
ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.61-006.6-06:616.24-089.87

НИКОЛАЙ ВИЛЛЕНОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСКИЙ,
АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ БЕЛЫЙ, ВИТАЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ БУБЛИК,
ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРУТЬКО, РУСЛАН АНАТОЛЬЕВИЧ ПОДЛЕСНЫЙ,
МАКСИМ ВЛАДИМИРОВИЧ ВЕРБИЦКИЙ

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПОЧКИ И ЕГО МЕТАСТАЗАХ

Резюме. Представлен успешный результат хирургического лечения гипернефроидного светлоклеточного рака почки с одномоментным удалением метастазов нижней доли правого легкого.

Этот клинический случай доказывает, что при одновременном удалении первичной опухоли светлоклеточного рака почки и его метастазов в легкое можно достичь высокой эффективности лечения как в ближайшем, так и отдаленном периоде.

Ключевые слова: рак почки, метастаз в легкое, сочетанные или одномоментные операции.

Почечно-клеточный рак занимает третье место по заболеваемости среди злокачественных новообразований мочеполовой системы после опухолей предстательной железы и мочевого пузыря. Существует три главных подтипа почечно-клеточного рака. Наиболее часто встречаемый — светлоклеточный (75–85 %), папиллярный или хромофильный (12–14 %), хромофобный (4–6 %).

Анализ возрастных показателей заболеваемости указывает, что пикового значения они достигают в возрасте 75–79 лет. Следует отметить, что начиная с возрастной группы 30–34 года до 60–64 лет наблюдается увеличение показателей заболеваемости в 1,5–2,0 раза в сравнении с предыдущей [1].

У большинства (50–60 %) первичных пациентов диагностируют локализованный почечно-клеточный рак начальных стадий, для которых первым и основным этапом лечения является хирургическое вмешательство, позволяющее излечить большинство больных. Хирургическое лечение метастатического почечно-клеточного рака возможно лишь при солитарном характере поражения, а в остальных случаях его возможности крайне ограничены. После радикальной операции 5-летняя выживаемость этого небольшого контингента больных может достигать 23 %.

При резекции почки по поводу опухоли важными техническими аспектами хирургического пособия являются рациональный оперативный доступ, 100 % дооперационная информация об артериальном кровоснабжении и венозном оттоке крови, минимальная тепловая ишемия почки, удаление опухоли в пределах здоровых тканей, герметичность ушивания чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) при ее повреждении и надежный окончательный гемостаз.

Метастазирование злокачественных опухолей в значительной мере определяет клиническое течение, выбор методов лечения и прогноз заболевания. В практике торакальных хирургов метастатическое поражение легких встречается довольно часто. Частота метастазирования злокачественных опухолей в легкие, по данным различных авторов, варьирует от 1,6 до 55,4 % в зависимости от локализации и гистологической структуры первичной опухоли. Метастатическое поражение легких встречается в 37,7 % злокачественных новообразований почек [2]. В 70–90 % случаев метастазы располагаются в «плащевой» зоне легких. В 50,0–81,8 % случаев распространение метастазов в легкие происходит лимфогематогенным путем, реже — гематогенным (9,4–30,2 %) и лимфогенным (4,3–23,5 %) путями [3, 4].

Несмотря на то, что хирургическое удаление метастазов выполняется на протяжении более 40 лет,

© Н. В. Красносельский, А. Н. Белый, В. В. Бублик,
Е. Н. Крутько, Р. А. Подлесный, М. В. Вербицкий, 2017

