УДК 616.61-006
© М.А. Франк, Д.В. Петров, М.Р. Гаитова, С.В. Паньшин, М.О. Мурзин, Д.А. Сорочкин, П.Н. Мясников, 2013

М.А. Франк, Д.В. Петров, М.Р. Гаитова, С.В. Паньшин,
М.О. Мурзин, Д.А. Сорочкин, П.Н. Мясников

РАК ПОЧКИ У БЕРЕМЕННЫХ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

МАУЗ «Городская клиническая больница № 40», г. Екатеринбург

Принимая во внимание рост заболеваемости раком почки и увеличение количества беременных женщин старших возрастных групп с выявленным раком почки, применяется индивидуальная тактика, предусматривающая радикальное оперативное лечение с последующим пролонгированием беременности. В урологическом отделении МАУ ГКБ№40 г. Екатеринбурга лечились 3 беременные пациентки с раком почки. Диагностика, лечение, послеоперационное ведение пациенток представляют определённый клинический опыт.

Ключевые слова: рак почки, беременность, нефрэктомия, резекция почки.

M.A. Frank, D.V. Petrov, M.R. Gaitova, S.V. Panshin,
M.O. Murzin, D.A. Sorochkin, P.N. Myasnikov

KIDNEY CANCER IN PREGNANT WOMEN (CLINICAL CASES)

Due to the excess incidence of kidney cancer and increased number of older age pregnant women suffering from it, an individual approach is being applied. This approach includes radical surgical treatment with further prolongation of pregnancy. Three pregnant women with kidney cancer were treated at the urology department of Ekaterinburg City Clinical Hospital №40. Diagnosis, treatment and post-operation management of these patients represent an important clinical experience.

Key words: kidney cancer, pregnacy, nephrectomy, kidney resection.

В мире наблюдается постоянный и неуклонный рост заболеваемости злокачественными опухолями. Ежегодный прирост онкологических больных составляет 2,2%, а общий прирост населения в связи со снижением рождаемости всего 1,3% [7]. В мире ежегодно регистрируется более 210 млн. беременных женщин. За последние 15 лет более чем в 2 раза увеличилось число беременных старше 40 лет. При этом злокачественные опухоли являются второй причиной смерти женщин репродуктивного возраста [1,2,4,7].

Возникновение рака у беременных является редким событием и встречается в 0,1% случаев[1,8,9]. Однако сочетание рака и беременности будет более значительным, если рассматривать частоту беременных среди случаев их заболевания раком. В США ежегодно регистрируется более 3500 сочетаний рака с беременностью[3].

Абсолютно все злокачественные опухоли могут выявляться как на фоне различных сроков беременности, так и на любых фазах развития заболевания. Не выявлено причин возникновения злокачественных опухолей у беременных и факторов риска, связанных с беременностью [3]. Сочетание рака и беременности можно объяснить простым совпадением [1,2,8].

В отечественной онкологической статистике не найдено данных о частоте встречаемости злокачественных опухолей и беременности. По мнению исследователей [5], появление магнитно-резонансной томографии (МРТ) в практической медицине является большим событием в развитии лучевой диагностики урологических заболеваний, сравнимым с открытием эскреторной урографии. Это первая методика в истории урологии, позволяющая визуализировать мочевыводящие пути без какого-либо инвазивного вмешательства и лучевой диагностики[6]

Цель работы: анализ клинических случаев и отдалённых результатов лечения рака почки у беременных.

Материал и методы. В урологическом отделении МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга находились под наблюдением 3 беременные с раком почки.

У всех 3-х беременных заболевание выявлено случайно при выполнении ультразвуковом исследовании. Всем пациенткам для подтверждения диагноза, дооперационного стадирования и определения функции контрлатеральной почки выполнялась МРТ забрюшинного пространства, МР-урография.

Мы выполнили МРТ на МР-томографе Siemens Magnetom Symphony с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла, мощностью градиентов 20 мТесла/метр. Применялись следующие импульсные последовательности:

1. Т1- взвешенное градиентное эхо (FLASH 2D). В аксиальной плоскости, толщиной среза 6 мм с 1 мм межсрезовым промежутком, TR (время повтора) 134 мс, TE (время эхо) 4,8 мс, с углом отклонения спинов 60 градусов. Время сканирования – 36 секунд при двух задержках дыхания.

