

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПОЧКИ НА ПЯТИЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ

**М.Б.Пряничникова<sup>1</sup>, В.В.Замятин<sup>1</sup>, А.А.Долгих<sup>2</sup>**

*Кафедра урологии Самарского государственного медицинского университета<sup>1</sup>,  
Урологическое отделение ММУ МСЧ № 1, г. Самара<sup>2</sup>*

Проведен анализ отдаленной эффективности лечения 183 больных раком почки III–IV стадии. В зависимости от распространенности процесса, длительности заболевания, сопутствующей патологии проводилось три варианта лечения: нефрэктомия, эмболизация почечной артерии с последующей нефрэктомией, паллиативная эмболизация. Определены показания к каждой из представленных методик лечения.

Ключевые слова: рак почки, нефрэктомия, эмболизация почечной артерии, отдаленные результаты.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECT OF TREATMENTS ON 5-YEAR SURVIVAL IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RENAL CANCER

M.B. Pryanichnikova<sup>1</sup>, V.V. Zamyatin<sup>1</sup>, A.A. Dolgikh<sup>2</sup>  
*Urology Department, Samara State Medical University<sup>1</sup>,  
Urology Department, Medical Unit № 1, Samara<sup>2</sup>*

Long-term treatment results for 183 patients with stage III–IV renal cancer were analyzed. Depending on the extent of tumor involvement, length of the disease and associated diseases, there were 3 treatment modalities: nephrectomy, embolization of renal artery with subsequent nephrectomy and palliative embolization. Indications to each of the treatment modalities were determined.

Key words: renal cancer, nephrectomy, embolization of renal artery, long-term results.

Среди онкоурологических заболеваний по частоте встречаемости рак почки (РП) занимает третье место после рака мочевого пузыря и рака предстательной железы, а по смертности находится на первом месте, отмечается устойчивый рост заболеваемости РП [2, 7, 9]. Лечение больных почечноклеточным раком представляет сложную и трудно выполнимую задачу. Учитывая особенности течения рака почки, основной задачей является выбор максимально радикального варианта лечения. В связи с этим в последнее время все чаще применяют сочетание различных методов лечения местнораспространённого рака почки, которые могут проводиться одновременно или последовательно один за другим. Наиболее эффективным способом лечения рака почки является хирургическое вмешательство, стандартной операцией считается радикальная нефрэктомия. Однако практически в 20 % случаев требуется расширенная нефрэктомия, предусматривающая резекцию или удаление смежных органов, пораженных

злокачественным процессом [7, 8]. Наряду с нефрэктомией в практике применяется эмболизация почечной артерии (РЭО), которая может предшествовать радикальному оперативному вмешательству или используется в качестве самостоятельного паллиативного метода лечения у больных с диссеминированным раком почки [1, 4]. Рядом авторов РЭО рассматривается как альтернатива предоперационной лучевой терапии [3, 6]. До сих пор в литературе обсуждается алгоритм лечения больных местнораспространённым раком почки, целесообразность проведения эмболизации, показания и сроки ее проведения перед нефрэктомией; эффективность нефрэктомии без предварительной подготовки и влияние РЭО на продолжительность жизни неоперабельных больных.

**Целью исследования** являлось изучение отдаленных результатов различных вариантов лечения местнораспространённого рака почки и оптимизация подходов к лечению данной группы больных.

Таблица 1

**Распределение больных раком почки по видам лечения в зависимости от стадии процесса**

Стадия рака почки		Эмболизация + нефрэктомия				Эмболизация				Нефрэктомия			
		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
III ст.	T <sub>2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,5	1	2,9
	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	26	78,8	24	88,8	3	17,6	7	46,6	42	73,7	31	91,2
	T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	4	12,1	1	3,7	2	11,7	2	13,3	2	3,5	1	2,9
IV ст.	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>1</sub>	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,3	-	-
	T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>1</sub>	-	-	-	-	3	17,6	2	12,3	2	3,5	-	-
	T <sub>3</sub> N <sub>2</sub> M <sub>1</sub>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7	-	-
	T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	3	9,1	2	7,4	5	29,3	2	13,3	1	1,7	-	-
	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	-	-	-	-	1	5,9	-	-	2	3,5	-	-
	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>1</sub>	-	-	-	-	3	17,6	2	13,3	1	1,7	-	-
	T <sub>4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,7	1	2,9