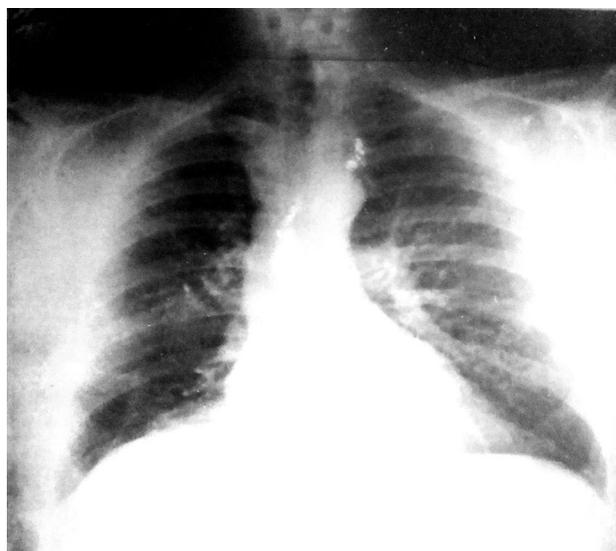
критерии отбора больных за это время изменились мало. Обязательным условием являются полное удаление первичной опухоли, отсутствие других проявлений метастатической болезни, количество узлов должно быть ограниченным и доступным для полного удаления, уверенность в том, что больной перенесет планируемое хирургическое лечение.

Как правило, хирургическое лечение метастатического поражения легких начинают с основного заболевания на основании всестороннего обследования больных [5].

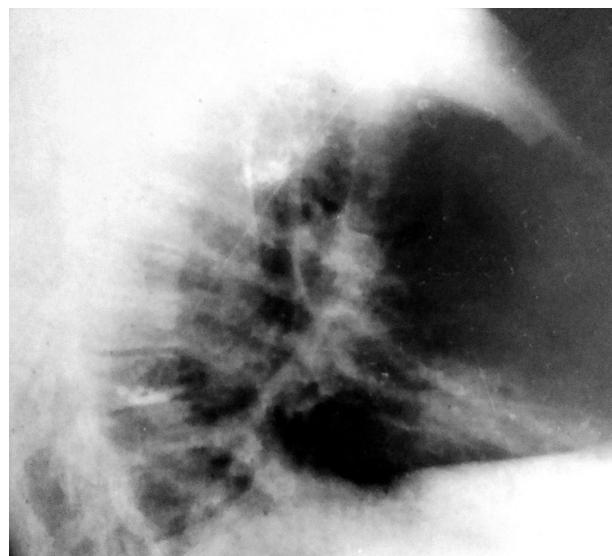
Клинический случай

Больной Ч., 41 год, обратился с жалобами на кашель и хрипы при дыхании, возникающие во время сна.

Считает себя больным в течение 4 месяцев. При рентгенографии легких в проекции нижнедолевого бронха справа определяется тень опухолевого образования до 2,5 см в диаметре с обструкцией бронха и ателектазом нижней доли (рис. 1 *а, б*).



а

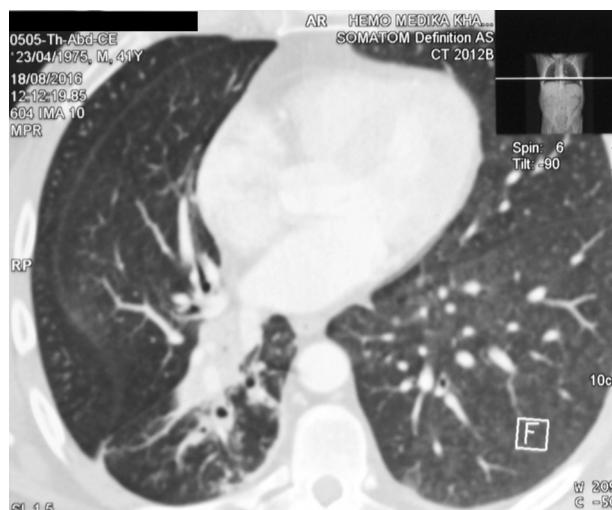


б

Рис. 1. Рентгенограммы до операции: *а* — тень опухолевого образования нижнедолевого бронха справа; *б* — ателектаз нижней доли правого легкого



а



б

Рис. 2. СКТ-снимки до операции: *а* — опухолевое образование нижнедолевого бронха правого легкого; *б* — обструктивный ателектаз нижней доли правого легкого

Выполнена видеобронхоскопия — просвет бронхов левого легкого до 5-го порядка свободен. Дыхательные экскурсии бронхов сохранены. Слизистая бронхов бледно-розовая, сосудистый рисунок умеренно выражен. Справа устье нижнедолевого бронха obturirovano плотным легкокровооточащим образованием (рис. 2 *а, б*).

