

А. К. Жумагулова^{1,2}, Д. Т. Арыбжанов², В. В. Юн³

РАСПРОСТРАНЕННАЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА

¹Международный казахско-турецкий университет им. Ходжа Ахмеда Ясави (Туркестан, Казахстан),

²Городской онкологический центр г. Шымкент (Шымкент, Казахстан),

³Кызылординский областной онкологический центр (Кызылорда, Казахстан)

В статье представлено собственное клиническое наблюдение диссеминированного почечно-клеточного рака у больного А., 1970 г.р., общей выживаемостью более 10 лет. Авторы статьи делают акцент на том, что рак почки сегодня является контролируемым заболеванием во всех стадиях процесса, однако лечением пациентов должны заниматься специализированные центры и клиники (онкологические центры и диспансеры), в которых имеется широкая возможность лечения этой сложной категории пациентов. Лечение рака почки в начальных стадиях должно быть радикальным, а в «продвинутых» стадиях комплексным и комбинированным, включая использование современных эндоваскулярных технологий.

Ключевые слова: почечно-клеточный рак, метастаз, местно-распространенный, таргетная терапия, оптимизация

Рак почки составляет около 2-3% всех злокачественных опухолей. Ежегодно в мире регистрируется около 189-190 тыс. новых случаев рака почки, который занимает 2,2-2,7% в структуре злокачественных новообразований у мужчин, 1,5% – у женщин. Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины. Ежегодно рак почки уносит 91 тыс. жизней. В США в 1998 г. было зарегистрировано 30 тыс. новых случаев рака почки, а в 2002 г. этот показатель достиг почти 32 тыс., что свидетельствует о прогрессировании заболеваемости. В этой стране в 2002 г. от рака почки умерли 1 200 больных. В странах СНГ также наблюдается увеличение удельного веса рака почки в структуре онкологической заболеваемости. По темпам прироста почечно-клеточная карцинома выходит на 2 место среди всех злокачественных новообразований, демонстрируя ежегодный 2% прирост.

Представляем собственное клиническое наблюдение диссеминированного почечно-клеточного рака у больного А., 1970 г.р., общей выживаемостью более 10 лет.

Клинический диагноз: Почечно-клеточный рак правой почки STIV. T4N2M0. Нефрэктомия справа с тромбэктомией от 15.12.2009 г. СПО 7 курса ИТ. Таргетная терапия 2011 г. Ремиссия 4 года. Прогрессирование в 2015 г. МТС л/узлы ворот печени. Таргетная терапия 1 курс в 2015 г. Прогрессирование в 2017 г. МТС парааортальные и параэзофагеальные л/узлы. В процессе ТТ. 2 клиническая группа.

Жалобы: слабость, боли в поясничной области, потеря в весе.

Ап. морби: состоит на Д учете в ОЦ ОКБ с 30.11.2009 г. КТ ОБП и забрюшинного про-

странства от 23.11.2009 г. – КТ признаки объемного образования (размером 4,2x2,9 см) среднего сегмента правой почки с отеком паренхимы правой почки. Тромбоз нижней полой вены (расширена до 2,3 см).

УЗИ почки от 26.01.2019 г. – образование правой почки (размером 40x25 мм). Тромбоз нижней полой вены (размером 25 мм, на протяжении 47 мм) (рис. 1).



Рисунок 1 – УЗИ почки от 26.01.2019 г. – образование правой почки

15.12.2009 г. в КазНИИОиР проведена операция трансабдоминальная нефроадреналэктомия справа, тромбэктомия нижней полой вены, перевязка нижней полой вены ниже уровня левой почечной вены, лимфаденэктомия паракавальной зоны.

Гистология № о.39295-308 от 25.12.2009 г. – почечно-клеточный, светлоклеточный с-г почки. Опухолевой тромб почечной и нижней полой вены. В паракавальных лимфоузлах имеются МТС.

