

СЛУЧАЙ ТРЕХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННЕГО СИНХРОННОГО РАКА ПОЧЕК С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

УДК 616.61–006.6–08+616.831–033.2

Поступила 14.02.2015 г.



П.С. Зубеев, д.м.н., профессор, зав. кафедрой экстремальной хирургии ФПКВ¹; главный врач²;

О.А. Коровин, зав. урологическим отделением²;

Ф.А. Севрюков, д.м.н., профессор кафедры урологии им. Е.В. Шахова¹

¹Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород, 603005, пл. Минина и Пожарского, 10/1;

²Городская больница №33, Н. Новгород, 603076, пр. Ленина, 54

Продемонстрирован случай хирургического лечения двустороннего синхронного рака почек с метастатическим поражением головного мозга. Особенностью наблюдения является трехэтапное лечение: первоначальное удаление вторичного очага в головном мозге, последующее удаление левой почки через 14 дней и выполнение резекции правой почки через 1 мес. Сохранено 40% правой почки. В послеоперационном периоде пациенту не понадобилось проведение заместительной терапии.

Ключевые слова: синхронный рак почек; резекция почки; почечно-клеточный рак; магнитно-резонансная томография с контрастированием.

English

A Case of Three-Stage Treatment of Bilateral Synchronous Renal Carcinoma with Metastatic Brain Lesions

P.S. Zubeev, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Extreme Surgery, Faculty of Doctors' Advanced Training¹; Chief Doctor²;

O.A. Korovin, Head of Urology Department²;

F.A. Sevryukov, MD, DSc, Professor, the Urology Department named after E.V. Shakhov¹

¹Nizhny Novgorod State Medical Academy, 10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation;

²City Hospital No.33, 54 Prospect Lenina, Nizhny Novgorod, 603076, Russian Federation

There has been described a case of surgical management of bilateral synchronous renal carcinoma with metastatic brain lesions. The feature of the observation is tree-stage treatment: the initial resection of the secondary brain lesion followed by the left nephrectomy 14 days later and the right nephrectomy a month later. 40% right kidney was preserved. The patient required no substitution therapy in the postoperative period.

Key words: synchronous renal carcinoma; partial nephrectomy; renal cell carcinoma; contrast enhanced magnetic resonance imaging.

Одно из ведущих мест среди онкологических заболеваний органов мочеполовой системы в настоящий момент занимают опухоли почек. По данным статистики, около 95% опухолей почек являются злокачественными, что вынуждает врачей использовать хирургические методы лечения. Следует отметить, что двустороннее поражение почек встречается все чаще. Тактика при данной патологии всегда индивидуальна: необходимо выполнить радикальное удаление опухоли, но при этом максимально сохранить неповрежденную ткань почки. Приводим собственное наблюдение синхронного рака почек с метастатическим пораже-

нием головного мозга и поэтапного удаления онкопроцесса.

На использование данных было получено информированное согласие пациента.

Пациент К., 69 лет, госпитализирован в Городскую больницу №33 Н. Новгорода в экстренном порядке 24.03.2014 г. с жалобами на рвоту, похудание, изменение цвета мочи (гематурия). Данная симптоматика отмечалась в течение последних 6 дней. За медицинской помощью не обращался. За последние пять лет УЗИ органов брюшной полости не проводил.

Для контактов: Коровин Олег Александрович, e-mail: dok.kor1177@mail.ru

По данным УЗИ в стационаре: левая почка — 19×7×5 см, паренхима — до 2,0 см, в области верхнего полюса с переходом на средний сегмент отмечается объемное образование — 10×9 см, кистозно-солидного характера с признаками кровотока, наблюдается деформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС); правая почка — 12×6×4,5 см, ЧЛС без особенностей, толщина паренхимы — 2,3 см, в проекции верхнего полюса — объемное образование 6×5 см.