Взята биопсия — ангиофиброзный полип. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшинного пространства (почки и надпочечники). Почки типично расположены, обычных размеров. Паренхима не истончена. Структура паренхимы справа однородная, форма обычная; ЧЛС не расширена.

В нижнем полюсе левой почки по латеральному краю определяется объемное образование с четкими контурами, неоднородной структуры, размером 35 × 36 мм.

Заключение: Объемное образование правой почки (УЗ-структура и тип кровотока наиболее соответствуют заболеванию).

Больному проведена тонкоигольная биопсия опухоли нижней доли правого легкого. **Микроскопически** — большое количество пролиферирующего цилиндрического эпителия, частично с дистрофическими изменениями.

Проведена тонкоигольная биопсия опухоли левой почки. **Микроскопически** — кровь, кое-где скопления нейтрофилов. Другие элементы не найдены.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной, брюшной полостей, забрюшинного пространства, таза: в просвете нижнедолевого бронха правого легкого, частично распространяясь на промежуточный бронх, определяется гиперваскулярный мягкотканый компонент размером около 16 × 22 × 21 мм. Нижняя доля правого легкого находится в субтотальном обструктивном ателектазе. В средостении, бронхопульмональных зонах отмечаются немногочисленные мелкие лимфоузлы до 10 мм. В нижнем сегменте левой почки определяется округлое гиперваскулярное образование размерами приблизительно 47 × 40 × 55 мм. Увеличение региональных лимфоузлов не определяется. Заключение: КТ-признаки неопластического образования левой почки. Гиперваскулярное эндобронхиальное образование нижнедолевого бронха правого легкого (первичное? метастазы?) с обструктивным ателектазом нижней доли (рис. 3).

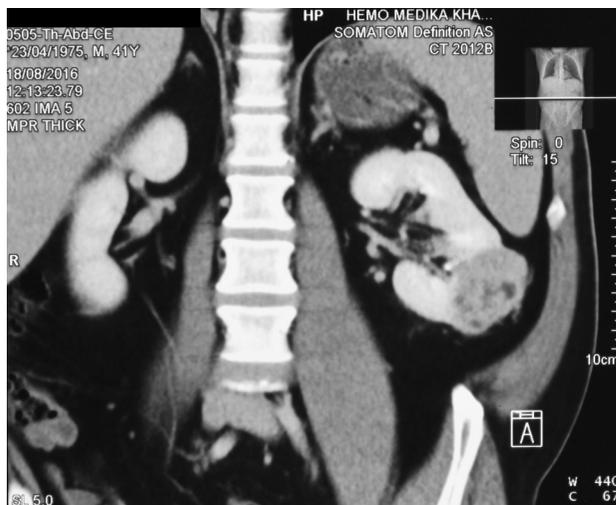


Рис. 3. Снимок СКТ до операции: первичное неопластическое образование левой почки

Несмотря на отрицательные результаты тонкоигольной биопсии опухоли легкого и почки, больному был оперирован в клинике ГУ ИМП НАМН Украины

одномоментно на левой почке и правом легком. При лапаротомии косо-поперечным разрезом в левом подреберье выполнена ревизия органов брюшной полости — патологических образований и mts не выявлено. При ревизии левой почки на границе среднего и нижнего сегментов, по латеральному краю обнаружено опухолевидное образование, легкоранимое и кровоточащее. Выделена почечная артерия и вена. Почечная артерия пережата, после чего резецирована почка с опухолью в пределах здоровых тканей. Сосуды паренхимы почки прошиты и перевязаны. Восстановлен кровоток в почке. Кровотечения нет. Тепловая ишемия почки 15 мин.

После ушивания лапаротомной раны выполнена передне-боковая торакотомия в V межреберье справа. Нижняя доля ателектазирована. В нижнедолевом бронхе опухоль до 20 мм, не переходящая на промежуточный бронх. В корне доли лимфоузлы до 15 мм. Рассечена плевра вокруг корня легкого. Магистральные сосуды корня легкого выделены и взяты на провизорные лигатуры. Ветви легочной артерии, питающие нижнюю долю, нижняя легочная вена прошиты, перевязаны и пересечены. Выделен нижний долевого бронх, прошит аппаратом УКБ, пересечен. Культи бронха укрыты отдельными узловыми швами. Нижняя доля удалена. Гемостаз. Дренажное ушивание плевральной полости по Бюлау. Послойное ушивание торакотомальной раны.

