

Симультанное хирургическое лечение больных почечно-клеточным раком с конкурирующей патологией сердца

Ю.П. Островский¹, О.Г. Суконко², В.В. Жарков², В.В. Андрущук¹,

С.А. Красный², С.Л. Поляков², Т.Г. Войцун¹, Д.И. Крачак¹, С.Л. Соловьев¹

РНПЦ «Кардиология»¹ Республики Беларусь, НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова², Минск, Беларусь

Simultaneous Surgical Treatment of Patients with Renal Cell Carcinoma Concomitant with Heart Disease

Yu.P. Ostrovsky, O.G. Sukonko, V.V. Zharkov, V.V. Andrushchuk, S.A. Krasnyi, S.L. Polyakov, T.G. Voitsun,

D.I. Krachak, S.L. Solovyov

Cardiology National Research Center, Republic of Belarus

N.N. Aleksandrov Institute of Oncology and Medical Radiology, Minsk

The authors analyze the immediate results of 8 simultaneous operations, 4 of these under conditions of artificial circulation, in patients with renal cell carcinoma concomitant with heart diseases.

The immediate results were satisfactory, with good functional parameters. Due to simultaneous operations the incidence of intra- and post-operative cardiovascular complications is reduced, the progress of the tumor process between different stages of treatment is arrested, early radical interventions for tumor removal becomes possible, and the hospitalization period is shorter in comparison with staged operations.

Лечение больных раком почки до настоящего времени является одной из сложных проблем клинической онкологии. Для почечно-клеточного рака (ПКР) характерно отсутствие значимого эффекта от химиолучевой терапии, поэтому основной метод лечения этого заболевания — хирургический.

Заболеваемость ПКР в мире постепенно увеличивается, приблизительно на 1,5—5,9% в год. В то же время в большинстве стран отмечается некоторое увеличение выживаемости при этой патологии. Считается, что основной причиной обоих указанных факторов является широкое использование в последние десятилетия ультразвуковых методов диагностики, что способствует раннему выявлению бессимптомных форм ПКР. В настоящее время в 25—40% случаев ПКР выявляют случайно.

ПКР встречается преимущественно у людей в возрасте от 50 до 70 лет, поэтому нередким является наличие у пациентов злокачественных новообразований и конкурирующей ишемической болезни сердца (ИБС). Сочетание этих патологий в популяции мужчин достигает 6,9% [7]. Конкурирующая патология сердца наряду с хроническими обструктивными заболеваниями легких является наиболее частым сопутствующим заболеванием у пациентов со злокачественными новообразованиями и встречается в 13,5—28% случаев [1].

Актуальность проблемы обусловлена увеличением числа онкологических больных с конкурирующей ИБС и высоким риском развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (острый инфаркт миокарда, угрожающие жизни аритмии, острая сердечная недостаточность) в интра- и после-

операционном периоде при проведении обширных операций по поводу новообразований. При этом хирургическое вмешательство является единственной возможностью излечения таких пациентов. Частота осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в интра- и послеоперационном периоде при проведении радикальных вмешательств в НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова составляет 8% от общего числа осложнений, а в структуре летальности — 17%.

В настоящее время нет единого алгоритма оперативного лечения больных с высоким риском осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Традиционно хирургическое вмешательство проводят поэтапно: I этап — аортокоронарное шунтирование (АКШ), II этап — оперативное лечение по поводу злокачественного новообразования. Симультанные операции исключают возможность развития осложнений со стороны опухоли (прогрессирование опухолевого процесса, кровотечение из распадающейся опухоли и т.п.) в межэтапном периоде, позволяют в ранние сроки осуществить радикальное вмешательство по поводу новообразований и сократить сроки госпитализации. По данным литературы [2], использование во время симультанных операций аппарата искусственного кровообращения (ИК) и системы Cell-Saver не повышает риск диссеминации в организме опухолевых клеток. Мировой опыт проведения симультанных операций такого рода относительно невелик [3—6], однако, несмотря на ограниченное количество оперированных пациентов, предварительные результаты свидетельствуют о безопасно-

сти, эффективности и перспективности данного метода [2,6—8].

Материал и методы

С мая 2001 г. по июль 2005 г. в РНПЦ «Кардиология» выполнено 8 симультанных операций у больных ПКР с конкурирующей сердечной патологией (6 мужчин, 2 женщины). Возраст больных колебался от 55 до 73 лет (средний возраст $61,8 \pm 6,3$ года).

