

## Роль лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака

М.Н. Тилляшайхов, Н.М. Рахимов

Республиканский онкологический центр, Ташкент; Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

### ROLE OF LYMPHDISSECTION IN THE SURGICAL TREATMENT OF RENAL-CELL CARCINOMA

M.N. Tillyashaikhov, N.M. Rakhimov

National Oncological Centre, Tashkent Medical Academies, Tashkent, Uzbekistan

**Background:** to define interrelation of lymphdissection at radical nephrectomy in surgical treatment of renal cell carcinoma (RCC).

**Materials and methods:** 221 patients were investigated with RCC. The men — 119, women — 102. Middle age of patients has made 53,3 years. T1 stage in 16 patients (7.3 %), T2 — in 55 patients (24.8 %), T3-133 (60.2%), T4-17(7.7%) patients. N1 occurred in 22 (9.9 %) patients, N2 in 8 (3.6 %), N0 in 191 (86.5 %) patients. Patients were divided into 2 groups depending on volume of lymphdissection, with the period of supervision of 3 years.

**Results:** Group I. Simple nephrectomy was executed in 130 patients without removal of regional lymph nodes. Metastases during the post-operative period occurred in the remote organs in 25.1 % cases, loco-regional metastasis in lymph nodes in 3.8 % cases was revealed, relapse 3%. Average life expectancy has made 25,6 months (of calculation 3 years).

Group II. Nephrectomy with expanded lymphdissection from legs of a diaphragm to bifurcation of iliac arteries by midline approach was performed in 91 patients. On pathohistological research, metastases in regional lymph node was revealed in 15.3 % cases. Metastases during the postoperative period occurred in the remote organs in 6.6 % cases, metastasises in kept away lymph node in 1.08 % cases was revealed, relapse 3,2%. Average life expectancy has made 33,4 months (of calculation 3 years).

**Conclusion:** we have come to opinion on inexpediency of performance usual nephrectomy on RCC. Application expanded lymphdissection from from legs of a diaphragm to bifurcation of iliac arteries is improved by the remote results.

**Key words:** renal-cell carcinoma, lymphodissection, radical nephrectomy

Почечно-клеточный рак (ПКР) встречается в 2—3% случаев всех злокачественных новообразований у взрослых и составляет 85—95% всех опухолей почек у данной категории пациентов (с пиком заболеваемости на 6—7-й декаде жизни) [1, 2]. В Узбекистане за последние годы отмечена стабилизация заболеваемости раком почки — РП (1,1 на 100 тыс. населения) [3].

В 1969 г. С.С. Robson и соавт. [4] опубликовали сравнительно хорошие результаты хирургического лечения ПКР, заключавшегося в проведении радикальной нефрэктомии с лимфодиссекцией. Тогда 5-летняя выживаемость составляла: для I стадии — 66%, II — 64%, III — 42%, IV — 11% [5]. При местной распространенности опухоли 5-летняя выживаемость после проведенного радикального хирургического лечения, по данным различных авторов, не превышает 10—15% [6]. По сведениям О.Б. Карякина и соавт., прогноз при метастатических формах ПКР еще более неблагоприятен: средняя выживаемость не превышает 10 мес, 2-летняя — 20%, 5-летняя — 2%. Вероятность поражения регионарных лимфатических узлов (ЛУ) при РП возрастает со стадией заболевания. Поражение ЛУ встречается в 6% случаев в стадии T1—T2, в 46% — в стадии T3; у 62% пациентов с наличием отдаленных метастазов и 67% — с отдаленными метастазами и вовлечением

в опухолевый процесс сосудов (почечная и нижняя полая вены). Пятилетняя выживаемость для всех больных РП составляет в среднем 60%, 2-летняя выживаемость пациентов с диссеминированным ПКР, по разным данным, колеблется от 0 до 20% [7]. Рак почки является опухолью, нечувствительной к системной химиотерапии [8].

Метастазирование большинства онкоурологических заболеваний начинается с регионарных ЛУ.

Регионарными ЛУ для правой почки являются: пара-, латеро-, ретро- и интераортокавальные, для левой — латеро-, пара- и ретроаортальные ЛУ. Это 5 латерокавальных и 8 ретрокавальных ЛУ справа, 10 латероаортальных и 10 ретроаортальных — слева. Ретроперитонеальные ЛУ, которые являются региональными для почек, могут дренироваться вниз и вверх через диафрагмальные ЛУ в грудной проток. Правый и левый коллекторы ограничиваются взаимодействием в области интераортокавального пространства, поэтому метастазы в ЛУ являются ипсилатеральными и не обнаруживаются на контралатеральной стороне [9].