**Материал и методы**

В качестве исследуемого материала нами проанализированы истории болезни 183 больных раком почки за период с 1993 по 2001г., находившихся на лечении в урологическом отделении СОКБ им. М.И. Калинина и урологическом отделении МСЧ № 1 г. Самары. В исследуемой группе средний возраст больных варьировал от 29 до 72 лет (в среднем 50,5 года). Среди пациентов мужчин было больше, чем женщин, в соотношении 3:2. Большинство больных (79,3 %) обратились за медицинской помощью в первые 6 мес. заболевания. Пациентам проводилась экскреторная урография и УЗИ (100 %), КТ (95 %), МРТ (5 %), аортография (52,2 %). У большинства больных диагностирован РП III стадии – в 148 (80,8 %) случаях, в 35 (19,2 %) – выявлен рак почки IV стадии. В зависимости от стадии, возраста, сопутствующих заболеваний больным определялся один из следующих методов лечения: эмболизация с паллиативной целью, эмболизация с последующей нефрэктомией, нефрэктомия (табл. 1).

Всего в исследуемой группе эмболизация проведена 92 пациентам, как самостоятельный паллиативный метод эмболизация почечной артерии выполнена 32 (17,4 %) больным, в качестве этапа предоперационной подготовки – 60 (32,8%) пациентам. Эмболизация проводилась после ангиографии путем введения эмболизирующего вещества через ангиографический катетер после селективной катетеризации. Использовался метод А.В. Кукушкина [4], позволяющий провести эмболизацию как проксимального, так и дистального отделов почечной артерии, приводящих к полной блокаде кровотока почки. Использовались два типа эмболизирующих материалов: гемостатическая губка – медленно лизирующийся препарат для эмболизации дистальных отделов почечных артерий и нелизирующиеся металлические спирали типа Gianturco (от 3 до 5 шт.) для проксимальных отделов. Нефрэктомия как единственный метод лечения была осуществлена у 91 пациента (табл. 2.)

Таблица 2

**Распределение больных местнораспространенным раком почки по возрасту и видам лечения**

Возраст больных	Эмболизация + нефрэктомия		Эмболизация		Нефрэктомия	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
До 29 лет	-	-	-	1	1	-
30–39 лет	1	-	-	-	7	5
40–49 лет	6	5	5	1	12	10
50–59 лет	14	6	5	3	18	9
60–69 лет	10	14	4	6	14	9
Старше 70 лет	2	2	3	4	5	1
Всего	33	27	17	15	57	34
Итого	60 (32,8 %)		32 (17,4 %)		91 (49,7 %)	

**Результаты и обсуждения**

Лечебный эффект в зависимости от видов проведенного лечения оценивали по результатам 5-летних наблюдений. В группе больных, которым проводилась эмболизация с последующей нефрэктомией, достоверные сведения о пятилетней выживаемости получены у 36 из 60 пациентов. Среди них у 19 (52,8 %) больных оперативное лечение было проведено спустя 1–2 мес после эмболизации; у 10 (27,7 %) – в сроки от 4 до 10-х сут после РЭО, у 2 (5,6 %) – через 3 нед, в 5 (13,7 %) случаях хирургическое вмешательство было отсрочено на 3–7 мес. Проведенный анализ показал, что 5-летняя продолжительность жизни больных в этой группе составила 58,4 % (21 человек). Нами выявлено, что наиболее хорошие показатели получены были при выполнении нефрэктомии в ранние сроки после РЭО – все 10 больных данной группы пережили пятилетний рубеж. Эффективной также оказалась методика нефрэктомии, проведенная через 1–2 мес после РЭО, в этом случае 5 лет пережили 57,9 % пациентов. Полученные результаты согласуются с данными литературы [3–5].

