



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.61-006.6-057.36

Особенности диагностики и лечения рака почки в центральном военном госпитале

ЕСИПОВ А.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
генерал-майор медицинской службы
КОЧЕТОВ А.Г., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,
полковник медицинской службы
СИТНИКОВ Н.В., заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, доцент,
полковник медицинской службы в отставке
КАРАНДИН В.И., доктор медицинских наук
НЕСТЕРЕНКО В.Н. (nesterenkovlad457@gmail.com)

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск,
Московская область

На основе анализа лечения 1339 больных раком почки получены данные об особенностях опухолевого процесса. Изучены такие характеристики, как поэтапное распределение больных, частота выявления гистологических типов рака почки и различной степени дифференцировки опухоли, доля органосохраняющих и органорезецирующих вмешательств, методы лекарственного лечения, адоптивной иммунотерапии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: рак почки, клинические и патоморфологические стадии, гистологические типы, дифференцировка опухоли, адоптивная иммунотерапия.

Esipov A.V., Kochetov A.G., Sitnikov N.V., Karandin V.I., Nesterenko V.N. — Peculiarities of diagnosis and treatment of kidney cancer in the central military hospital. The information about the features of tumor based on analysis of the treatment of patients with kidney cancer in 1339 received. Studied the characteristics such as the stepwise distribution of patients, incidence of histological types of kidney cancer, and varying degrees of tumor differentiation, the proportion of organ and organ-resecting interventions, methods of drug treatment, adoptive immunotherapy.

К е у w o r d s: kidney cancer, clinical and pathologic stage, histologic type, tumor differentiation, adoptive immunotherapy.

Почечно-клеточный рак (ПКР) является одним из часто встречающихся злокачественных новообразований мочеполовой системы. В структуре всех злокачественных заболеваний ПКР составляет 2–3% и находится на третьем месте по скорости прироста заболеваемости после меланомы и рака простаты. В России, как и в большинстве развитых стран мира, наблюдается тенденция неуклонного роста злокачественных новообразований и смертности от них [1, 2, 4–7].

Благодаря внедрению в клиническую практику высокоэффективных и относи-

тельно безопасных лучевых методов обследования, таких как компьютерная томография (КТ), спиральная КТ (СКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), стало возможным выявление рака почки на более ранних стадиях. Однако, несмотря на высокую частоту выявления (56,6%) локализованного ПКР I–II стадии, в России в 2013 г. у 21,5% больных при первичном обследовании выявлены отдаленные метастазы ПКР, а у 20–40% больных после радикально выполненного хирургического вмешательства в последующем диагностировано прогрессирование заболевания с появлением метастазов [3, 8].



Цель исследования

На основе изучения массива клинических данных определить частоту симптоматических проявлений ПКР, долю клинических стадий заболевания, оценить его степень злокачественности, а также определить тип оперативного вмешательства и изучить варианты адъювантной терапии после оперативного лечения.

Материал и методы

Базой исследования явился урологический центр госпиталя, состоящий из четырех специализированных коечных отделений — общемурологического, уролитиаза, пластической и реконструктивной урологии, урологического (для онкологических больных), в котором за 12 лет наблюдения (2002–2014 гг.) прошел лечение 27101 больной. Основное количество пациентов (74%) составили мужчины. Средний возраст пациентов — $60,4 \pm 8,3$ года (25–90 лет). За указанный период в связи с онкологическими заболеваниями мочеполовой системы проведено обследование и лечение 6285 больных, в т. ч. 1339 (21,3%) пациентов — по поводу рака почки. У 724 больных (11,5% всех больных с онкологическими заболеваниями, 2,7% всех лечившихся) рак почки был выявлен впервые.

Результаты и обсуждение

Характеристика опухолевого процесса

Симптоматические проявления рака почки отмечены у 696 (52%) больных. Наиболее частым симптомом ПКР явились локальные болевые ощущения различной интенсивности — 351 (26,2%) больной, хотя большинство пациентов до установки диагноза или не акцентировали на них внимание, или связывали болевые ощущения с неврологическими заболеваниями. Такие клинические проявления, как гематурия (эритроцитурия), выявлены у 9,4%, «беспричинное» повышение температуры тела отмечено у 8,2%, опухоль пальпировалась у 3,7%, снижение веса отмечено у 4,5% больных.

Можно отметить, что, несмотря на преобладание в общей популяции больных локализованного ПКР, по данным исследований Мичиганского универси-

тета клинические проявления заболевания наблюдаются у 42% больных [9].

Клиническая стадия опухолевого процесса оценена у 724 больных с впервые выявленным ПКР. Прооперированы 716 больных, у них проведены послеоперационное гистологическое исследование и патоморфологическое стадирование (рис. 1).

