doi: 10.17116/hirurgia2016457-58

Хирургическое лечение рецидивного рака правой почки, осложненного опухолевым тромбозом нижней полой вены и правых отделов сердца, в сочетании с ишемической болезнью сердца

Д.м.н., проф. Р.Н. КОМАРОВ[1], акад. РАН Ю.В. БЕЛОВ[1, 2], С.В. ЧЕРНЯВСКИЙ[1], Е.К. ГЕРМОГЕНОВА[1]*, П.А. КАРАВАЙКИН[1]

[1]Кафедра сердечно-сосудистой хирургии и инвазивной кардиологии (зав. — Р.Н. Комаров) и Университетская клиническая больница №1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; [2]Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского (дир. — акад. РАН Ю.В. Белов), Москва

Ключевые слова: хирургическое лечение, рак почки, тромбоз нижней полой вены.

Surgical treatment of recurrent right kidney cancer complicated by tumoral thrombosis of inferior vena cava and right heart combined with coronary artery disease

R.N. KOMAROV, YU.V. BELOV, S.V. CHERNYAVSKY, E.K. GERMOGENOVA, P.A. KARAVAYKIN

Chair of Cardiovascular Surgery and Interventional Cardiology (head — R.N. Komarov) and University's Clinical Hospital №1 of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; B.V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery (director — academician of RAS Yu.V. Belov), Moscow

Keywords: surgical treatment, renal cancer, IVC thrombosis.

До сих пор при значительных успехах в исследовании и лечении заболевания сердца и сосудов занимают лидирующую позицию среди всех причин смерти в Российской Федерации. На данный момент смертность от ишемической болезни сердца составляет около 50% [4]. Второе место в структуре смертности занимают онкологические заболевания [3].

Рак почки является весьма распространенным онкологическим заболеванием. По данным разных авторов, на его долю приходится 3—4% общего числа всех новообразований [6, 7]. Средний возраст таких пациентов составляет 50—60 лет. В связи с этим опухоль почки в 6,9% наблюдений сочетается с ишемической болезнью сердца [5].

Продолжаются дискуссии о том, какое оперативное вмешательство выполнять первым в подобной ситуации, стоит ли выбирать этапное хирургическое лечение или можно произвести симультанное вмешательство [1].

Приводим собственное наблюдение.

Больная *Ш.*, 55 лет, находилась на лечении в клинике сердечно-сосудистой хирургии Университетской клинической больницы №1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 04 по 24.12.14.

Диагноз: рецидив светлоклеточного рака правой почки, продолженный рост опухоли, инфильтрация паранефральной, параадренальной клетчатки (pT4N2Mx). Опухолевый тромбоз почечной вены (ПВ) справа, нижней полой вены (НПВ), правых отделов сердца. Состояние после резекции правой почки. ИБС. Стенокардия напряжения IIб ФК. Атеросклероз с поражением коронарных артерий. Артериальная гипертензия III стадии, риск 3. Сахарный диабет 2-го типа. Состояние после иссечения меланомы левого предплечья.

При поступлении предъявляет жалобы на тянущую боль в правой поясничной области, слабость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, повышение артериального давления, периодические перебои в работе сердца.

Со слов пациентки, в сентябре 2013 г. появилась боль в правой поясничной области, в январе 2014 г. обратилась в областную больницу. При обследовании выявлен светлоклеточный рак паренхимы правой почки с прорастанием капсулы. Также обнаружена меланома кожи левого предплечья. 12.02.14 выполнены резекция почки, удаление меланомы. В октябре 2014 г. при контрольном послеоперационном обследовании выявлено образование правой почки размером 54×45×70 мм с инфильтрацией паранефральной, параадренальной клетчатки, опухолевым тромбозом правой ПВ, НПВ.

При обследовании в клинике выявлены снижение уровня гемоглобина до 98,1 г/л, повышение содержания тромбоцитов до $424{,}9 \cdot 10^{12}$/л, повышение СОЭ до 40 мм/ч, увеличение концентрации мочевой кислоты до 427,80 мкмоль/л, уровня фибриногена до 6,65 г/л.

По данным ЭхоКГ отмечено умеренное расширение правых отделов сердца и левого предсердия. НПВ несколько расширена: на уровне печени 2,8 см, при впадении в правое предсердие (ПП) 2,5 см. В НПВ с распространением в ПП и пролабированием в правое атриовентрикулярное отверстие определяется эхопозитивное, с четкими контурами образование, занимающее 40% просвета НПВ на уровне печени и 76% просвета НПВ на уровне

**Е.К. Гермогенова* — аспирант кафедры сердечно-сосудистой хирургии и инвазивной кардиологии ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; 119991 Москва, Б. Пироговская, 6. стр. 1; e-mail: ek@germogenova.ru

© Коллектив авторов, 2016

впадения в ПП, почти все ПП (до 80%) занимает опухолевый тромб (?), не заклинивающий трикуспидальный клапан.

По данным КТ **(рис. 1 и далее на цв. вклейке)** почки расположены обычно. В верхнем и среднем сегментах правой почки определяется мягкотканное образование с нечеткими контурами размером 66×54×64 мм, активно неравномерно накапливающее контрастный препарат. Образование прорастает в мягкие ткани реберно-позвоночного угла, капсулу печени, латеральную ножку надпочечника, правую ПВ. Опухолевый тромб из правой ПВ распространяется в НПВ на всем ее протяжении, в правое предсердие и правый желудочек, протяженность его в камерах сердца 75 мм. Суммарная протяженность опухолевого тромба 180 мм. Левая почка без патологических изменений, забрюшинные лимфатические узлы не увеличены.

При КТ-ангиографии обнаружены атеросклероз коронарных артерий, гемодинамически значимые стенотические изменения передней межжелудочковой и огибающей артерий.