С 10.01.2010 г. по 14.07.2010 г. получил 7

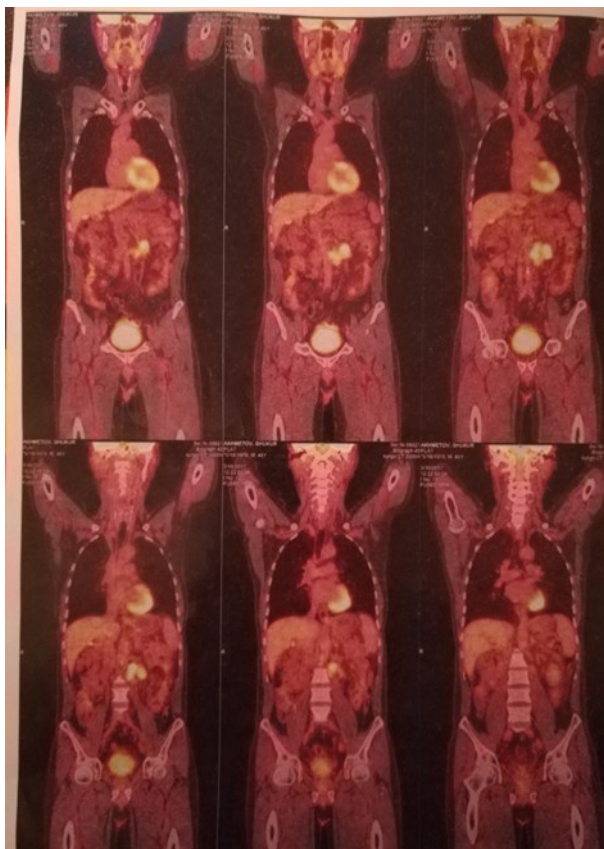


Рисунок 2 – ПЭТ КТ больного А. от 16.03.2017 г.

курсов иммунотерапии рофероном 4,5 МЛН. В связи с прогрессированием процесса в виде мтс надключичный л/у по УЗИ – подключичной области справа пакет лимфоузлов размером 42x25x47 см с неоднородной структурой, при ЦДК выраженным интранодулярным кровотоком.

С 15.11.2010 г. по 12.12.2011 г. принимал 3 курса таргетной терапии сорафенибом. Ремиссия в течение 48 мес.

12.12.2015 г. выявлено прогрессирование в виде МТС л/у ворот печени по УЗИ размером 3,2x2,3 см и 3,2x1,6 см.

27.01.2016 г. принимал таргетную терапию 3 курса сорафениб до 08.08.2017 г., далее в связи с прогрессированием процесса переведен на таргетную терапию (сунитиниб 25 мг). УЗИ ОБП от 04.09.2017 г. – в брюшной полости слева пакет лимфоузлов с гипоэхогенной структурой размером 26x29 мм, 18x28 мм и 25x12 мм. В парааортальной области пакет лимфоузлов с гипоэхогенной структурой размером 22x19 см, 23x24 см.

ПЭТ КТ от 16.03.2017 г. – признаки регионарного вторичного бластного (mts) поражения основного онкологического заболевания лимфатических узлов парааортальной

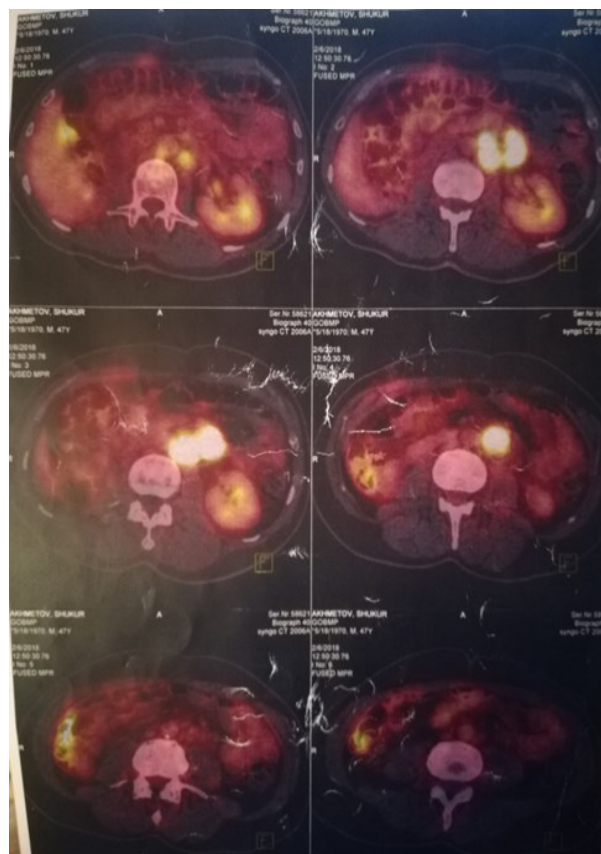


Рисунок 3 – ПЭТ КТ больного А. от 06.02.2018 г.

группы (размером от 1,7 до 3,1 см) с патологической метаболической активностью. ПЭТ КТ данные выраженной метаболической активности в лимфатических узлах параэзофагеальной группы (размером 0,6x0,8 см) более соответствует вторичному бластному (mts) поражению, но не исключаются реактивные изменения. Спленомегалия. Множественные конкременты желчного пузыря (рис. 2).

