

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО СИНХРОННОГО РАКА ПИЩЕВОДА И ЛЕВОЙ ПОЧКИ

**Р.А. Хвастунов, Э.Г. Коновалов, С.С. Мишарев**

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ  
ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1

**Хвастунов Роман Александрович**, зав. кафедрой онкологии  
с курсом онкологии ФУВ Волгоградского государственного  
медицинского университета, д-р мед. наук, профессор,

**Коновалов Эдуард Георгиевич**,  
врач торакоабдоминального отделения,

**Мишарев Сергей Сергеевич**,  
врач торакоабдоминального отделения,  
400138, Россия, г. Волгоград, ул. Землячки, д. 78,  
тел. 8 (8442) 58-54-61,  
e-mail: hra-4@yandex.ru

В статье описывается клинический случай успешного хирургического лечения больного первично-множественным синхронным раком пищевода и левой почки. В условиях торакоабдоминального отделения ГУЗ ВОКОД №1 выполнено одномоментное оперативное вмешательство в объеме расширенной ЗF операции Льюиса и нефрэктомии слева. Показана возможность одномоментного сочетанного оперативного вмешательства на пищеводе и почке.

**Ключевые слова:** первично-множественный рак, рак пищевода, рак почки, сочетанная операция.

## A CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF SYNCHRONOUS MULTIPLE PRIMARY CANCER OF THE OESOPHAGUS AND LEFT KIDNEY

**R.A. Khvastunov, E.G. Konovalov, S.S. Misharev**

Volgograd State Medical University,  
Oncology Chair with Course of Oncology  
Volgograd Regional Clinical Oncological Dispensary №1

The article describes a clinical case of successful treatment of the patient with synchronous multiple primary esophageal cancer and cancer of the left kidney. Single-stage extended 3-field lymph node Lewis operation and left nephrectomy were performed in Thoracic and Abdominal Surgery Department of the Volgograd Regional oncologic dispensary clinic. The article stresses the possibility of a single-stage combined surgery of the esophagus and kidney.

**The key words:** primary multiple cancer, esophageal cancer, cancer of kidney, combined surgery.

Под первичной множественностью опухолей понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. Для констатации множественности в настоящее время достаточно иметь явную картину злокачественности каждой из опухолей и исключить метастатический характер их происхождения. Классические дефиниции Бильрота (поражение разных органов

опухолями различной морфологической структуры с индивидуальной картиной метастазирования) пересмотрены и существенно упрощены. При этом возникновение нескольких опухолей в пределах одного органа обозначают термином «мультицентричность», мультиорганные карциномы чаще определяют как «полиорганный полинеоплазм». Частота их обнаружения варьирует в широких пределах от

3,9 до 16,2% [1], при этом у мужчин чаще встречаются функциональнозависимые опухоли, к примеру, новообразования верхних и нижних дыхательных путей, а у женщин – гормональнозависимые раки молочной железы, яичников, толстой кишки [2].

В зависимости от интервала между временем обнаружения опухолей, они подразделяются на метастазные (интервал более 6 месяцев) и синхронные (интервал составляет до 6 месяцев). В случае одномоментных солидных полиорганных неоплазий дискутируется вопрос хирургической тактики. Резектабельные карциномы в пределах одной брюшной полости зачастую подвергаются сочетанному удалению. При расположении очагов опухолевого роста в разных анатомических полостях тактика оперирования в один этап требует обоснований и определенных усилий. Необходимо надежное КТ-прогнозирование резектабельности каждой опухоли, поскольку одномоментная и адекватная их ревизия на операционном столе невозможна. Нерезектабельность одной из них дискредитирует все усилия по удалению другой. Возрастает травматичность сочетанных операций, и возникают основания для купирования объема вмешательства стандартными приемами с редуцированной лимфодиссекцией и т.д. При локализации новообразований по разные стороны от диафрагмы актуален вопрос о хирургической специализации и возможности доукомплектования бригады смежными специалистами.

Наше клиническое наблюдение приводится в качестве иллюстрации:

1) Редкого сочетания рака пищевода и почки (отсутствие функциональной и гормональной зависимости полинеоплазий);

2) Редкой комбинации органной полинеоплазии с мультицентричностью одной из опухолей;

3) Наличие у одного больного 7 карцином, 5 из которых были диагностированы только в ходе операции;

4) Возможности мультизональной хирургической интервенции (брюшная полость и забрюшинное пространство, грудная клетка и средостение, шейно-надключичное пространство);

5) Запоздалого выявления мультицентрического поражения почки, существенно трансформировавшего хирургическую тактику;

6) Вариабельного количества почечных артерий и нетипичного ретроаортального прохождения почечной вены, четко распознанного методом КТ.

Пациент П., 59 лет, находился на лечении в торакоабдоминальном отделении ВОКОД №1 с 19.10.2011 г. по 24.11.2011 г. с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи при глотании, общую слабость и прогрессирующую потерю в весе. При объективном осмотре существенных отклонений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Индекс массы тела - 18.

Функция внешнего дыхания - нарушения obstructивно-рестриктивного типа. ЖЕЛ значительно снижена. ОФВ1 – 2,18 (норма 2,7).

Эзофагофиброгастроскопия - на отметке 26-30 см от резцов выявлена экзофитная, плотная опухоль

среднегрудного отдела пищевода с эрозированной поверхностью (гистологически – плоскоклеточная карцинома).

Эндосонография - нарушение дифференцировки всех слоев стенки пищевода в проекции опухоли без явных признаков ее прорастания в окружающие органы и ткани. Параэзофагеальные лимфоузлы – до 1,0-1,2 см. Опухолевый клиренс - 0,5-1,0 см в пределах адвентиции.

