

## Возможности хирургического лечения диссеминированного рака почки: описание клинического случая

Я.В. Гриднева, В.Б. Матвеев, Д.В. Перлин, Р.Г. Фу, В.В. Алешин, Д.А. Белов  
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

**Контакты:** Всеволод Борисович Матвеев [vsevolodmatveev@mail.ru](mailto:vsevolodmatveev@mail.ru)

Несмотря на возросшие возможности современных диагностических методов, число пациентов с распространенными формами рака почки (РП) не уменьшается. В недалеком прошлом результаты лечения больных местно-распространенным и метастатическим РП были неутешительными в связи с высокой частотой развития осложнений и летальностью после оперативных вмешательств. Однако совершенствование хирургической техники привело к пересмотру прежних представлений. При появлении метастазов в головной мозг прогноз крайне неблагоприятный, и без проведения специального лечения средняя продолжительность жизни с момента появления опухолевых очагов в центральной нервной системе составляет 1 мес. Еще недавно такие больные считались incurable. Хирургическое удаление метастазов РП из головного мозга позволяет быстро добиться хорошего паллиативного эффекта и увеличить продолжительность жизни этих больных, в том числе улучшить качество их жизни, что является немаловажным фактором для определения тактики лечения данных пациентов.

Ниже приведено клиническое наблюдение больной раком правой почки T2N0M0 с метастазами в левую почку и головной мозг.

*Больная С., 52 лет, наблюдается в отделении онкоурологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1998 г. по поводу РП.*

*В 1998 г. по поводу почечно-клеточного светлоклеточного рака правой почки (II степень анаплазии) больной выполнена нефрэктомия справа.*

*В феврале 2004 г. при очередном контрольном обследовании выявлено прогрессирование заболевания. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ): в проекции правого надпочечника определяется объемное образование размером до 4 см; в единственной левой почке в верхнем полюсе узел размерами 4,2 × 3,5 см; в средней трети — 2 узла размерами 3 и 2,5 см в диаметре с наличием кровотока; мелкие множественные опухолевые узлы до 1 см в диаметре.*

*13.05.2004 г. выполнено плановое оперативное вмешательство в объеме нефрэктомии слева, экст-*

*ракорпоральной резекции и гетеротопической ауто-трансплантации левой почки в правую подвздошную ямку, удаления культи правого надпочечника, аднексэктомии справа. Интраоперационно осуществлена резекция 12 пальпаторно определяемых опухолевых узлов размерами от 5 мм до 4 см в диаметре. Заключение гистологического исследования операционного материала: узловые образования левой почки в количестве 12 штук имеют строение почечно-клеточного (светлоклеточного) рака преимущественно II степени анаплазии с фокусами инвазии псевдокапсулы. Опухолевый узел надпочечника представлен разрастанием почечно-клеточного (светлоклеточного) рака (рис. 1).*

*В раннем послеоперационном периоде у больной возникла острая почечная недостаточность, в связи с чем проведено 27 сеансов гемодиализа.*

*24.05.2004 г. остро возникли общемозговые и очаговые неврологические симптомы: головная боль, тошнота, рвота, выпадение правого поля зрения, правосторонний центральный гемипарез. При КТ головного мозга выявлен участок кровоизлияния в затылочной области левого полушария размером 5 × 3 см, смещающий срединные структуры головного мозга вправо на 1 см и деформирующий задний рог бокового желудочка. В связи с этим 27.05.2004 г. выполнено экстренное опе-*



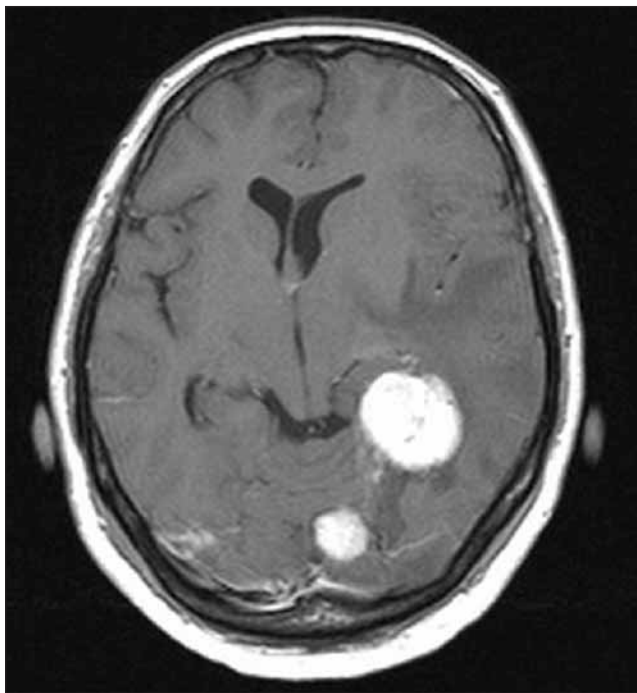
Рис. 1. Удаленные из почки 12 опухолевых узлов



