

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

© *Б.К. Комяков, А.В. Сергеев, В.А. Фадеев, А.Ю. Ульянов, К.И. Исмаилов*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Цель исследования. Изучить выживаемость у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии.

Материалы и методы. В нашей клинике радикальная цистэктомия с различными методами деривации мочи выполнена 380 больным раком мочевого пузыря. Мужчин было 328 (86,0 %), женщин — 52 (14,0 %). Всем больным были выполнены клиничко-лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, лучевые методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Общая выживаемость при десятилетнем катамнестическом периоде наблюдения составила 43,4 %, а десятилетняя раковоспецифическая выживаемость — 47,2 %. У больных без метастазов в регионарные лимфоузлы двухлетняя общая выживаемость составила 81,2 %, пятилетняя — 67,2 %. В группе пациентов с метаста-

зами в регионарные лимфоузлы общая двухлетняя выживаемость равнялась — 46,9 %, пятилетняя — 13,9 %. В лимфонегативной группе двухлетняя раковоспецифическая выживаемость составила 83,6 %, пятилетняя — 70,7 %. В лимфоположительной группе двухлетняя раковоспецифическая выживаемость составила 51,0 % больных, пятилетняя — 15,1 %. По мере увеличения стадии pT и степени гистопатологической градации опухоли общая и раковоспецифическая выживаемость также снижалась.

Заключение. Стадия опухоли (pT), статус регионарных лимфоузлов (pN), степень гистопатологической градации (pG) оказывают существенное независимое влияние на общую и раковоспецифическую выживаемость у больных раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПОСЛЕ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ РАКА

© *Б.К. Комяков, И.С. Гончар, С.А. Замятнин*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (г. Санкт-Петербург)

Введение. Рак почки является одним из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Ежегодно в мире регистрируется более 200 тысяч новых случаев этого заболевания, а смертность от прогрессирования почечноклеточного рака превышает 116 тысяч человек в год. В России, как и во всем мире, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от рака почки на 2–4 % в год во всех социальных и возрастных группах населения. В большой степени такой стремительный темп прироста объясняется как ростом самого заболевания,

так и широким внедрением ультразвуковых и лучевых методов диагностики в повседневную практику. В связи с возросшим в последние годы количеством случайно выявленных локализованных форм почечноклеточного рака изменился подход к тактике хирургического лечения этой группы пациентов. Наряду с радикальной нефрэктомией, расширяются показания к органосохраняющим операциям. Проведенные клинические исследования доказали, что органосохраняющие операции при локализованном раке почки позволяют избежать развития хронической почечной

недостаточности в отдаленном послеоперационном периоде при равнозначной онкологической эффективности в сравнении с радикальной нефрэктомией.

Одним из главных критериев оценки эффективности проведенного органосохраняющего лечения является сохранность функции оперированной почки. Несмотря на накопленный более чем за 40 лет мировой опыт подобных операций, до сих пор дискуссионными остаются вопросы о методах защиты функции органа.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на изучении 217 больных, которые наблюдались и были оперированы по поводу рака почки в урологической клинике ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ на базах урологического отделения СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» и СПб ГКОД в период с 1998 по 2016 год. Всем пациентам были выполнены различные органосохраняющие хирургические вмешательства. Мужчин было 132 (60,8 %), женщин 85 (39,2 %). Возраст больных колебался от 24 до 81 года и в среднем составил 57,3 года.

Локализованный почечноклеточный рак диагностирован у 181 (83,4 %) пациента. Из них размер опухоли, соответствующий стадии pT1a, был выявлен у 152 (84,0 %) больных, а T1b — в 24 (13,3 %) случаях. Опухоль, занимающая половину почки и имеющая размеры более 7 см (T2a-b), была диагностирована в 22 (10,1 %) случаях. Пациенты с местнораспространенным почечноклеточным раком (T3a) составили 8,8 % от всей анализируемой совокупности случаев. Пациенты, у которых были диагностированы отдаленные или регионарные метастазы на момент постановки диагноза, в исследование не включались.

Органосохраняющее хирургическое лечение без применения общей или селективной ишемии было успешно выполнено у 64 (29,5 %) больных. Методы селективной ишемии почки использованы в 62 (28,6 %) случаях. Тепловая ишемия почки потребовалась при операциях также у 62 (28,6 %) пациентов. В остальных 29 (13,3 %) случаях операция проводилась с использованием дополнительных методов противоишемической защиты почки.

Результаты и их обсуждение. После органосохраняющих операций на почке по пово-

ду опухоли без использования методов ишемии органа было выявлено снижение уровня клиренса креатинина в среднем на 9,3 мл/с. После резекции почки по поводу опухоли с использованием селективных методов ишемии органа было выявлено снижение уровня клиренса креатинина в среднем на 13,2 мл/с. Похожие данные были получены и в группе больных, оперированных в условиях полной тепловой ишемии почки менее 25 минут. Однако важным условием была удовлетворительная функция контралатеральной почки до операции. При необходимости более длительной ишемии обязательным условием было использование методов дополнительной противоишемической защиты почки во время ее резекции.

У пациентов, перенесших резекцию почки в условиях холодовой ишемии с использованием ледовой крошки, снижение уровня клиренса креатинина было в пропорции 1 : 1,3. В группе больных, перенесших экстракорпоральную резекцию почки с ее последующей аутотрансплантацией, отмечено снижение уровня КК в 1,5 раза. Таким образом, была выявлена статистически значимая отрицательная динамика клиренса креатинина в обеих анализируемых группах на 17,4 и 27,3 единицы соответственно. Пациенты, оперированные в условиях изолированной холодовой ишемии почки не более 53 минут, имели достоверно лучшие показатели функционального состояния нефронов после операции по сравнению с больными, которым потребовалась более продолжительная холодовая ишемия.

Заключение. Временное отключение почки от магистрального кровотока может приводить к снижению или потере ее функции. Полная тепловая ишемия почки менее 25 минут может считаться безопасной и не приводит к потере функции органа. При необходимости продолжительного выключения почки из магистрального кровотока обязательным является использование дополнительных методов ее противоишемической защиты. В тех случаях, когда предполагается ишемия органа более 50 минут, предпочтительным является метод противоишемической защиты с использованием охлажденного до +4 °С кардиopleгического раствора.