2. Т2-взвешенное градиентное эхо с подавлением сигнала жира и без него (turbo

spin-echo T2-TSE и T2-TSE fat-supressed) в аксиальной плоскости, толщиной среза 6 мм с 1 мм межсрезовым промежутком, TR (время повтора) 4000 мс, TE (время эхо) 102 мс, турбо-фактор - 29. Время сканирования – 25 секунд во время двух задержек дыхания.

3. HASTE (half-furier acquisition turbo-spin echo) в поперечной и фронтальной плоскостях. Толщина среза 4-6 мм, TR 1000, TE 128, турбо-фактор 128, время сканирования 39 секунд, во время двух задержек дыхания.

4. RARE (rapid acquisition with relaxation enhancement) TR 4500, TE 755, турбо-фактор 256, толщина среза 4-6 см во фронтальной плоскости.

5. True-FISP (истинная последовательность быстрой визуализации при стабильной прецессии). Во фронтальной плоскости толщина среза 5 мм без межсрезового промежутка, TR 5,4 TE 2,7.

Т1-взвешенный скан позволял оценить анатомические взаимоотношения, структуру почек и других органов брюшной полости и забрюшинного пространства, полости таза, размеры и особенности строения плода.

Т2W-взвешенные сканы позволяли оценить наличие и степень расширения мочевыводящих путей, а также уточнить наличие и выраженность отека почечной паренхимы, наличие свободной и/или осумкованной жидкости. Сканы HASTE и RARE, так называемая МР-гидрография, позволяющая оценить на всем протяжении мочевыводящие пути.

Наблюдение 1. Больная В**.,** 1972 г.р., поступила в плановом порядке в урологическое отделение МАУ ГКБ№40 г. Екатеринбурга 24.11.2008 г. с диагнозом: образование левой почки, беременность 16 недель.

При поступлении местная симптоматика у пациентки отсутствовала, лабороторные данные в пределах допустимых норм.

На МРТ почек: в нижнем полюсе левой почки выявляется масса неоднордной структуры размерами 83×67×72 мм. Прилежащая жировая клетчатка инфильтрирована. Выраженной сосудистой сети в массе не отмечается. Признаки лимфаденопатии не определяются. Отмечается увеличение матки с плодом внутри. *Заключение:* опухоль левой почки T3aN0Mx. Беременность 17 недель.

04.12.2008 г. проведён консилиум, на котором выставлены показания к плановому оперативному лечению – радикальной нефрэктомии под эндотрахеальным наркозом. Беременность решено пролонгировать.

08.12.2008 г. выполнена плановая операция – люмботомия слева, радикальная нефрэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 7-е сутки после операции. Беременность пролонгирована.

Гистологическое исследование: почечно-клеточый рак с перифокальным хроническим воспалением, без прорастания чашечно-лоханочной системы. В 8 лимфатических узлах метастазов нет.

В 36 недель беременности пациентке выполнено оперативное родоразрешение – кесарево сечение жизнеспособным плодом.

При выписке из урологического отделения пациентке было рекомендовано проводить общеклиническое обследование 1 раз в 6-12 месяцев.

Пациентка обследована через год.

По данным КТ органов брюшной полости: единственная правая почка 12×8 мм, без очаговой патологии. В ложе удаленной левой почки определяются петли кишки.

Заключение: данных за продолженный рост опухоли почки нет.

В последующем, через 2 года, пациентка госпитализирована в неотложном порядке в урологическое отделение с клиникой мочекаменной болезни (камни в нижней трети правого мочеточника). При проведенном обследовании у пациентки выявлена диссеминация опухолевого процесса в виде множественных метастазов в костальную плевру и рёбра.

Наблюдение 2. Больная Ш**.,** 1971 г.р., поступила в плановом порядке в урологическое отделение МУ ГКБ№40 г. Екатеринбурга 06.02.2009 г. с диагнозом: образование правой почки, беременность 22 недели.

Лабораторные данные в пределах нормы, местная симптоматика отсутствовала.