Патогистологическое исследование:

1. **Макроскопическая** опухоль размером 55 мм в диаметре с участками некроза на разрезе. **Микроскопически** — светлоклеточная гипернефроидная карцинома.

2. **Макроскопически** удаленная нижняя доля правого легкого. Субплеврально обнаружена опухоль диаметром 30 мм коричневого цвета, полупрозрачная. Отдельно доставлен белесоватый фрагмент ткани 10 и 20 мм и сероватый фрагмент 10 и 2 мм. **Микроскопически** — метастаз светлоклеточной гипернефроидной карциномы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной Ч. выписан из клиники на 14-е сутки. Обследован через год после операции. Данные о рецидиве и метастазах не выявлены. Общее состояние больного удовлетворительное. Рентгенологическое, УЗИ, МСКТ исследования показали, что функция оперированных органов сохранена (рис. 4 а, б, в).

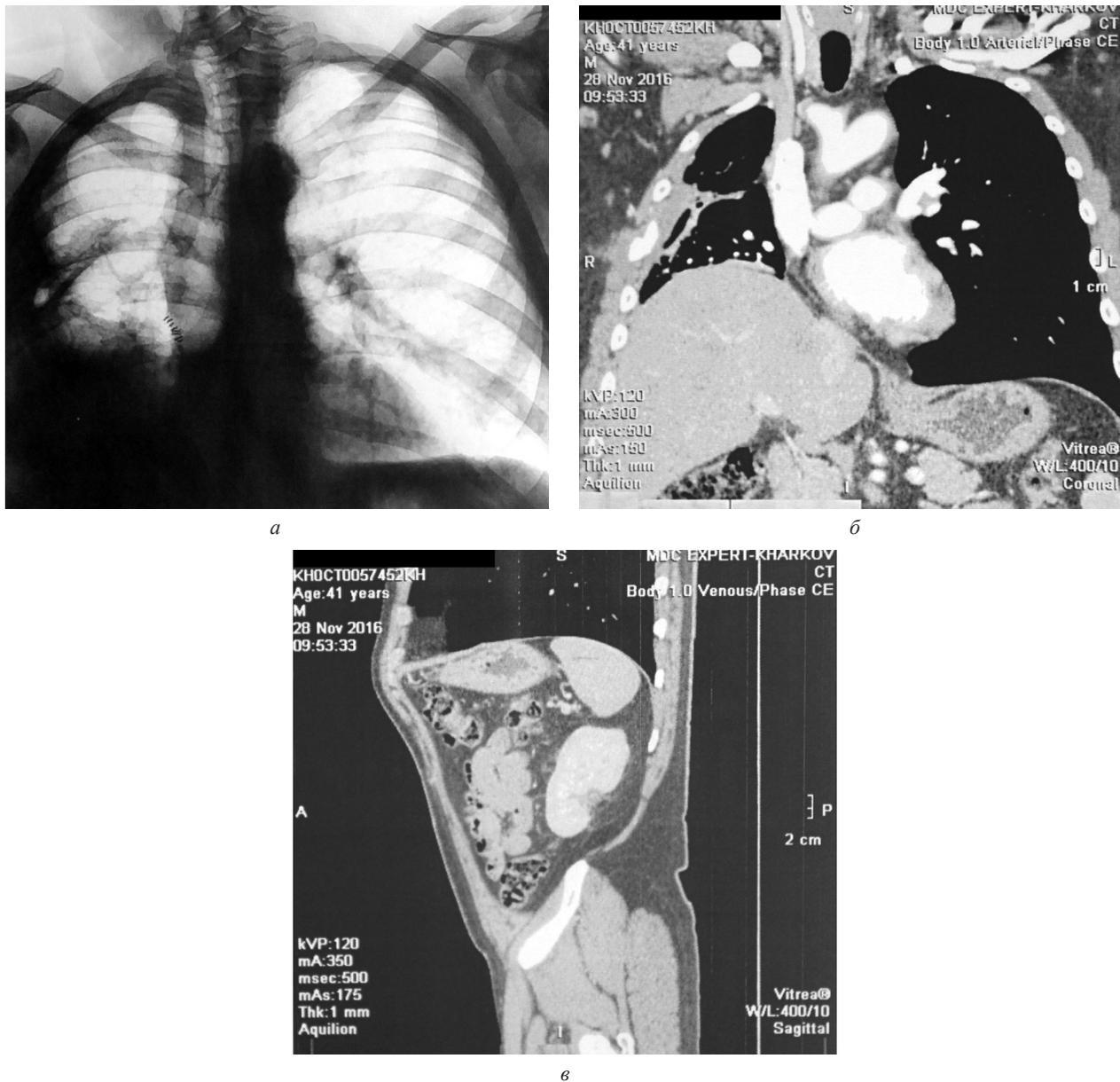


Рис. 4. Рентгенограмма и СКТ-снимки после операции: *а* — зона шва на культе нижнедолевого бронха; *б* — тяжи плевро-пульмонального фиброза; *в* — фиброз в послеоперационной зоне левой почки

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Онкологічні захворювання в Україні, 1993–2003 рр.* Міністерство охорони здоров'я України. Академія медичних наук України. Інститут онкології. — Київ, 2004.
2. *Хирургическое лечение метастазов рака почки в легкие* / В. Б. Матвеев, И. С. Стазиди, А. К. Тойгонбеков и др. // Вест. Кыргызско-Рос. Славян. ун-та. — 2003. — № 3. — Режим доступа: <http://www.krsu.edu.kg/vectnik/2003/v7/a29.html>.
3. *Ахмедов Б. П.* Метастатические опухоли / Б. П. Ахмедов. — М.: Медицина, 1984. — 191 с.
4. *Greclish J.* Secondary pulmonary malignancy / J. Greclish, J. Friedberg // *Surg. Clin. V. Am* 80(r). — 2000. — P. 633–657.
5. *Целесообразность хирургического удаления метастазов злокачественных новообразований в легкие* / В. Л. Ганул, Л. В. Бороров, Л. В. Ганул и др. // *Клиническая онкология.* — 2012. — № 5.

