

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ЗУКОВ Р.А., ДЫХНО Ю.А.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕОПЛАЗИИ

Р.А. Зуков, Ю.А. Дыхно

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;
кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Дыхно.

Резюме. Представлено редкое клиническое наблюдение – синхронное развитие у пациента солидно-тубулярного рака почки, переходно-клеточного рака мочевого пузыря и аденокарциномы предстательной железы.

Ключевые слова: первично-множественные злокачественные новообразования, урологические полинеоплазии.

Дыхно Юрий Александрович – д.м.н., проф., зав. каф. онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ, тел. 8(391)2671710.

Зуков Руслан Александрович – к.м.н., ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: zukov_rus@mail.ru, тел. 8(391)2-519-316.

Под полинеоплазиями в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более злокачественных новообразований. В структуре полинеоплазий преобладает сочетание двух опухолей, случаи тройной локализации встречаются в 5-8% наблюдений, поражение четырех и более - крайне редко и представляется казуистикой [2].

Общепризнанным считается факт увеличения числа больных первично-множественными злокачественными новообразованиями (ПМЗН). Показатель ПМЗН в России с 1995 по 2005г.г. увеличился с 3,0 до 10,6 на 100 тыс. населения, а доля больных с ПМЗН от числа пациентов с впервые в жизни

установленным диагнозом – с 1,1 до 3,4%. Причины роста заболеваемости ПМЗН широко обсуждаются в современной литературе – это увеличение средней продолжительности жизни, возрастание интенсивности воздействия канцерогенных факторов, процессы урбанизации, накопление наследственной отягощенности, рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в целом, совершенствование методов обследования и лечения онкологических больных, улучшение качества регистрации и учета указанных опухолей [3,4].

ПМЗН мочеполовой системы составляют 0,9% от всех злокачественных новообразований и 5,2% онкоурологических заболеваний. ПМЗН наиболее часто поражают предстательную железу (35%), мочевого пузыря (35%), почки (11%) [1].

Описанный ниже клинический случай интересен тем, что у пациента в течение 5 лет верифицировано три злокачественных новообразования мочеполовой системы: рак почки, рак мочевого пузыря и предстательной железы.

Больной С. 73 года, состоит на диспансерном учете в Красноярском онкологическом диспансере (КОД) с 2002 года по настоящее время.

Анамнез: направлен в онкологический диспансер в октябре 2002 г. участковым терапевтом с диагнозом t-r левой почки.

По данным УЗИ: органы брюшной полости без очаговых изменений. Почки расположены обычно. Правая почка 10,4´7,6´5,8 см, контуры ровные, четкие, чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена. Левая почка 12,0´8,5´7,3 см, контуры неровные, четкие, ЧЛС не расширена. В верхнем полюсе левой почки определяется объемное тканевое образование неоднородной, гипэхогенной структуры 7,2´6,8 см.

20.11.02 г. выполнена абдоминальная аортография, селективная почечная ангиография, рентгенэндоваскулярная окклюзия левой почечной артерии, экскреторная пиелография: контуры аорты и ее ветвей ровные, четкие. Правая почка снабжается 3 артериями (L2, L3, L4). Верхний и средний

сегменты левой почки занимает гиперваскулярное образование. Функция почек сохранена с обеих сторон. ЧЛС слева деформирована.

26.11.02 г. операция: лапаротомия. Радикальная нефрэктомия слева. Дренаживание забрюшинного пространства. Макропрепарат: левая почка в паранефрии с парааортальной клетчаткой. Опухоль 7´8´7 см, занимает верхний полюс и средний сегмент почки. На разрезе опухоль темно-желтого цвета с очагами некроза с инвазией в капсулу. В паранефрии и аортокавальной клетчатке единичные лимфоузлы светло-серого цвета 0,5´1,0 см. Гистологическое исследование: в почке - почечно-клеточный рак, солидно-тубулярный вариант с инвазией в капсулу и лоханку. В лимфоузлах клетчатки - реактивная гиперплазия. Течение послеоперационного периода гладкое.

В послеоперационном периоде больному проведен курс дистанционной терапии в СОД 64 Гр. Лучевую терапию перенес удовлетворительно.

После проведенного комбинированного лечения пациент находился на диспансерном наблюдении у онкоуролога КОД. При обследовании в течение первого (1 раз в 3 мес.) и второго (1 раз в 6 мес.) года данных за рецидив и прогрессирование заболевания не выявлено.