**Рис. 2.** КТ аутотрансплантированной единственной почки

ративное вмешательство в объеме опорожнения внутримозговой гематомы левой затылочной области через фрезевое отверстие. При гистологическом исследовании подтверждена гемолизированная гематома, опухолевых клеток не найдено.

06.08.2004 г. больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии: уровень креатинина 170 мкмоль/л, мочевины — 9 ммоль/л, клиренс креатинина — 35 (рис. 2).

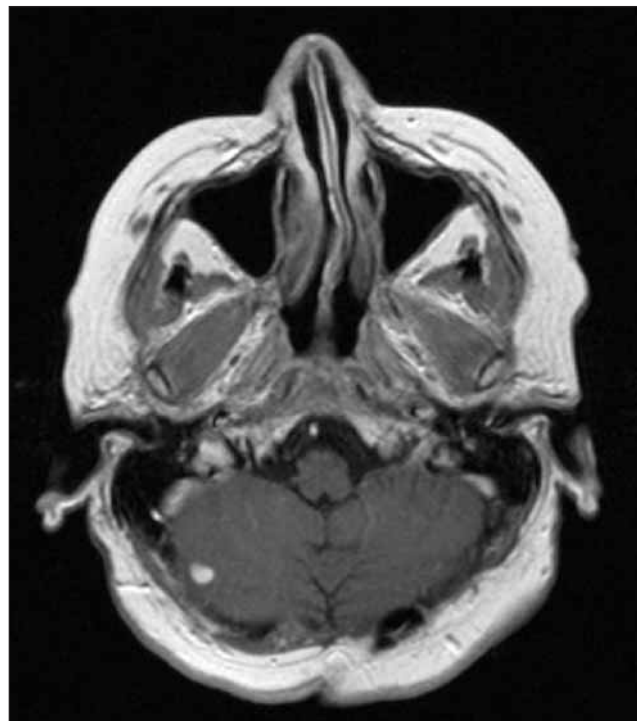


**Рис. 3.** Метастазы светлоклеточного почечно-клеточного рака в головной мозг

В середине апреля 2005 г. появились жалобы на сонливость, головную боль в затылочной области, ухудшение зрения, слабость в правой руке, нарушение походки. При неврологическом осмотре выявлены смешанная амнезия, афазия, аграфия, акалькулия, мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны, центральный легкий правосторонний гемипарез, статическая атаксия, динамическая атаксия слева. При КТ и магнитно-резонансной томографии головного мозга обнаружены 2 метастаза: один — в левой теменно-височной области размерами до 4 × 3 см в поперечнике, другой — в левой гемисфере мозжечка диаметром до 2 × 1,5 см с выраженными зонами отека, деформацией левого бокового желудочка, смещением срединных структур вправо на 1 см. 04.05.2005 г. выполнено оперативное вмешательство в объеме двуочаговой супрасубтенториальной трепанации черепа — в затылочной области слева и срединной в области задней черепной ямки, удаления 2 метастатических узлов из левой затылочной доли и левого полушария мозжечка. При патогистологическом исследовании операционного материала выявлены метастазы почечно-клеточного (светлоклеточного) рака в головной мозг (рис. 3).

После оперативного вмешательства общемозговые и очаговые неврологические симптомы исчезли, больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

При контрольном обследовании в марте 2008 г., через 3 года после последнего оперативного



**Рис. 4.** Метастаз в правой гемисфере мозжечка

вмешательства, обнаружены опухолевые узлы в единственной трансплантированной левой почке. По данным КТ, УЗИ брюшной полости и грудной клетки (19.03.2008): в левой почке определяется 3 опухолевых узла — 2, 2,5 и 3 см в диаметре. Функция почки удовлетворительная. Печень обычных размеров и формы. Забрюшинные и тазовые лимфатические узлы не увеличены. Отдаленных метастазов нет.