Ведущая роль в лечении ПКР принадлежит хирургическому методу. «Золотым» стандартом лечения локализованных и местно-распространенных опухолей почки является радикальная нефрэктомия.

### Материалы и методы

Проанализирована медицинская документация 221 больных РП (119 мужчин и 102 женщины), взятых на учет в период с 1996 по 2004 г. на базах кафедры онкологии Ташкентской медицинской академии и Ташкентского городского онкологического диспансера. Им было проведено 120 (54,3%) правосторонних и 101 (45,7%) левосторонняя нефрэктомий. Средний возраст больных составил 53,3 года. Патогистологическое строение опухолей было следующим: светлоклеточный рак — 196 (88,6%) случаев, папиллярный (хромофильный) — 9 (4,0%), хромофобный — 5 (2,3%), онкоцитомы — 1 (0,5%), неклассифицируемый — 10 (4,6%). T1 стадия процесса установлена у 16 (7,3%) больных, T2 — у 55 (24,8%), T3 — у 133 (60,2%), T4 — у 17 (7,7%). N1 имело место у 22 (9,9%), N2 — у 8 (3,6%), N0 — у 191 (86,5%) пациентов. Больных разделили на 2 группы.

В 1-ю группу вошли 130 пациентов, которым была выполнена обычная нефрэктомия без лимфодиссекции, 2-я — состояла из 91 больного, подвергшегося радикальной нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией. Всем пациентам проводилось комплексное урологическое обследование: ультразвуковое сканирование (УЗС), компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография, экскреторная урография, рентгенография грудной клетки, а также лабораторные исследования.

### Результаты

Из 130 пациентов 21 выполнена нефрэктомия люмботомическим доступом. На первом году после операции у 2 (9,5%) больных, на втором году — у 4 (19%), на третьем году — у 2 (9,5%) выявлены отдаленные метастазы. У 1 пациента через 6 мес имел место рецидив заболевания. Средняя продолжительность жизни составила 23 мес (из расчета 3 года).

101 больному проведена простая нефрэктомия *парамедианным* доступом. В течение первого года после операции у 19 (18,8%) пациентов были обнаружены метастазы: 12 (11,9%) случаев — в отдаленные органы; 4 (4,0%) — в регионарные ЛУ; 3 (2,9%) — локорегионарные рецидивы. На втором году у 7 (6,9%) больных и на третьем году — у 3 (2,9%) выявлены отдаленные метастазы. Средняя продолжительность жизни составила 30,3 мес (из расчета 3 года).

У 8 пациентов была выполнена обычная нефрэктомия срединным доступом. На первом году жизни у 1 (12,5%) больного имел место метастаз в регионарные ЛУ, на втором году у 3 (37,5%) пациентов выявлены отдаленные метастазы. Средняя продолжительность жизни составила 23,5 мес (из расчета 3 года).

На основании вышеизложенных данных можно заключить, что у 14 из 130 больных в течение пер-

вого года после операции, у 14 — на протяжении второго года и у 5 — на третьем году зафиксировано развитие отдаленных метастазов. Рецидивы имели место у 4 больных, метастатические поражения регионарных ЛУ — у 5.

Таким образом, в 25,1% случаев отдаленные метастазы были обнаружены в течение 3 лет после операции. Рецидив составил 3%, метастазы в регионарные ЛУ — 3,8%. Средняя продолжительность жизни — 25,6 мес (из расчета 3 года).

Вторая группа состояла из 91 больного, которому была выполнена радикальная нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией. Операция осуществляется следующим образом: верхне- и среднесрединным лапаротомным доступом вскрывается брюшная полость. После ревизии для доступа в забрюшинное пространство разрезается задний листок брюшины по линии Тодта в латеральном канале. Мобилизуется толстый кишечник, укладываемый с петлями тонкой кишки медиальнее. Рассекается соединительная ткань над магистральными сосудами. Сначала раздельно перевязывается почечная артерия от места отхождения от аорты, затем почечная вена на месте вливания в нижнюю полую вену. Лимфодиссекция выполняется от диафрагмы до бифуркации аорты, далее со стороны поражения до внутренней подвздошной артерии. По ходу лимфодиссекции пересекаются гонадная вена и мочеточник. При этом обязательным компонентом является удаление интераортакавалных и в зависимости от стороны поражения ретро-, пара-, латероаортальных и ретро-, пара-, латерокавалных лимфатических коллекторов. Затем единым блоком удаляются почка с клетчаткой, мочеточник, регионарные ЛУ и материал отправляется на плановое патогистологическое обследование.