Экскреторная урография: теней конкрементов не выявлено, функция левой почки снижена, контрастирование ЧЛС на 30-й минуте, отмечается деформация ЧЛС, верхняя и средняя группа чашечек деформирована за счет объемного образования, мочеточник контрастируется до мочевого пузыря, функция правой почки — удовлетворительная, ЧЛС не расширена, мочеточник визуализируется на всем протяжении.

МРТ забрюшинного пространства от 26.03 (рис. 1): левая почка размерами 188×87×69 мм, деформирована, наружные контуры — бугристые за счет образований неоднородной структуры, состоящих из солидных, псевдопаренхиматозных и кистозных компонентов, которые занимают ее верхний и средний сегменты; правая почка размерами 125×68×57 мм, в области верхнего полюса определяется опухолевидное образование неоднородной структуры, кистозно-солидного характера, размерами 65×47×40 мм, деформирующее верхнемедиальный контур почки. Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено. Объемные образования накапливают контрастное вещество.

Пациенту начато проведение симптоматической терапии, на фоне лечения отмечались диспептические явления в виде рвоты до 5–6 раз в сутки, которые не купировались.

МРТ головного мозга от 27.03 (рис. 2): признаки объемного образования в проекции мозжечка размером 3,5×3,0 см.

По данным УЗИ брюшной полости, рентгенографии грудной клетки вторичных очагов не выявлено.

Основной диагноз: «синхронный рак почек T₂N₁M₁ (метастазы в головной мозг), IV стадия».

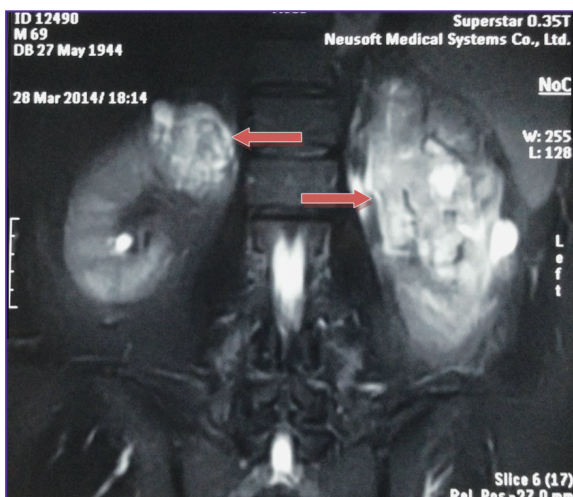


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма с контрастированием: опухоль левой почки — 10×9 см, опухоль верхнего полюса правой почки — 6,5×4,5 см

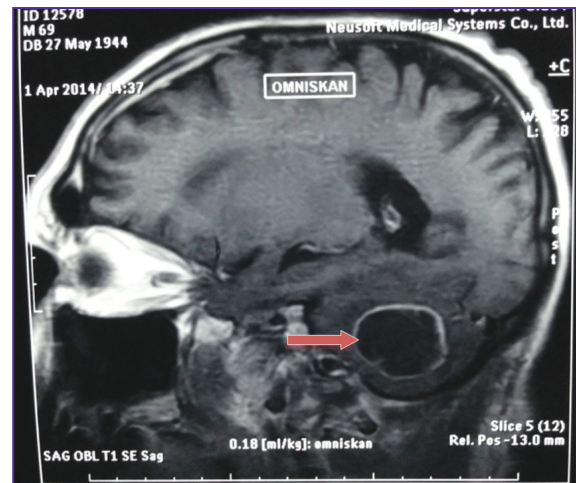


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма головного мозга: сагиттальный скан — метастатический очаг в головном мозге

Сопутствующий диагноз: «атеросклеротический кардиосклероз, пароксизмальная желудочковая тахикардия, хроническая сердечная недостаточность IIA стадии, III функционального класса (NYHA)».

После проведения консилиума принято решение о переводе больного в нейрохирургический стационар Городской больницы №39. Пациенту после подготовки 8.04 выполнена операция — трепанация задней черепной ямки, удаление опухоли. Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением. Отмечено купирование всех диспептических явлений.

Гистология от 16.04: метастаз почечно-клеточного рака.