Паллиативная эмболизация была проведена 32 больным. Достоверные катамнестические сведения имеются только о 29 пациентах. Паллиативный характер лечения, в первую очередь, был связан с распространенностью первичной опухоли, в 15 случаях выявлены опухоли значительных размеров, соответствующие стадии T<sub>4</sub>, у 9 больных при местной распространенности опухоли, расцененной как T<sub>3</sub>, определялись метастазы в лимфатические узлы 1-го уровня (N<sub>1</sub>), у 2 имелись отдаленные метастазы. У 6 (18,8 %)

больных состояние отягощалось выраженной сопутствующей патологией. У 70 % больных, подвергшихся паллиативной эмболизации, опухоли достигали размеров от 15 до 20 см. В 2 случаях процесс инфильтрировал всю почку, в 2 случаях отмечалось двустороннее поражение почек.

Свыше 5 лет прожили 8 (27,6 %) пациентов, перенесших паллиативную эмболизацию почечной артерии. В течение 1-го года наблюдения умерло 13 (44,8 %) пациентов с метастазами в жизненно важные органы, с первичной опухолью гигантских размеров либо при наличии множественных лимфогенных метастазов. В период от 1 года до 4 лет после РЭО от прогрессирования заболевания погибли 8 (27,6 %) больных. Несмотря на относительно неудовлетворительные отдаленные результаты РЭО, данную методику целесообразно применять в лечении больных с неоперабельным раком почки, так как, исходя из полученных нами данных, каждый четвертый переживает пятилетний рубеж.

Из 91 человека, которым проводилось хирургическое лечение в монорежиме, известен катамнез 69 пациентов. В течение первых пяти лет умерло 10 (14,5%) человек, соответственно 5-летняя выживаемость в этой группе составила 85,5 %.

При местнораспространенном раке почки каждый из трех представленных выше методов лечения целесообразен. Эффективность проводимого лечения зависит от правильно выбранной тактики, основанной на оптимально определенных показаниях. В соответствии с этим эмболизация с последующей нефрэктомией должна применяться при опухолях больших размеров, при вовлечении

в процесс паранефральной клетчатки, увеличенных регионарных лимфоузлах, тромбом в нижней полой вене, имеющих высокий риск интраоперационных и постоперационных осложнений. При неоперабельном раке почки и/или при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний, когда невозможна радикальная операция, показана паллиативная эмболизация. Нефрэктомия в качестве единственного метода лечения показана в остальных случаях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев Д.В. Результаты оперативного лечения больных раком почки с предварительной артериокапиллярной эмболизацией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1997. 21с.  
2. Двойрин В.В., Матвеев Б.П., Аксель Е.М. Статистика онкоурологических заболеваний в России // Урология и нефрология. 1995. № 6. С. 2–3.

3. Дузарев В.С., Адамян А.А., Фишер М.Е. и др. Эмболизация артериального русла в комплексной терапии опухолей почек // Здравоохранение Белоруссии. 1987. № 7. С. 19–21.

4. Кукушкин А.В. Лечение новообразований почек с применением артериокапиллярной эмболизации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1988. 23 с.

5. Переверзев А.С. Выбор органосохраняющих операций при опухоли почек // Пленум Всероссийского общества урологов. Кемерово, 1995. С. 107–109.

6. Шуляк В.В. Предоперационная эмболизация почечной артерии // Рентгенэндоваскулярная хирургия в онкологии: Тезисы докладов Всесоюзной научной конференции. Л., 1991. С. 58–59.

7. Choquenot C., Foldes P., Dufuor B. Nephrectomie elargie dans les forms graves du cancer du rein de l'adulte // Aun. Urol. 1986. Vol. 20, № 6. P. 427–432.

8. Golimbu M. Aggressive treatment of metastatic renal cancer // J. Urol. 1986. Vol. 136, № 4. P. 805–807.

9. Zaroli A., Signarelli F., Lampertico P. The renal adenocarcinoma. Epidemiological, clinical, pathological and cultural consideration based on 117 cases // Pathologica. 1984. Vol. 76. P. 169–190.

Поступила 28.01.07