	T1–2N0M0	10	1	1	0	2 (20)
	T3–4N0M0	19	5	2	0	7 (36,8)
	T3–4N2M0	3	3	0	0	3 (100)
Всего		392	106	23	4	133 (33,9)

Таблица 5. 3- и 5-летняя выживаемость (в %) больных РП по стадиям в зависимости от оперативного доступа

Стадия процесса	3-летняя выживаемость		5-летняя выживаемость	
	лапаротомный	люмботомный	лапаротомный	люмботомный
T2N0M0	91,6	80,4	87,5	66,6
T3N0M0	83,4	62,2	81,8	58,0
T4N0M0	75	61,5	62,5	42,8
T3N1M0	50	0	50	0
T4N1M0	50	0	50	0

Отдаленные метастазы РП диагностированы в разные сроки наблюдения после проведенного радикального лечения во всех сравниваемых группах больных. Отдаленные метастазы РП возникали во всех стадиях заболевания и во всех четырех сравниваемых группах (табл. 4). После радикальной нефрэктомии в стадии T1—2N0M0 они диагностированы у 14 (22,2%) из 63 больных, в стадии T3—4N0M0 — у 38 (32,8%) из 116.

У 116 больных хирургическое лечение дополнено адъювантной лучевой терапией на ложе удаленной почки. В стадии T1—2N0M0 отдаленные метастазы диагностированы у 5 (21,7%) из 23 больных, в стадии T3—4N0M0 — у 29 (36,3%) из 80. Из 13 больных, оперированных в стадии T3—4N0M0, за первые 3 года наблюдения отдаленные метастазы диагностированы у 10 (76,9%).

В группе больных, которым проводилась послеоперационная гормонотерапия (65 человек), в стадии T1—2N0M0 отдаленные метастазы выявлены у 2 (18,2%) из 11, а в стадии T3—4N0M0 — у 21 (36,3%) из 48. У двух из шести оперированных в стадии T3—4N0M0 также диагностированы отдаленные метастазы. В группе больных, получавших в послеоперационном периоде адъювантную лучевую и гормонотерапию, в стадии T1—2N0M0 отдаленные метастазы возникли у 2 (20,0%) из 10,

а в стадии T3—4N0M0 — у 7 (36,8%) из 19.

У всех трех больных, имевших на момент операции регионарные метастазы, оцениваемые индексом N2, в первые 3 года наблюдения возникли отдаленные метастазы, что явилось причиной смерти этих пациентов.

Для демонстрации отдаленных результатов лечения РП считаем уместным привести показатели 3- и 5-летней выжи-

ваемости больных (табл. 5) в зависимости от применяемого оперативного доступа и по стадиям. Здесь также прослеживается улучшение 3- и 5-летней выживаемости в соответствующих стадиях заболевания (на 10—20%) при лапаротомном доступе.

Таким образом, оптимальным доступом для радикальной нефрэктомии при РП следует считать срединную лапаротомию с аппаратной коррекцией доступа ранорасширителями РСК-10. Этот доступ является наименее травматичным для здоровых тканей и самой опухоли, создает хорошие условия для анатомичной препаровки и перевязки почечных сосудов и адекватного объема лимфаденэктомии без нарушения целостности «блока» удаляемых тканей. Это подтверждается отсутствием местных рецидивов, уменьшением частоты развития отдаленных метастазов (39,8% против 15,1%) после операций, выполненных лапаротомным доступом. Проведение послеоперационной лучевой терапии и гормонотерапии или применение этих методов в комплексе не влияет на частоту возникновения местных рецидивов и отдаленных метастазов при всех стадиях заболевания. Это позволяет отказаться от лучевой терапии в случаях отсутствия прорастания опухоли фасции Героты.

Рекомендованная литература

1. Аль-Шукри С.Х., Комяков В.К., Горелов С.И. Оперативное лечение больных раком единственной почки. Пленум Всероссийского общества урологов: тезисы докладов. Кемерово, 14—16 июня 1995 г. Кемерово; 1995. с. 48—9.
2. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М.; 2003.
3. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х. Хирургическое лечение больных раком почки. Пленум Всероссийского общества урологов: тезисы докладов. Кемерово, 14—16 июня 1995 г.

4. Кемерово; 1995. с. 141—2.
4. Аляев Ю.Г., Пытель Ю.А. Лимфаденэктомия при раке почки. Урол и нефрол 1996;(3):12—5.
5. Ахметзянов Ф.Ш., Шаймарданов И.В., Шаймарданова Р.М. Зависимость частоты местных рецидивов рака почки от применяемого доступа. VI Всероссийский съезд онкологов: тезисы докладов. Ростов-на-Дону, 10—14 октября 2005 г. Ростов н/Д; 2005. с. 120.
6. Ахметзянов Ф.Ш., Шаймарданов И.В., Шаймарданова Р.М. Зависимость частоты местных рецидивов рака почки

- от применяемого метода лечения. VI Всероссийский съезд онкологов: тезисы докладов. Ростов—на—Дону, 10—14 октября 2005 г. Ростов н/Д; 2005. с. 120—1.
7. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение местно-распространенного и метастатического рака почки. М.; 1999.
8. Давыдов М.И. Частота метастазирования рака почки. Пленум Всероссийского общества урологов: тезисы докладов. Кемерово, 14—16 июня, 1995 г. Кемерово; 1995. с. 65—6.