На МРТ почек: в передних сегментах правой почки выявляется объёмное образование неоднордной структуры размерами 70×85×65 мм с бугристыми контурами. Образование распространяется в лоханку почки, деформирует наружный контур почки. Клетчатка забрюшинного пространства без особенностей, признаки лимфаденопатии не выявляются. Отмечается увеличение матки с плодом внутри. *Заключение:* образование правой почки, беременность 22 недели.

Диагноз до оперативного лечения: опухоль левой почки T2N0Mx. Беременность 22 недели. 11.02.2009 г. проведен консилиум, на котором выставлены показания к плановому оперативному лечению – люмботомии справа, радикальной нефрэктомии под эндотрахеальным наркозом.

От предложенного прерывания беременности пациентка отказалась. Беременность пролонгирована.

16.02.2009 г. выполнена плановая операция – люмботомия справа, радикальная нефрэктомия. Послеоперационный период гладкий. Больная выписана на 8-е сутки после операции.

Гистологическое исследование: светлоклеточный рак почки с прорастанием в фиброзную капсулу и мышечный слой лоханки. В лимфоузлах фолликулярная гиперплазия.

В 38 недель беременности пациентке выполнено оперативное родоразрешение – кесарево сечение жизнеспособным плодом.

После выписки пациентке рекомендовано амбулаторное наблюдение у уролога 1 раз в 6 месяцев. Пациентка обследована дважды путем активного вызова через 1 год 6 месяцев и через 3 года.

По данным КТ органов брюшной полости: единственная левая почка 120 × 60 мм без очаговой патологии. В ложе удалённой правой почки определяются петли кишки. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются.

Заключение: данных за продолженный рост опухоли правой почки нет.

Обследована повторно через 3 года после операции, данных за диссеминацию опухолевого процесса не выявлено.

Наблюдение 3. Больная С**.,** 04.08.1978 г.р., поступила в плановом порядке в урологическое отделение МУ ГКБ№40 г. Екатеринбурга 10.12.2010 г. с диагнозом: образование правой почки, беременность 17 недель.

При поступлении местная симптоматика у пациентки отсутствовала, лабороторные данные в пределах нормы.

На МРТ почек: во фронтальной и аксиальной плоскостях определяется гетерогенное объёмное образование левой почки, выбухающее по наружному контуру, на границе средней и нижней третей, размером 30×25×24 мм. Окружающая клетчатка не изменена.

Заключение: образование левой почки. Диагноз до оперативного лечения: опухоль левой почки T1AN0Mx. Беременность 17 недель.

15.12.2010 г. проведен консилиум, на котором выставлены показания к плановому оперативному лечению – органосохраняющей операции под эндотрахеальным наркозом.

16.12.2010 г. выполнена плановая операция – люмботомия справа, резекция левой почки. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 12-е сутки после операции. Беременность пролонгирована.

Гистологическое исследование: светлоклеточный, почечно-клеточный рак G-2 по Furman с врастанием в псевдокапсулу без роста за её пределы. В жировой клетчатке, краях резекции и лимфоузлах опухолевого роста нет. В лимфоузлах фолликулярная гиперплазия.

В 38 недель беременности пациентке выполнено оперативное родоразрешение – кесарево сечение жизнеспособным плодом.

Пациентка находится под постоянным наблюдением у амбулаторного уролога, регулярно каждые 6 месяцев самостоятельно выполняет МРТ почек.

Через 2 года пациентка обследована в условиях стационара. При поступлении лабороторные данные в пределах нормы.

По данным МРТ забрюшинного пространства: послеоперационные изменения в наружном отделе левой почки, дополнительных образований не выявляется, забрюшинные лимфоузлы не визуализируются.

Заключение: данных за продолженный рост опухоли правой почки нет.

У беременных данных за диссеменацию рака почки не выявлено.