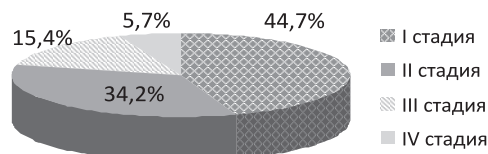


Рис. 1. Распределение пациентов в зависимости от клинической стадии ($n=716$)

У 320 (44,7%) больных установлена I стадия заболевания, у 245 (34,2%) — II стадия, у 110 (15,4%) — III стадия, у 41 (5,7%) пациентов — IV стадия ПКР. Клинические и патоморфологические (послеоперационные) стадии у большинства обследованных совпадали.

Таким образом, почти у половины больных ПКР — 320 (44,7%) — наблюдалась I клиническая стадия заболевания, что отражает улучшение выявляемости опухолей почек за счет широкого применения в поликлиниках МО РФ УЗИ, МРТ-диагностики. Локализованный ПКР (I–II стадии) диагностирован у 78,9% (505 больных).

Оценка степени злокачественности по Фурману (Fuhrman nuclear grad) является самой широко используемой системой градации, при которой определялись наиболее агрессивные признаки опухоли. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, для гистопатологической классификации использовали как шкалу Фурмана, так и классификацию типов рака почки.

Гистологический тип опухоли после операции определен у 716 больных. Наиболее часто встречался светлоклеточный вариант — 84,7% (606 больных), реже — папиллярный — 12,6% (90), рак собирательных трубочек — 1,3% (9) саркомоподобный рак — 1,5% (11 больных) — рис. 2.

Определение степени дифференцировки опухоли по данным послеоперационного патоморфологического

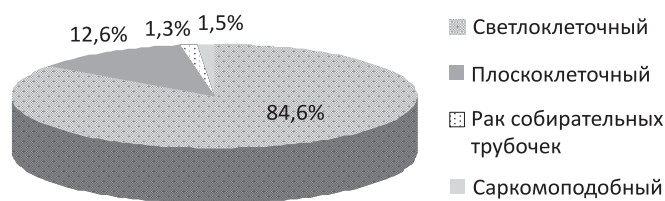


Рис. 2. Структура гистологических вариантов ПКР (по данным послеоперационного исследования, $n=716$)

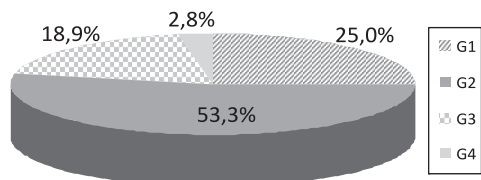


Рис. 3. Структура злокачественных опухолей в зависимости от степени дифференцировки ($n=716$)

исследования с использованием классификации Fuhrman показало преобладание средней G2 (53,3%) и низкой G1 (25%) степеней (рис. 3).

Виды и объем оперативных вмешательств оценены также у 716 больных. Основным методом хирургического лечения явилась *радикальная нефрэктомия* (РНЭ) – 640 (89,4%), в т. ч. открытая – 570 (89%), лапароскопическая – 70 (11%). Резекция почки выполнена у 76 (10,6%) больных, в т. ч. открытая – у 70 (92,1%), лапароскопическая – у 6 (7,9%). (В 2015 г. в результате получения оборудования и освоения техники лапароскопических оперативных вмешательств урологами центра количество лапароскопических РНЭ и резекций почки значительно увеличилось и составило 75%.)

У двух больных с ПКР IV стадии, осложненным кровотечением из пораженной почки, с гемостатической целью успешно выполнена эмболизация почечных артерий.

Лекарственное лечение

Учитывая наибольшую доступность, подавляющему большинству пациентов с диссеминированным процессом лечение проводилось интерфероном альфа.

Больным раком почки с отдаленными метастазами после проведения нефрэктомии проводилась таргетная (нексавар, сутент) терапия в химиотерапевти-

ческом отделении Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко.

В связи с нежелательными побочными явлениями (диарея, артериальная гипертензия, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, дисфония, ладонно-подошвенный синдром, рво-

та, астения, запор) проведение таргетной терапии прервано у 20% больных. Учитывая, что по результатам многоцентрового исследования применение таргетной терапии для профилактики диссеминации ПКР признано неэффективным, а применение интерферона в режиме монотерапии не приносит эффекта в 70–80% случаев [10, 11], в урологическом центре начато применение одного из видов биотерапии – адоптивной (от adoptive – привнесенный) иммунотерапии, направленной на активизацию иммунного статуса и усиление иммунного ответа Т-лимфоцитов киллеров против опухолевых клеток.

Одним из ведущих направлений биотерапии считается активация клеточного противоопухолевого иммунитета, т. к. основную роль в противоопухолевой защите организма играет определенная группа лимфоцитов, называемых натуральными киллерами («убийцами»). Натуральные киллеры в отличие от других лимфоцитов способны эффективно лизировать опухолевые клетки. После канюляции грудного протока из лимфы пациента получали лимфоцентриат, в который вводили 500 тыс. МЕ ронколейкина, затем инкубировали при температуре 37 °C в течение суток. Так удавалось получить значительное количество *лифокинактивированных киллеров* (ЛАК). ЛАК вводили внутривенно капельно ежедневно в течение 10 дней. Адоптивная клеточная терапия, как правило, сопровождалась гипертермией в течение 8 дней.