ПЭТ КТ от 06.02.2018 г. – данных, свидетельствующих о рецидиве в послеоперационной области основного онкологического заболевания, не выявлено.

ПЭТ КТ признаки регионарного вторичного бластного (mts) поражения основного онкологического заболевания лимфатических узлов парааортальной группы (размером 5,7x5,6x2,8 см) с патологической метаболической активностью.

ПЭТ КТ данные выраженной метаболической активности в лимфатических узлах параэзофагеальной группы (размерами 0,6x0,8 см) более соответствует вторичному бластному (mts) поражению. Спленомегалия (рис. 3).

Анамнез жизни: Страдает артериальной гипертензией. Холецистэктомия в 2017 г.

Объективный статус: общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает. Кожные покровы бледной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Газы отходят, стул не нарушен.

Локально: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание самостоятельное, частое, безболезненное.

Последние обследования: видеокOLONOSКОПИЯ от 20.08.19 г. – заключение: катаральный колит.

МРТ брюшной полости от 18.06.19 г.: МР-картина крупного конгломерата парааортальных лимфоузлов слева на уровне L2 позвонка размером 6,2х4,5 см, с вовлечением в него сосудов левой почки. Увеличение селезенки, увеличение диаметра верхней брыжеечной вены. Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы с уменьшением ее размеров.

ПЭТ КТ от 12.08.19 г.: картина метастатического поражения забрюшинных лимфоузлов (определяются лимфоузлы с патологическим накоплением РФП верхней брюшной группы справа на уровне L1 позвонка, а также конгломерат лимфоузлов парааортальной группы слева на уровне L2-L4 68х3х48 мм). Спленомегалия. Диффузная неравномерная метаболическая активность в восходящем отделе ободочной кишки.

По данным последних инструментальных обследований у больного отмечается прогрессирование основного заболевания за счет увеличения парааортальных лимфоузлов. Объективно состояние больного удовлетворительно. По шкале EGOC 1 балл.

Заключение: развитие мировой фармацевтической промышленности и бурное становление таргетной терапии злокачественных опухолей за последние 10 лет дали возможность онкологам более эффективно лечить больных с метастатическим раком почек и использовать различные комбинации таргетных препаратов. Сегодня для рака почки как не для другой одной опухоли существуют более 7 таргетных препаратов, еще порядка 6-7 новых таргетных агентов изучаются в различных клинических исследованиях. В настоящее время для рака почки существуют 3 линии таргетной терапии, начиная от сунитиниба – 1 линия, продолжая эверолимусом, сорафенибом, пазопанибом во 2 линии, а также с возможностью продолжения лечения акситинибом и другими агентами в 3 линии лечения. Кроме того, существует множество схем и ком-

бинаций лечения этими таргетными препаратами. Все это дало возможность контролировать болезнь при диссеминированном и метастатическом раке почки от 3 до 10 лет и более с обеспечением хорошего качества жизни и выживаемостью больных. Единственной проблемой при метастатическом раке почки все еще остается лечение пациентов с метастазами в головной мозг, где, к сожалению, невозможно обеспечить длительный контроль заболевания.

Таким образом, рак почки сегодня является контролируемым заболеванием во всех стадиях процесса. Однако, следует отметить, что лечением пациентов должны заниматься специализированные центры и клиники (онкологические центры и диспансеры), в которых имеется широкая возможность лечения этой сложной категории пациентов. Лечение рака почки в начальных стадиях должно быть радикальным, а в «продвинутых» стадиях комплексным и комбинированным, включая использование современных эндоваскулярных технологий.

Конфликт интересов. Конфликт интересов не заявлен.

ЛИТЕРАТУРА

1 Анисимов В. И. Значение масляной ангиографии почек в получении пролонгированного контрастирования опухолей почек /В. И. Анисимов, В. К. Рыжков //Вестн. хир. – 1990. – №5. – С. 51-52.

2 Арыбжанов Д. Т. Лечение распространенных форм рака почки с применением химиоэмболизации /Д. Т. Арыбжанов, Н. К. Орманов, О. К. Кулакеев //Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2010. – Т. 3, №2. – С. 52-63.

3 Баше С. Влияние эмболизации почечной артерии на результаты лечения больных раком почки /С. Баше, В. Лейзеринг, А. Бартусевичене //Урология и нефрология. – 1992. – №1-3. – С. 15-17.

4 Воробьев А. А. Повторные рентгеноэндоваскулярные вмешательства у больных почечно-клеточным раком: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб, 2001. – 24 с.

5 Гранов А. М. Способ лечения опухолей паренхиматозных органов: Патент России № 2065734 от 27.08.1996 /А. М. Гранов, М. И. Карелин, Д. А. Гранов.