Рис. 1. Пациентка В. Образование левой почки. Беременность 16 недель

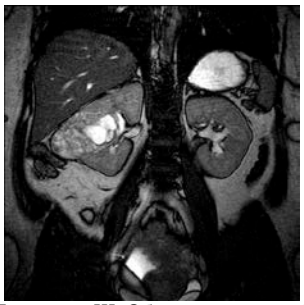

Рис. 2. Пациентка Ш. Образование правой почки. Беременность 22 недели

Рис.3. Пациентка С. Образование левой почки. Беременность 17 недель

Рис. 4. Пациентка С. Состояние после резекции левой почки через 2 года

Выводы. 1)Тактика при диагностированном раке почки у беременных остается такой же, как и у не беременных пациентов. 2) Наличие рака почки у беременной при хорошей функции контрлатеральной почки не является показанием для преждевременного прерывания беременности. 3) МРТ при беременности является оптимальным методом диагностики рака почки у беременных. Этот метод позволяет получить оптимальную информацию без лучевой нагрузки для матери и плода.

Сведения об авторах статьи:

Франк Михаил Александрович – д.м.н., заведующий урологическим отделением МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Гаитова Марина Рифовна – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Петров Д.В. – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Паньшин Сергей Викторович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Мурзин Михаил Олегович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189. E-mail: r.murzin@gmail.ru.

Сорочкин Дмитрий Александрович – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

Мясников П.Н. – врач-уролог урологического отделения МАУЗ ГКБ №40. Адрес: 620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман, Я.В. Лекции по онкогинекологии. – М.: Медицинское информационное агенство, 2007. – С.78-92.
2. Вишневская, Е.Е. Рак и беременность.- Минск. Вышейшая школа, 2000. – 319 с.
3. Протасова, А.Э. Редкие сочетания злокачественных опухолей и беременности /А.Э.Протасова, Д.А.Протасов//Практическая онкология. – 2009. – Т.10, №4 – С. 216.
4. Аляев Ю.Г., Синицин В.Е., Григорьева Н.А. Магнито-резонансная томография в урологии. – М.: Практическая медицина; 2005.
5. МР-диагностика в акушерстве и гинекологии / Панов В., Калабухова Е., Потапова С. И. [и др.]. – 2003. Электронный ресурс. Режим доступа: http://nld.by/conferences/conf03/stat12.htm.
6. American Cancer Societi: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta. Ga: American Cancer Societi. 2009.
7. Parkin D., Wbelan S. Cancer incidence in Feve Continents // IARC. Scientific Publication. – Lyon. – 2002. - Vol. VIII. - №155. – 781 p.
8. Pentberoudakis G. Pavilidis Cancer and pregnancy: Poema magna.not anymore// European journal of cancer.– 2006.– Vol.42.– issue 2.– P.126-140.
9. Pentberoudakis G. Cancer and pregnancy// Annals of Oncology. – 2008. Vol.19(Suppl.5). – P.38-39.

УДК 616.62-003.7-084-085.322.254.7
© О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.Б. Долгов, 2013

О.В. Основин, В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, Д.Н. Хотько, А.Б. Долгов

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ МЕТАФИЛАКТИКЕ УРОЛИТИАЗА

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Наряду с появлением новых высокотехнологичных малоинвазивных методик лечения мочекаменной болезни вопросы профилактики рецидива заболевания остаются в настоящее время не в полной мере разработанными. Отсутствие четких рекомедаций по метафилактике мочекаменй болезни сводит на нет результаты проводимых оперативных вмешательств и дорогостоящих методик. Существует множество подходов к противорецидивному лечению, одним из которых является применение фитопрепаратов. В статье показана эффективность препарата Пролит-септо в реабилитации больных с мочекаменной болезнью после выполнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ).

Ключевые слова: уролитиаз, метафилактика, пролит-септо, дистанционная ударно-волновая литотрипсия.

O.V. Osnovin, V.M. Popkov, B.I. Blyumberg, D.N. Khotko, A.B. Dolgov

NEW APPROACHES TO EARLY METAPHYLAXIS OF UROLITHIASIS

Along with new high tech minimally invasive methods of urolithiasis treatment the questions of relapse prevention remain insufficiently developed. Absence of strict recommendations for urolithiasis metaphylaxis mocks the results of surgery and expensive methods. There are many approaches for anti-recurrent treatment, one of which is the use of various herbal medicines. The article shows the effectiveness of the drug Prolite septo for urolithiasis metaphylaxis, and its application to litholytic therapy after ESWL.

Key words: urolithiasis, metaphylaxis, prolite septo, extracorporal shock-wave lithotripsy.