Заключение

Нами получены основные характеристики опухолевого процесса, хирургического и лекарственного лечения ПКР. ЛАК-иммунотерапия расширяет спектр возможностей противоопухолевой терапии больных ПКР.



Литература

1. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Опухоли почки: Руководство по нефрологии. 2-е изд. — М.: Медицина, 2000. — С. 525–533.
2. Атюев В.А., Овчинников В.А. Хирургия опухолей паренхимы почки. — М.: Медицинская книга, 2004. — 191 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2013 году: заболеваемость и смертность / Под ред. А.Д.Каприна, В.В.Старинского, Г.В.Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А.Герцена — филиал «ФМИЦ им. П.А.Герцена», 2015. — 250 с.
4. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. — М., 2003. — С. 106–150.
5. Серегин А.В. Органосохраняющие операции при раке почки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002. — 39 с.
6. Сукоико О.Г., Ролевич А.И., Поляков С.Л. и др. Факторы прогноза при органосохраняющем лечении почечно-клеточного рака: Сб. тез. I Конгр. Всерос. об-ва онкоурологов. — М., 2006. — С. 160–161.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2003 году (заболеваемость и смертность). — М.: Изд-во «Антиф», 2005. — 256 с.
8. International Agency for Research on Cancer. The GLOBOCAN project: cancer incidence and mortality worldwide in 2012. Доступно по адресу: <http://globocan.iarc.fr/>
9. Lee C.T., Katz J., Fearn P.A., Russo P. Mode of presentation of renal cell carcinoma provides prognostic information // Urol. Oncol. — 2002. — Vol. 7, N 4. — P. 135–140.
10. Ljungbreg B., Cowan N., Hanbery D.C. et al. Guidelines on renal cell carcinoma. European Association of Urology. Web site. <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>
11. National Comprehensive Cancer Network, Cancer — and Treatment — Kidney Cancer / Practice Guidelines in Oncology — 2012. — Vol. 1. — 70 p. — Update Meeting — 08/15/11.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 616.37-002.2-089

Показатели качества жизни больных хроническим билиарным панкреатитом после различных вариантов хирургического лечения

ИВАНУСА С.Я., профессор, полковник медицинской службы¹
ЛАЗУТКИН М.В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы¹
ШЕРШЕНЬ Д.П., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы¹
ЕЛИСЕЕВ А.В., майор медицинской службы (hup@mail.ru)¹
ГОЛЬЦОВ В.Р., доктор медицинских наук²

¹Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург; ²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

Изучены показатели качества жизни пациентов (n=365) с хроническим билиарным панкреатитом до операции, через 6 мес и до 10 лет после хирургического вмешательства. Установлено, что снижение качества жизни больных до операции главным образом обусловлено болевым синдромом. Через 6 мес после операции постепенно восстанавливаются трудоспособность и физическая активность на фоне уменьшения болевого синдрома. В отдаленный период наибольшее значение приобретают диспептические расстройства и снижение физической работоспособности. Использование миниинвазивных технологий приводит к более быстрому восстановлению показателей качества жизни больных в послеоперационный период, а в отдаленный период применение миниинвазивных методик и диссоциации общего желчного и панкреатического протоков не имеют достоверных различий и приближены к показателям нормы. Наихудшие показатели качества жизни отмечены у пациентов, перенесших наложение холедоходуоденоанастомоза.

К л ю ч е в ы е с л о в а: хронический билиарный панкреатит, хирургическое лечение, качество жизни.

Ivanusa S.Ya., Lazutkin M.V., Shershen' D.P., Eliseev A.V., Goltsov V.R. — Indicators of the quality of life of patients with chronic biliary pancreatitis after various options for surgical treatment. *Quality of life indicators of patients (n=365) with chronic biliary pancreatitis before the operation, 6 months and up to 10 years after surgical intervention were studied. It was found that the decrease in the quality of life of patients before surgery is mainly due to pain syndrome. After 6 months after the operation, the work capacity and physical activity are gradually restored against the background of a reduction in the pain syndrome. In the late period, the greatest importance is acquired by dyspeptic disorders and reduced physical performance. The use of minimally invasive technologies leads to a faster recovery of the quality of life indicators of patients in the postoperative and remote periods, the use of minimally invasive techniques and the disassociation of the common biliary and pancreatic ducts do not have significant differences and are close to the norm. The worst quality of life was observed in patients who underwent the imposition of choledochoduodenostomosis.*

К е у w o r d s: chronic biliary pancreatitis, surgical treatment, quality of life.