На основании данных остеосцинтиграфии патологических изменений в скелете не выявлено.

05.12.14 — операция. Выполнена полная продольная стернотомия, тотальная срединная лапаротомия. Вскрыт перикард, взят на держалки. Выделены восходящая аорта, взята на держалку. Произведена сагиттальная френотомия до нижней полой вены. Печень полностью мобилизована. Рассечена париетальная брюшина правого латерального канала. Мобилизованы и отведены влево слепая, восходящая ободочная, поперечная ободочная, двенадцатиперстная кишка. Печеночно-двенадцатиперстная связка взята на турникет. Визуализирована нижняя полая вена от инфраренального отдела до ПП. Перевязана с прошиванием правая яичниковая вена. Выделены почечные вены — правая ПВ в опухолевом инфильтрате. На юкстаренальном уровне и выше в НПВ пальпируется плотный тромб. Ниже устьев почечных вен НПВ мягкая.

Выполнена канюляция восходящей аорты и верхней полой вены в интраперикардиальном отделе. С учетом наличия опухолевого тромба канюляция НПВ выполнена на 4 см выше зоны бифуркации. Начато полное искусственное кровообращение (ИК) в параллельном режиме. Пережата печеночно-двенадцатиперстная связка, НПВ ниже уровня почечных вен, левая ПВ. Выполнена атриотомия справа **(рис. 2, а)**. В полости ПП с переходом на правое атриовентрикулярное отверстие и в правом желудочке визуализируется массивный опухолевый тромб диаметром до 6 см, продолжающийся в просвет НПВ. Произведена продольная флеботомия на всем протяжении НПВ от ПП до уровня на 2 см ниже правой почечной вены с иссечением устья правой ПВ **(см. рис. 2, б)**. Прямая тромбэктомия из правых отделов сердца, НПВ — получен плотный опухолевый тромб, исходящий из правой ПВ, его флотирующая часть составляла 6 см и располагалась в ПП и правом желудочке. Наложен непрерывный обвивной шов на НПВ **(см. рис. 2, в)**. Восстановлен кровоток по НПВ.

При ревизии правой почки установлено, что новообразование прорастает в капсулу печени, диафрагму. Правая почечная артерия прошита и перевязана. Выполнена нефрадреналэктомия справа. Мочеточник перевязан, пересечен в нижней трети. Лимфодиссекция в аортокавальном промежутке.

Одновременно с нефрадреналэктомией осуществлен забор большой подкожной вены с левой голени. При ревизии передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) стенозирована в проксимальном отделе, ее диаметр 3 мм. Выполнено стандартное аортокоронарное шунтирование ПМЖА на работающем сердце **(см. рис. 2, г)**. Гемодинамика стабильная. Сосуды деканюлированы. Введен протамин. Закончено ИК. К передней и диафрагмальной стенкам правого желудочка подшито два электрода. Послеоперационная рана послойно ушита. Интраоперационная кровопотеря составила 5000 мл, возвращено с использованием аппарата CellSaver 3860 мл. Послеоперационный диагноз с учетом гистологического исследования: светлоклеточный рак почки, продолженный рост опухоли, инфильтрация паранефральной, параадренальной клетчатки pT4N2M0 **(рис. 3)**.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 19-е сутки под наблюдение онколога по месту жительства.

Повторно консультирована через 3 мес после оперативного вмешательства. При КТ органов грудной клетки, брюшной полости, черепа и головного мозга данных о наличии метастазов не получено.

В настоящее время нет четких рекомендаций относительно этапности хирургического лечения подобных пациентов. В связи с тем, что сочетание злокачественной опухоли и ишемической болезни сердца не является редкостью, существует необходимость сочетанного хирургического лечения. В зарубежной литературе встречаются публикации, описывающие успешные симультанные вмешательства, тем не менее сообщения о подобном лечении в отечественной литературе все еще остаются единичными. Лечение рака почки, осложненного опухолевым тромбозом НПВ и правых отделов сердца, выполняется как с применением ИК, так и без него. В случае отсутствия ИК кровопотеря при таком методе лечения, по данным литературы, составляет 3500 мл (от 200 до 27 000 мл) [2]. Применение ИК позволяет снизить этот показатель до 400—1500 мл [5], что дает возможность выполнить симультанные кардиохирургические операции.

В нашем наблюдении ИК осуществлялось в параллельном режиме, кардиоплегия не проводилась. Это позволило минимизировать риск осложнений от массивной кровопотери, в том числе в случае развития коронарного синдрома оперативно устранить причину с минимальным риском для миокарда.

Настоящей статьей приглашаем читателей к дискуссии, касающейся подобного рода хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. *Одномоментные сердечно-сосудистые и онкологические операции: когда, кому и как?* М. 2012;11-13, 49.
2. Волкова М.И. *Стратегия хирургического лечения больных локализованным и местно-распространенным раком почки:* Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2014.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. *Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2006;3:7.
4. Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000—2011 гг. *Терапевтический архив.* 2013;4:4-10.
5. Островский Ю.П., Суконко О.Г., Жарков В.В. и др. Симультанное хирургическое лечение больных почечно-клеточным раком с конкурирующей патологией сердца. *Онкоурология.* 2006;1:10-12.
6. Kirkali Z, Van Poppel H. A critical analysis of surgery for kidney cancer with vena cava invasion. *Eur Urol.* 2007;52(3):658-662.
7. Vergho DC, Loeser A, Kocot K, Spahn M, Riedmiller H. Tumor thrombus of inferior vena cava in patients with renal cell carcinoma — clinical and oncological outcome of 50 patients after surgery. *BMC Res Notes.* 2012;1:5:5.