15.04 пациент выписан из стационара и 25.04 повторно госпитализирован в Городскую больницу №33 на плановое оперативное лечение. После предоперационной подготовки и проведения консилиума принято решение выполнить оперативное лечение в объеме левосторонней нефрэктомии.

ОАК: Hb — 135 г/л; ле. — 4,4·10⁹; СОЭ — 23 ммоль/л.

Биохимия крови: мочевина — 5,3 ммоль/л; креатинин — 85 ммоль/л; сахар — 4,7 ммоль/л. Диурез — 1500 мл. 29.04 выполнена операция — лапаротомия, нефрадреналэктомия слева, парааортальная лимфодиссекция.

ОАК от 7.05: Hb — 108 г/л; ле. — 9–8·10⁹.

Биохимия крови: мочевина — 6,0 ммоль/л; креатинин — 114 ммоль/л.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Диурез — 1700 мл.

Гистология от 8.05: макропочка с паранефральной клетчаткой размером 19×8×10 см. На разрезе видна опухоль 9×8×7 см, грязно-желтого цвета, замещающая ткань почки в области лоханки и верхнего полюса. На глаз отмечается прорастание в прилегающую паранефральную клетчатку. На поверхности почки имеется киста 6×6 см, не связанная с опухолью. К верхнему полюсу почки прилежит надпочечник 4×3 см, отдельно — парааортальная клетчатка серо-желтого цвета (18 кусочков). Гистологическое заключение: почечно-клеточный рак, светлоклеточный

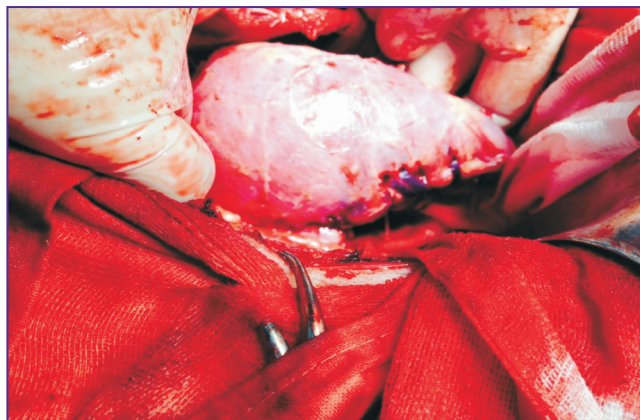


Рис. 3. Правая почка после сегментарной резекции

вариант с очагами зернисто-клеточного строения, G2, с прорастанием собственной капсулы почки, кровоизлияниями и некрозами; ретенционная киста; опухолевого роста в надпочечнике и лимфатической клетчатке не выявлено.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. Пациент выписан домой на 12-е сутки после операции.

10.06 пациент повторно госпитализирован на плановое оперативное лечение.

УЗИ от 10.06: единственная правая почка с наличием объемного образования в проекции верхнего полюса размером 6×5 см, надпочечник не визуализируется.

Биохимия крови: мочевина — 7,5 ммоль/л; креатинин — 108 ммоль/л.

По данным экскреторной урографии: функция почки — удовлетворительная, ЧЛС не расширена, мочеточник контрастируется на всем протяжении. С учетом расположения опухоли принято решение определить уровень эпинефринов (альдостерона, кортизола, адреналина). Проведен консилиум, на котором больной информирован о возможности пожизненного перевода на заместительную терапию (гемодиализ) в послеоперационном периоде при нарастании явлений хронической почечной недостаточности, а также о вероятности нефрэктомии единственной правой почки после визуализации опухоли интраоперационно и оценки возможности ее операбельности. Получено согласие пациента на оперативное лечение.