Через 3 года при очередном диспансерном осмотре: жалоб нет, в анализах мочи – микрогематурия, протеинурия, при УЗИ в мочевом пузыре - объемное образование по задней стенке 3,2´2,8´3,0 см. Выполнена цистоскопия: емкость мочевого пузыря 250 см³, слизистая гиперемирована, инъецирована сосудами. По задней и левой боковой стенке определяется выходящее за пределы одного поля зрения грубо-ворсинчатое образование, инкрустированное солями. Основание опухоли четко не определяется. Левое устье в опухолевом конгломерате, правое – на 7 часах, щелевидное, сокращается ритмично, моча светлая. Произведена биопсия опухоли, гистологически - переходно-клеточный рак.

21.02.06 г. операция: гемирезекция мочевого пузыря. Макропрепарат: стенка мочевого пузыря с грубо-ворсинчатой опухолью до 3 см на широком основании. Гистологическое исследование: в мочевом пузыре - переходно-клеточный рак с

плоскоклеточной метоплазией, прорастает в мышечный слой с инвазией в сосуды. По линии среза опухолевого роста нет. Течение послеоперационного периода гладкое.

В послеоперационном периоде пациенту проведен курс дистанционной г-терапии в СОД 45 Гр, который неоднократно прерывался в связи с развитием у пациента выраженного лучевого цистита. Явления цистита купированы антибактериальными препаратами, спазмолитиками, внутривузырными инстилляциями диоксида и облепихового масла.

Последующие 11 месяцев пациент для диспансерного осмотра не являлся.

В марте 2007 г. пациент обратился в поликлинику КОД с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание, примесь крови в моче. По данным УЗИ: органы брюшной полости без очаговой патологии. Левая почка удалена, ложе – без особенностей. Правая почка 12,0´7,8´6,2 см, контуры ровные, четкие, ЧЛС викарно расширена. Забрюшинные лимфоузлы не определяются. Емкость мочевого пузыря 80 см³, стенки утолщены, контур бугристый, нечеткий, в просвете большое количество эхо-взвеси. Цистоскопия: осмотр затруднен из-за малого объема мочевого пузыря и гематурии. Слизистая гиперемирована, бугристая с налетом фибрина и изъязвлениями. Устья не определяются. Взята биопсия стенки мочевого пузыря, гистологически - злокачественная опухоль, трудно дифференцировать между переходноклеточным и плоско-клеточным раком.

06.04.07 г. операция: радикальная цистпростатэктомия, уретерокутанеостомия слева. Технические особенности операции: длительная мобилизация препарата из-за выраженного постлучевого фиброза. Макропрепарат: мочевой пузырь с предстательной железой, семенными пузырьками и тазово-подвздошной клетчаткой. На разрезе стенка мочевого пузыря утолщена до 1,5 см, на слизистой множественные папиллярные разрастания и язвенные дефекты от 0,5 до 1,0 см. Предстательная железа незначительно увеличена, на разрезе серого цвета с множественными узлами в паренхиме 0,5- 1,0 см в диаметре. В тазово-подвздошной клетчатке единичные

лимфоузлы светло-серого цвета до 1,0 см в диаметре. Гистологическое исследование: в мочевом пузыре - переходно-клеточный рак с плоско-клеточной метоплазией и изъязвлением. Опухоль прорастает стенку мочевого пузыря до паравезикальной клетчатки. В предстательной железе - железисто-стромальная гиперплазия, в одном из узлов картина светлоклеточной крупноацинарной аденокарциномы. В лимфоузлах тазово-подвздошной клетчатки – реактивная гиперплазия.

Течение послеоперационного периода тяжелое за счет выраженной астенизации больного и присоединения острого пиелонефрита единственной правой почки. На фоне проводимой массивной инфузионно-детоксикационной и антибактериальной терапии явления пиелонефрита купированы. Пациент выписан на 21-е сутки послеоперационного периода.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с редкостью урологических полинеоплазий и доказывает необходимость динамического наблюдения пациентов после специального лечения.

RARE CASE OF UROLOGICAL POLYNEOPLASIA

R.A. Zukov, U.A. Dihno

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The paper presents the rare clinical observation – simultaneous development of solid-tubular cancer of kidney, transitional cell carcinoma of the urinary bladder and adenocarcinoma of the prostate.

Key words: primary-multiple malignant neoplasms, urological polyneoplasias.

Литература

1. Леонов О.В. Слонимская Е.М., Долгих В.Т. Опыт лечения больных с урологической полинеоплазией // Вопр. онкологии. – 2008. – Т.54, №2. – С. 220-224.
2. Первично-множественные злокачественные опухоли: руководство для врачей / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. – М.: Медицина, 2000. – 336 с.

3. Сельчук, В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение и закономерности развития): дис. ... д-ра мед. наук. – М.,1994. – 386 с.
4. Хасанов Р.Ш., Латыпова Р.Ф., Яшина Л.В. Полинеоплазии: частота развития и прогноз. – Барнаул, 2005. – С. 28.