Метастатическое поражение регионарных ЛУ обнаружено в 14 (15,3%) случаях. Реактивные изменения в ЛУ имелись у 17 (18,6%) больных, которые трактовались на УЗС и КТ как метастатическое поражение регионарных ЛУ.

*Двенадцати больным была проведена лапаротомия парамедианным доступом.* На втором году после операции у 1 (8,3%) больного развился рецидив. Средняя продолжительность жизни составила 34 мес (из расчета 3 года).

У 79 пациентов была выполнена срединная лапаротомия. В течение первого года после хирургического вмешательства у 1 (1,2%) больного выявлено метастатическое поражение ЛУ, у 4 (5%) — отдаленные метастазы и у 2 (2,5%) зафиксирован рецидив. На втором году жизни у 2 (2,5%) пациентов определен метастаз в отдаленные органы. Средняя продолжительность жизни составила 32,8 мес (из расчета 3 года).

С учетом полученных данных установлено, что отдаленные метастазы были обнаружены в 6,6% случаях в течение 3 лет после операции. Рецидив составил 3,2%, метастазы в отдаленные ЛУ — 1,08%. Средняя продолжительность жизни — 33,4 мес (из расчета 3 года).

**Выводы**

На основании результатов исследования нами сделано заключение о нецелесообразности выполнения обычной (простой) нефрэктомии. Наиболее эффективным методом, улучшающим отдаленные результаты лечения, является проведение расширенной лимфодиссекции от уровня диафрагмы до бифуркации подвздошных артерий.

Лимфодиссекция не влияет на частоту развития послеоперационных осложнений, позволяет уточнить стадию заболевания, прогноз и выбор адекватного послеоперационного лечения. В связи с этим лимфодиссекция считается обязательным и необходимым компонентом радикального хирургического лечения при ПКР.

Нами также отмечено улучшение показателей при использовании срединного лапаротомного оперативного доступа по сравнению с лумботомическим или парамедианным доступами. Посредством срединного разреза можно проводить как комбинированные, так и сочетанные операции.

*Литература*

<p>1. Велиев Е.И., Богданов А.Б. Особенности метастазирования рака почки, хирургическое лечение рецидивов и метастазов. <i>Практ онкол</i> 2005;6(3).</p> <p>2. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение местно-распространенного и метастатического рака почки. М., 2002. с. 35—6.</p> <p>3. Наврузов С.Н., Гафур-Ахунов М.А., Алиева Д. Перспективы развития и совершенствование онкологической службы в Узбекистане. В сб.: Проблемы</p>	<p>онкологии. Вып. 1. Ташкент, 2002. с. 3—8.</p> <p>4. Robson C.S., Churchill B.M., Anderson W. The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. <i>J Urol</i> 1969;101:297.</p> <p>5. Devita V.T. Principles and practice of Oncology. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.</p> <p>6. Мавричев А.С., Суконко О.Г., Красный С.А. Научно-практическая конференция онкологов республики Беларусь: тезисы докладов. Минск, 1994.</p>	<p>7. Mikisch G.H.J. Lymph node dissection for renal cell carcinoma — the value of operation and adjuvant therapy. <i>Urology</i> 1999;38:326—31.</p> <p>8. Шер Х., Мотцер Р. Злокачественные опухоли почек и мочевых путей. В кн.: <i>Внутренние болезни</i>. Под ред. Т.Р. Харисона. М.: Практика, 2002. с. 710—6.</p> <p>9. Переверзев А.С., Шукин Д.В. Роль МРТ в диагностике забрюшинной лимфоаденопатии при ангиолипоме и рака почки. <i>Онкология</i> 2000;2(4).</p>
---	---	---

**Уважаемые читатели!**

Напоминаем, что бесплатная рассылка журнала «Онкоурология» производится только по Российской Федерации. Чтобы сделать журнал доступным для всех специалистов на территории бывшего Союза, со второго полугодия 2009 г. предлагаем вариант платной подписки — через систему электронных платежей.

Ознакомиться с подробной информацией о подписке можно на сайте <http://urotoday.ru/>

**Уважаемые коллеги!**

Подписку на журнал «ОНКОУРОЛОГИЯ» на 2009 г. можно оформить в любом отделении связи.

**Подписной индекс в каталоге «Почта России» — 12312**

**«Пресса России» — 42169**