12.06 выполнена операция — люмботомия справа, резекция верхнего полюса правой почки, дренирование брюшинного пространства. Интраоперационно выявлена опухоль верхнего полюса, расположенная интра- и экстраренально, размером 6×5 см, серо-желтого цвета, надпочечник мобилизован от почки, с опухолью не спаян. На почечные сосуды (артерия, вена) наложены зажимы Дебейки. Тепловая ишемия составила 9 мин. Выполнена сегментарная резекция отступая от опухоли 1,5 см. В нижнем полюсе обнаружено образование 0,8×0,9 мм, которое было удалено отступая от опухоли 5–7 мм. Рана почки ушита матрацными, узловыми швами, вскрытые чашечки ушиты атрауматичным материалом (моносин 2,0), кровопотеря составила 150 мл. Улавливающие дренажи удалены на 3–4-е сутки (рис. 3).

Пациент находился в отделении реанимации и интен-

сивной терапии 5 сут. В первые сутки после операции диурез составил 200 мл. Биохимия крови: мочевина — 16,3 ммоль/л; креатинин — 252,8 ммоль/л. Проводились антибиотикотерапия, инфузионная терапия, профилактика тромбозомболических осложнений.

14.06: диурез — 300 мл; мочевина — 22,4 ммоль/л; креатинин — 380 ммоль/л; электролиты крови — PO_2 — 33,7 мм рт. ст., PCO_2 — 28,4 мм рт. ст., pH — 7,308 (–), Na — 131,8 ммоль/л, Ca — 0,168 ммоль/л, K — 2,66 ммоль/л. Пациент находится в сознании, экстубирован, состояние — стабильное, тяжелое. Повторный анализ: диурез — 500 мл; мочевина — 23,0 ммоль/л; креатинин — 473 ммоль/л. Пациент проконсультирован нефрологом, зав. отделением амбулаторного диализа. Принято решение о продолжении симптоматической терапии. Показаний для проведения заместительной терапии не было. 15.06: диурез — 3500 мл, пациент стабилен, переведен в урологическое отделение, где продолжена консервативная терапия. На 10-е сутки после операции показатели крови составили: мочевина — 12,4 ммоль/л; креатинин — 261 ммоль/л. Средний диурез за сутки — 1200–1800 мл.

Гистология от 18.06, макро: 3 фрагмента жировой ткани: меньший — 2,7×2,0×2,1 см, больший — 5,0×3,0×2,0 см без уплотнений; часть почки 8,0×6,0×6,0 см, с паранефральной клетчаткой, на разрезе видно образование пестрого вида 7,3×5,8×5 см, с участками бурого и желтого цвета, местами коллоидного вида; фрагмент ткани 1,0×1,0×0,7 см, мягкой консистенции, на разрезе грязно-серого цвета, гомогенного вида. Патогистологическое заключение: жировая ткань с единичными точечными кровоизлияниями. Почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант G2, без прорастания собственной капсулы, с множественными некрозами и кровоизлияниями. Швы сняты на 9–10-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Заключительный диагноз: «двусторонний синхронный рак почек $rT_2N_0M_0$ (метастазы в головной мозг) G2, IV стадия. Состояние после удаления вторичного очага в головном мозге, нефрэктомии слева, резекции правой почки». Пациент переведен на долечивание в отделение нефрологии.

Первый осмотр состоялся через 6 мес. Состояние — удовлетворительное. Диурез за сутки — 1200–1500 мл, аппетит — хороший, отеков не отмечается, АД — 140/70 мм рт. ст. Биохимия крови: мочевина — 10,4 ммоль/л, креатинин — 206 ммоль/л. По данным УЗИ, МРТ: правая почка — 7×4 см, паренхима — 1,8 см, ЧЛС не расширена. В ложе левой почки признаков рецидива не обнаружено. Брюшинные лимфоузлы не увеличены.

Особенностью данного наблюдения является двустороннее поражение почек. Тактика хирургического лечения в таком случае всегда индивидуальна. Одномоментное удаление опухолей обеих почек — достаточно травматичная операция, послеоперационный период протекает более тяжело. Данный пример иллюстрирует, что следует стремиться максимально сохранять ткань единственной почки независимо от размеров опухоли с целью избавления больного от заместительных методов лечения, тем самым обеспечивая удовлетворительное качество жизни пациента.