15.06.2008 г. выполнена резекция почки с удалением 2 опухолевых узлов и радиочастотная абляция одного образования размерами 1,5 см в диаметре единственной ауто трансплантированной почки с целью сохранения ее паренхимы.

Абляция может быть рекомендована пациентам с маленькими опухолями, располагающимися в корковом слое паренхимы почки, имеющим противопоказания к хирургическому вмешательству, а также больным с множественными и/или двусторонними опухолями. Клиренс креатинина до операции 39 мл/мин, после — 25 мл/мин (объем суточной мочи 2200 мл).

При контрольном обследовании в декабре 2008 г. выявлен единичный метастаз в правую гемисферу мозжечка диаметром 2 см.

17.01.2009 г. выполнена прецизионная конформная дистанционная радиохирургия со стереотаксическим наведением на метастаз в правой гемисфере мозжечка (рис. 4, 5).

В апреле 2009 г. признаков прогрессирования заболевания не обнаружено, пациентка находится в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, срок наблюдения за больной С. после экстракорпоральной резекции и гетеротопической ауто трансплантации почки составил 59 мес, выживаемость без прогрессирования заболевания (метастазы в головной мозг) — 11 мес.

Метастазы выявляются у 25% пациентов на момент установления диагноза. Средняя продолжительность жизни этой категории больных составляет 6—12 мес, и только 10% из них переживают 2 года. Медиана общей выживаемости подобных пациентов составляет всего 9,3 и 18,4 мес соответственно. Показанием к хирургическому лечению метастазов РП в головной мозг служит наличие солитарного опухолевого узла, располагающегося вне жизненно важных зон. У больных с хорошим соматическим статусом возможно удаление и нескольких метастатических очагов из головного мозга. Наличие экстракраниальных метастазов при отсутствии признаков их бурного прогрессирования не является противопоказанием к удалению метастазов из головного мозга, так как последние представляют непосредственную угрозу для жизни, а до реализации экстракраниальных

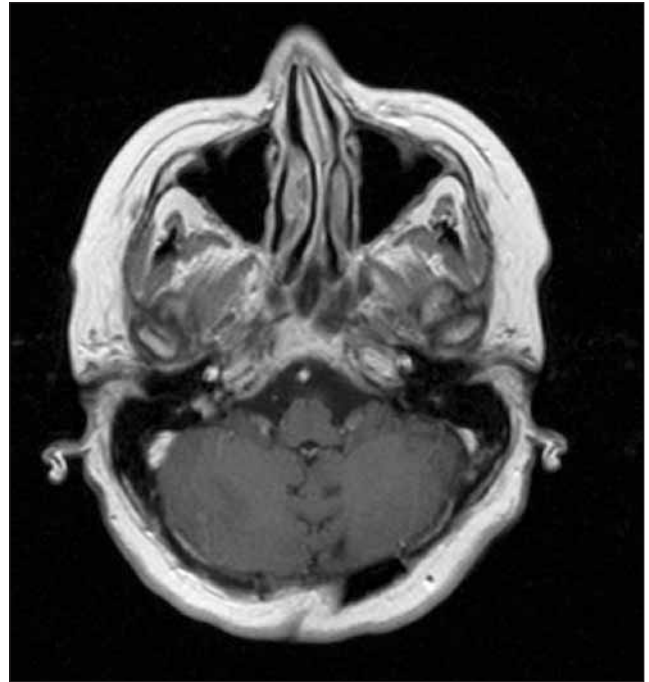


Рис. 5. Состояние после прецизионной конформной дистанционной радиохирургии со стереотаксическим наведением

очагов может пройти значительное время. Проведение повторных нейрохирургических вмешательств также оправдано, так как улучшает выживаемость при появлении рецидивов в головном мозге. На основании современного опыта хирургическое удаление метастазов РП в головной мозг — наиболее эффективный метод лечения, обеспечивающий повышение выживаемости и улучшение качества жизни по сравнению с лучевой и симптоматической терапией. Хирургическое удаление солитарных метастазов позволяет излечить ряд пациентов и увеличивает 5-летнюю выживаемость больных до 35—45%. Критерии отбора пациентов для хирургического лечения до конца не определены. Ввиду того что большинство больных с солитарными метастазами имеют множественные метастатические микрофокусы, решение о проведении хирургического лечения должно основываться на понимании того, что оно будет иметь скорее паллиативный характер и должно быть направлено не только на продление жизни, но и на улучшение ее качества. Таким образом, показания к хирургическому лечению во многом зависят от локализации поражений.