У большинства пациентов рак почки был выявлен при обследовании перед планируемым кардиохирургическим вмешательством. По классификации TNM у 2 больных имела место I стадия заболевания (T1N0M0), у 6 больных — T3aN0M0.

Наряду с общепринятым объемом обследования с целью оценки степени тяжести ИБС больным выполняли ЭКГ, велоэргометрическую пробу, эхокардиографию, стресс-эхокардиографию с добутамином, коронароангиографию, радиоизотопную скинтиграфию миокарда.

У 5 пациентов была конкурирующая ИБС, 3 пациента нуждались в хирургической коррекции клапанного аппарата сердца (2 больных — по поводу хронической ревматической болезни сердца, 1 пациент — по поводу вторичного инфекционного эндокардита в неактивной фазе). В анамнезе у 3 из 5 пациентов с ИБС наблюдались 1—2 случая перенесенного инфаркта миокарда. Функциональный класс (ФК) стенокардии напряжения у больных определяли по классификации Канадской ассоциации кардиологов — у всех пациентов с конкурирующей ИБС имел место II — IV ФК. По классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) у пациентов определен II—IV ФК сердечной недостаточности.

Алгоритм проведенных симультанных вмешательств был следующим: на I этапе выполняли стернотомию для АКШ или коррекцию клапанного аппарата, на II этапе — радикальную онкологическую операцию с регионарной лимфодиссекцией.

4 из 5 операций с реваскуляризацией миокарда были проведены на «работающем сердце» с использованием стабилизатора сердца «Ostorus»; 1 операция проведена в условиях ИК, так как пациенту выполняли также пластику аневризмы левого желудочка. Количество дистальных анастомозов колебалось от 1 до 4, индекс реваскуляризации миокарда составил 2,4. Наряду с венозными шунтами в 4 из 5 случаев для реваскуляризации использовали левую внутреннюю грудную артерию, в 1 — лучевую артерию. В 3 случаях проводили коррекцию клапанного аппарата: протезирование аортального клапана (Планикс Т23); протезирование митрального клапана (Планикс Т31) и пластику трехстворчатого клапана по Де Вего; протезирование аортального и митрального клапанов (Планикс Т25 и Т29) и пластику трехстворчатого клапана по Де Вего.

По поводу рака почки 6 пациентам произведена нефроадреналэктомия с регионарной лимфодиссекцией, 1 больному — нефрэктомия, в 1 случае выполнена резекция почки.

Анестезиологическое пособие: многокомпонентная сбалансированная тотальная анестезия с миоплегией на основе центральной анестезии фентанилом, которая в 1 случае комбинировалась с перидуральной анестезией.

Доступом для операции на сердце служила срединная продольная стернотомия. Онкологический этап производили из верхней срединной лапаротомии — в 1 случае или из люмболапаротомии — в 7 случаях (справа — в 1, слева — в 6).

Результаты

В условиях ИК выполнено 4 из 8 операций. Использовали антеретроградную кровяную кардиopleгию. Время ИК варьировало от 70 до 120 мин. Время ишемии составило от 50 до 70 мин. Длительность операции колебалась от 255 до 460 мин.

Сердечная деятельность при операциях в условиях ИК восстанавливалась самостоятельно в 2 случаях, еще в 2 случаях потребовалась однократная дефибрилляция.

Респираторная поддержка в послеоперационном периоде продолжалась от 3 до 8 ч.

Инотропная поддержка в послеоперационном периоде не требовалась. В интраоперационном периоде 1 пациенту потребовалась кардиотоническая поддержка в пределах средних терапевтических доз с постепенной отменой.

Длительность пребывания пациентов в реанимационном отделении составляла 13—18 ч. Лишь в 1 случае (после АКШ и пластики аневризмы левого желудочка) пациент находился в реанимационном отделении 2 сут.

Кровопотеря во время операции варьировала от 250 до 1000 мл, а в послеоперационном периоде — от 150 до 500 мл. Общая кровопотеря составляла от 400 до 1250 мл. В 1 случае имело место послеоперационное кровотечение с кровопотерей 2600 мл. Данному больному произведена повторная операция: ревизия лапаро- и торакотомной ран с гемостазом и реинфузией аутокрови с использованием аппарата Cell-Saver.

Продолжительность пребывания больных в стационаре колебалась от 12 до 34 дней, при этом дооперационный койко-день составил 5—12, а послеоперационный — 5—23.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены в 2 случаях. У 1 больного на 10-е сутки после протезирования митрального клапана, пластики трехстворчатого клапана и нефроадреналэктомии развилась фибрилляция желудочков, приведшая к летальному исходу. У 1 пациента после АКШ

и нефроадреналэктомии развилось послеоперационное кровотечение, описанное выше, с благоприятным исходом.