REFERENCES

1 Anisimov V. I. Znachenie masljanoj angiografii pochetk v poluchenii prolongirovannogo kontrastirovanija opuholej pochetk /V. I. Anisimov, V. K. Ryzhkov //Vestn. hir. – 1990. – №5. – S. 51-52.

2 Arybzhanov D. T. Lechenie raspros-

tranennyh form raka pochki s primeneniem himi-
ojembolizacii /D. T. Arybzhанov, N. K. Ormanov,
O. K. Kulakeev //Al'manah instituta hirurgii im. A.
V. Vishnevskogo. – 2010. – T. 3, №2. – S. 52-63.

3 Bashe S. Vlijanie jembolizacii pochechnoj
arterii na rezul'taty lechenija bol'nyh rakom pochki /
S. Bashe, V. Lejzering, A. Bartusevichene //Urologija
i nefrologija. – 1992. – №1-3. – S. 15-17.

4 Vorob'ev A. A. Povtornye rentgenojendo-

vaskuljarnye vmeshatel'stva u bol'nyh pochechno-
kletochnym rakom: Avtoref. dis. ...kand. med.
nauk. – SPb, 2001. – 24 s.

5 Granov A. M. Sposob lechenija
opuholej parenhimatoznyh organov: Patent Rossii
№ 2065734 ot 27.08.1996 /A. M. Granov, M. I.
Karelin, D. A. Granov.

Поступила 18.02.2020 г.

A. K. Zhumagulova^{1,2}, D. T. Arybzhанov², V.V. Yun³
WIDESPREAD KIDNEY AND CELLULAR CARCINOMA

¹International Kazakh-Turkish University named after Khoja Ahmed Yasawi (Turkestan, Kazakhstan),

²Shymkent City Cancer Center (Shymkent, Kazakhstan),

³Kyzylorda regional oncological center (Kyzylorda, Kazakhstan)

Kidney cancer accounts for about 2-3 of all malignant tumors. Every year about 189-190 000 new cases are registered in the world. New cases of kidney cancer, which occupies 2.2-2.7% in the structure of malignant neoplasms in men, 1.5% in women. Men are 2 times more likely to be ill than women. Every year kidney cancer claims 91,000 lives. In the United States, 30,000 new cases of kidney cancer were reported in 1998, and in 2002 this figure reached nearly 32,000, indicating a progression in morbidity. In that country, 1,200 patients died of kidney cancer in 2002. In the CIS countries there is also an increase in the specific weight of kidney cancer in the structure of oncological morbidity. In terms of growth rate renal cell carcinoma comes to the 2nd place among all malignant neoplasms, showing annual 2% growth.

Keywords: renal cell cancer, metastasis, local-spread, target therapy, optimization

A. Қ. Жұмағұлова^{1,2}, Д. Т. Арыбжанов², В. В. Юн³
КЕҢ ТАРАЛҒАН БҮЙРЕК-ЖАСУШАЛЫҚ ҚАРЦИНОМА

¹Атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті Қожа Ахмет Ясауи (Түркістан, Қазақстан);

²«Шымкент қаласының онкологиялық орталығы» ФМ-дағы (Шымкент, Қазақстан),

³«Қызылорда облыстық онкологиялық орталығы» РМҚК-де (Қызылорда, Қазақстан)

Бүйрек обыры барлық қатерлі ісіктердің 2-3 пайызын құрайды. Жыл сайын әлемде бүйрек обырының 189-190 мың жуық жаңа жағдайлары тіркеледі, ол ерлерде қатерлі ісіктер құрылымында 2,2-2,7%-ды, әйелдерде 1,5%-ды құрайды. Ерлер әйелдерге қарағанда 2 есе жиі ауырады. Жыл сайын бүйрек обыры 91 мың өмір сүреді. АҚШ-та 1998 жылы бүйрек обырының 30 мың жаңа жағдайы тіркелген, ал 2002 жылы бұл көрсеткіш 32 мыңға жуық жетті, бұл аурушандықтың өршуін күәландырады. Бұл елде 2002 жылы бүйрек обырынан 1200 науқас қайтыс болды. ТМД елдерінде де онкологиялық аурулар құрылымында бүйрек обырының үлес салмағы өсу байқалады. Бүйрек-жасушалық карцинома өсу қарқыны бойынша жыл сайынғы 2%-дық өсімді көрсете отырып, барлық қатерлі ісіктер арасында 2-орынға шығады.

Кілт сөздер: бүйрек-жасушалық обыр, метастаз, жергілікті кең таралған, таргеттік терапия, оңтайландыру