Статья поступила в редакцию 20.03.2017.

М. В. КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ, О. М. БІЛИЙ, В. В. БУБЛИК, С. М. КРУТЬКО,
Р. А. ПІДЛІСНИЙ, М. В. ВЕРБИЦЬКИЙ

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ ОДНОМОМЕНТНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ СВІТЛОКЛІТИННОМУ РАКУ НИРКИ І ЙОГО МЕТАСТАЗАХ

Резюме. Представлено успішний результат хірургічного лікування гіпернефроїдного світлоклітинного раку нирки з одномоментним видаленням метастазів нижньої частки правої легені.

Цей клінічний випадок доводить, що при одночасному видаленні первинної пухлини світлоклітинного раку нирки і його метастазів у легені можна досягти високої ефективності лікування як у найближчому, так і віддаленому періоді.

Ключові слова: рак нирки, метастази в легені, поєднані або одномоментні операції.

N. V. KRASNOSELSKIY, A. N. BELIY, V. V. BUBLIK, E. N. KRUTKO, R. A. PODLESNIY,
M. V. VERBITSKIY

SI «Grigoriev Institute for Medical Radiology of NAMS of Ukraine», Kharkiv

THE FEASIBILITY OF SIMULTANEOUS OPERATIONS PERFORMING IN PATIENTS WITH CLEAR CELL KIDNEY CANCER AND ITS METASTASES

Abstract. Successful outcome of surgical treatment of clear cell kidney cancer with simultaneous removal of metastases in the lower lobe of the right lung is presented.

Conclusion: the presented case is evidence that simultaneous removal of the primary clear cell kidney cancer tumor and its metastasis in the lung is possible to achieve good survival results.

Keywords: kidney cancer, metastases to the lungs, simultaneous operations.

Контактная информация:

Красносельский Николай Вилленович
д-р мед. наук, профессор, директор ГУ ИМР НАМН Украины
ул. Пушкинская, 82, г. Харьков, 61024, Украина
тел.: 704-10-65