Сроки наблюдения больных составили от 3 до 45 мес. Все пациенты отмечали значительное улучшение самочувствия в послеоперационном периоде. Только у 1 больного с диффузным поражением коронарных артерий наблюдалась стенокардия напряжения I ФК, что меньше исходного уровня на 2 ФК. У всех пациентов отмечалось снижение на 1—3 ФК недостаточности кровообращения по NYHA.

По результатам контрольных обследований в НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, за время наблюдения ни у одного пациента не выявлены данные в пользу рецидива опухоли и появления метастазов.

Непосредственные результаты проведенных симультанных операций у больных ПКР с конкурирующей патологией сердца внушают оптимизм, и их можно признать удовлетворительными.

Выводы

1. Симультанные операции у онкологических больных с конкурирующей кардиальной патологией позволяют снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при проведении радикального вмешательства по поводу новообразований.

2. У больных со злокачественными новообразованиями и конкурирующей ИБС симультанные операции позволяют избежать прогрессирования опухолевого процесса в межэтапном периоде, в ранние сроки осуществить радикальное вмешательство по поводу новообразований и снизить сроки госпитализации по сравнению с таковыми при этапных операциях.

3. Современные медицинские технологии позволяют проводить симультанные вмешательства у онкологических больных с конкурирующей сердечной патологией с хорошими непосредственными результатами.

Литература

<p>1. Lopez-Encuentra A., Bronchogenic Carcinoma Co-operative Group. Comorbidity in operable lung cancer. A multicenter descriptive study on 2992 patients // Lung Cancer. — 2002. — V. 35. — P. 263—269.</p> <p>2. Akchurin R.S., Davidov M.I. et al. Cardiopulmonary bypass and cell-saver technique in combined oncologic and cardiovascular surgery // Artif. Organs. — 1997; Jul; 21(7): 763—765.</p> <p>3. Anisimowicz L., Jarmoszewicz K. et al. Simultaneous operation including coronary</p>	<p>artery bypass grafting on the beating heart and modified radical mastectomy mode patey- a case raport // Wiad. Lek. — 2000; 53 (11—12): 693.</p> <p>4. Rubens F.D., O'Brien E. et al. Sternothorakotomy for combined coronary artery bypass grafting and left upper lobectomy in a patient with low-lying tracheostoma. // Can. J. Surg. — 1999; 42: 143—144.</p> <p>5. Morishita K., Kawaharda N. et al. Simultaneous cardiac operations with pulmonary resection for lung carcinoma // JITCVS. — 2001; 49: 685—689.</p>	<p>6. Ochi M., Yamada. K. et al. Role of off-pump coronary artery bypass grafting in patients with malignant neoplastik deseas // Jpn. Circ. J. — 2000; 64: 13—17.</p> <p>7. Долгов И.М. Современные подходы к лечению ишемической болезни сердца у онкологических больных: Автореф. дисс... к.м.н. — М., 1999.</p> <p>8. Davidov M.I., Akchurin R.S. et al. Simultaneous operations in thoraco-abdominal clinical oncology // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2001; Nov; 20(5): 1020—1024.</p>
---	--	---

Органосохраняющие методы хирургического лечения метастазов рака почки при поражении длинных трубчатых костей

М.Д. Алиев, В.В. Тепляков, В.А. Соколовский, Э.Р. Мусаев, В.Ю. Карпенко
 ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Organ Sparing Methods for Surgical Treatment of Renal Cancer Metastases In Long Tubular Bones
 M.D. Aliev, V.V. Teplyakov, V.A. Sokolovsky, E.R. Musaev, V.Yu. Karpenko
 N.N. Blokhin Oncological Research Center, Russian Academy of Medical Sciences

Main surgical methods used for the treatment of pathological fractures of long tubular bones in patients with renal cancer metastases are discussed. Russian and foreign data on the problems of modern onco-orthopaedics are presented. Experience gained at N.N. Blokhin Oncological Research Center is presented and clinical examples of surgical treatment for renal cancer metastases in long tubular bones are described.

По данным Трапезникова Н.Н. и соавт. [1], рак почки (РП) занимает 10-е место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований. В последние годы отмечается тен-

денция к увеличению заболеваемости данной патологией [1—4].

РП метастазирует гематогенным и лимфогенным путем. На момент установления диагноза мета-