

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ

© Б.К. Комяков, Б.Г. Гулиев, М.М. Мусаев

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

Введение. За последние десятилетия количество больных с локализованным раком почки заметно увеличилось, что в первую очередь связано с активным повсеместным внедрением ультразвуковой диагностики, позволяющей выявить опухоли почки на ранних стадиях. При стадиях заболевания $\geq T1b$ и здоровой контралатеральной почке методом выбора остается радикальная нефрэктомия, которая обеспечивает хорошую отдаленную выживаемость. Однако при данной операции наряду с новообразованием приходится удалять достаточное большое количество нормально функционирующих нефронов, что может привести к развитию почечной недостаточности. Целью нашей работы было изучение, наряду с онкологическими показателями, функциональных результатов открытой и лапароскопической радикальной нефрэктомии.

Материалы и методы. В исследование включены результаты оперативного лечения 386 больных с опухолью почки стадии $cT1-2N0M0$, которым выполнена радикальная нефрэктомия в клинике СЗГМУ имени Мечникова на базе урологического отделения ГМПБ № 2 с 2000 по 2016 год. Мужчин было 212 (55,0 %), женщин — 174 (45,0 %), соотношение составило 1,2 : 1. Средний размер опухоли составил $5,2 \pm 2,4$ см. Больные были распределены на две группы: 1-я группа — 226 (58,5 %) больных, оперированных открытым доступом, 2-я группа — 160 (41,5 %) больных, которым была произведена лапароскопическая нефрэктомия. В зависимости от стадии заболевания больные распределены следующим образом: $T1a$ — 96 (24,9 %), $T1b$ — 180 (46,6 %), $T2a$ — 74 (19,2 %) и $T2b$ — 36 (9,3 %). Функция почки до операции и в послеоперационном периоде оценивалась с помощью определения расчетной скорости клубочковой фильтрации

(СКФ). Обе группы по различным показателям (возраст, пол, ИМТ, сторона поражения, исходное функциональное состояние почки) были сопоставимы. Однако в лапароскопической группе преобладало количество больных со стадией $T1a$, оперированных в основном на этапе освоения методики лапароскопической нефрэктомии. Период наблюдения составил $60,0 \pm 14,6$ мес.

Результаты. Достоверных различий в количестве интра- и послеоперационных осложнений после лапароскопических и открытых нефрэктомий не было. В послеоперационном периоде категория $pT1a$ выявлена у 96 (24,9 %), $pT1b$ — у 180 (46,6 %), $pT2a$ — у 70 (18,1 %) и $pT2b$ — у 28 (7,3 %), $pT3a$ — у 12 (3,1 %), $pN1$ — у 11 (2,8 %) больных. Пятилетняя общая, специфическая и безрецидивная выживаемость больных, подвергнутых открытой нефрэктомии, составила 95,1; 98,6 и 92,0 %, лапароскопической нефрэктомии — 94,4; 100,0 и 93,1 % соответственно. Средняя дооперационная СКФ у 386 больных составила 84,4 мл/мин/1,73 м². Хроническая болезнь почек ≥ 3 -й степени диагностирована у 70 (18,1 %) больных. Снижение уровня СКФ в послеоперационном периоде (< 60 мл/мин/1,73 м²) имело место у 160 (41,4 %) больных, а продолжающееся снижение СКФ ≥ 4 мл/мин/1,73 м² в год при исходной хронической болезни почек ≥ 3 -й степени — у 10 (2,6 %) больных.

Заключение. Онкологические и функциональные результаты открытой и лапароскопической нефрэктомии отличаются незначительно. В послеоперационном периоде, независимо от доступа, наблюдается снижение СКФ, особенно у пациентов с исходной хронической болезнью почек. Поэтому количество органосохраняющих операций, особенно при опухолях $T1a$, должно превалировать над органонуносящими вмешательствами.