Пациентам, страдающим местно-распространенными формами заболевания, а также больным с солитарными или единичными метастазами показано хирургическое удаление всех определяемых опухолевых очагов. Представленное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует, что метаста-



тическое поражение в данном случае носило распространенный характер. Безусловно, подобные хирургические вмешательства требуют комплексного диагностического подхода с применением рентгеноконтрастных методов визуализации, тщательного планирования объема и этапности хирургиче-

ского вмешательства, высококвалифицированной работы хирургов нескольких специальностей.

Радикальные операции при местно-распространенном РП, как правило, можно производить только в специализированных многопрофильных лечебных учреждениях.

### Литература

1. Клиническая онкоурология. Под ред. Б.П. Матвеева. М.: Векрдана, 2003.
2. Fisher R.I., Rosenberg S.A., Sznol M. et al. High-dose aldesleukin in renal cell carcinoma: long-term survival update. *Cancer J Sci Am* 1997;3: 70—2.
3. Gilboa E., Nair S.K., Lyster H.K. Immunotherapy of cancer with dendritic-cell-based vaccines. *Cancer Immunol Immunother* 1998;46:82—7.
4. Childs R., Chernoff A., Contentin N. et al. Regression of metastatic renal-cell carcinoma after nonmyeloablative allogenic peripheral-blood stem-cell transplantation. *N Engl J Med* 2000;343:750—8.
5. Keane T., Gilatt D., Evans C.P. et al. Current and Future Trends in the Treatment of Renal Cancer. *Eur Urol Suppl* 2007;6:374—84.

## Чрескожно имплантируемые инфузионные системы: расширение возможностей комбинированного лечения рака мочевого пузыря

Д.А. Тимофеев, М.И. Генералов, П.В. Балахнин, А.Д. Белов,  
М.И. Школьник, Ю.В. Суворова, М.И. Карелин, П.Г. Таразов

ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий  
Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи, Санкт-Петербург

**Контакты:** Михаил Иосифович Школьник [michail@aeshkol.ru](mailto:michail@aeshkol.ru)

### Введение

Заболееваемость в России раком мочевого пузыря (РМП) неуклонно растет. Так, по данным Российского онкологического научного центра, в 2004 г. на 100 000 населения заболеваемость РМП составила 12, что на 5,3% выше, чем в 1999 г. В России данная патология занимает 8-е место в структуре общей онкологической заболеваемости и 10-е — по величине прироста. В Санкт-Петербурге в 2004 г. заболеваемость РМП на 100 000 составила 15,9 у мужчин и 6,5 у женщин [1]. В структуре онкоурологических заболеваний РМП занимает 4-е место. До 30% впервые обратившихся больных имеют инвазивный характер роста опухоли.

На протяжении многих лет основными самостоятельными методами лечения РМП были операция, химиотерапия (ХТ) и облучение. В настоящее время во многих специализированных клиниках РФ приоритетным является комбинированное лечение, объединяющее указанные методы. Комбинация органосохраняющей операции (трансуретральная резекция — ТУР) с лучевой (ЛТ) или ХТ позволяет достичь 5-летней выживаемости у 36—44% больных [2].

Так, одним из этапов комбинированного лечения РМП является проведение неoadьювантной и адьювантной ХТ в сочетании с ТУР и ЛТ. Однако схемы ХТ, применяющиеся сегодня при лечении РМП, нередко сопровождаются побочными эффектами и осложнениями, в основном гематологическими. В связи с этим поиск метода, который позволил бы максимально снизить системную токсичность и усилить эффект лечения, сохраняет свою актуальность [3].

Методы интервенционной радиологии в лечении онкологических заболеваний стремительно развиваются. Это обусловлено тем, что при регионарной ХТ (РХТ) достигается максимальная концентрация препарата в опухоли и, соответственно, усиливается терапевтический эффект [4—7].

### Описание клинического случая

Пациент Ц., 56 лет, обратился в Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (РНЦ РХТ) с жалобами на наличие примеси крови в моче. При обследовании по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) малого таза слева на задней стенке мочевого пузыря выявлено экзофитное опухолевид-