Фибробронхоскопия - трахеобронхиальное дерево свободно, без признаков компрессии и изменения слизистой оболочки.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и шейно-надключичных зон: в проекции верхнего полюса левой почки по наружной поверхности определяется опухоль 4,0x4,5 см. Чашечно-лоханочная структура левой почки и надпочечник не изменены. Признаков лимфогенного метастазирования и сосудистого тромбоза нет. Надключичные лимфоузлы не увеличены, их дифференцировка сохранена.

При компьютерной томографии выявлено опухолевое поражение среднегрудного отдела пищевода с невыраженным супрастенотическим расширением, наличием гиперплазированных параэзофагеальных лимфоузлов от 1,2 до 1,8 см. Признаков инвазии опухоли в органы средостения не выявлено (рис. 1). В верхнем сегменте левой почки по наружной поверхности выявляется неоднородное опухолевое образование 4,0x4,5 см, без признаков неовазогенеза (рис. 2). В воротах почки - 3 артериальных и 1 венозный сосуд. Vena renalis расположена ретроаортально. Функция обеих почек сохранена. Контралатеральная почка и надпочечник без признаков поражения.



Рис. 1. Рак среднегрудного отдела пищевода

В соответствии с полученными данными выставлен клинический диагноз: рак среднегрудного отдела пищевода. Дисфагия I степени. Рак левой почки. ИБС. Кардиосклероз II ст. ХОБЛ. Симптоматическая гипертензия II ст., риск – 3. Сформирована предоперационная концепция: учитывая удовлетвори-



**Рис. 2. Рак верхнего полюса левой почки**

тельное состояние больного, рентгенологические и сонографические признаки резектабельности обеих опухолей, решено выполнить сочетанную операцию бригадой хирургов торакоабдоминального отделения. Малые размеры опухоли почки, не прорастающей в чашечно-лоханочную систему, позволяют планировать резекцию этого органа. Экстирпировать пищевод решено в объеме операции Льюиса с традиционным для нашей клиники вариантом трехзональной (3Ф) лимфодиссекции.

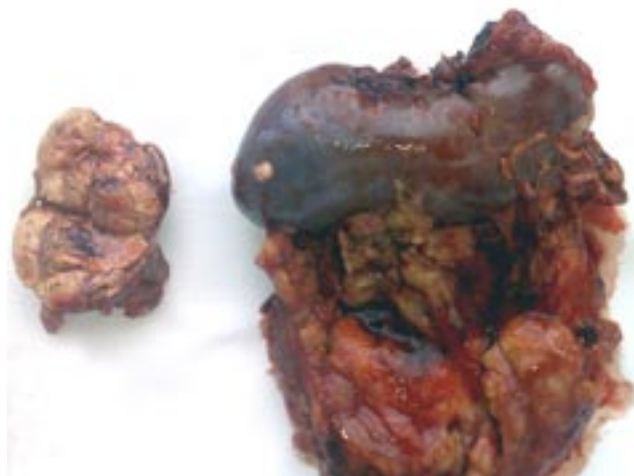
08.11.2011 года в условиях сочетанной мультимодальной анестезии выполнена верхнесрединная лапаротомия. Отдаленных метастазов нет. Желудок интактен, перигастральные лимфоузлы не изменены. При ревизии в верхнем полюсе левой почки опухоль диаметром 4,5 см. Контрлатеральная почка без патологии. Решено выполнить резекцию левой почки. Широко рассечена париетальная брюшина. В забрюшинном пространстве выделены 3 почечные артерии и вена, идущая позади аорты (!), взяты на провизорные лигатуры (рис. 3). После пережатия артерий (время сосудистой изоляции - 9 минут) произведена резекция почки с опухолью в пределах здоровых тканей. При ушивании дефекта почки по наружному контуру выявлено образование желтого цвета до 0,4 см, которое не было обнаружено при первичной ревизии в ходе мобилизации верхнего полюса. Выполнена биопсия этого образования. Ответ морфологов: рост гипернефроидного рака. В связи с мультицентричным ростом гипернефромы произведена нефрэктомия слева (рис. 4).

Далее продолжена операция Льюиса по поводу рака пищевода. Выполнена сагиттальная диафрагмотомия. Произведена лимфодиссекция на ветвях чревной трифуркации (рис. 5). Желудок мобилизован с отсечением большого сальника и сохранением правых желудочных сосудов. Выполнена внеслизистая пилоропластика. Гемостаз. Дренирование и ушивание брюшной полости.

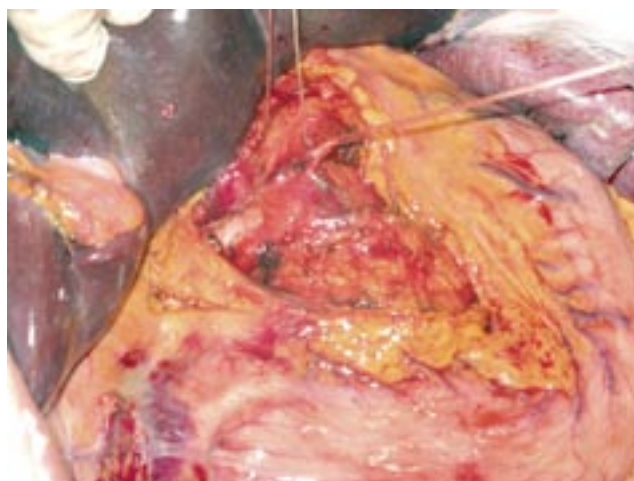
Поворот больного на левый бок. Боковая торакотомия в V межреберье справа. Опухоль до 5 см поражает бронхиальный и подбронхиальный сегмент пищевода, прорастает медиастинальную плевру. Выделена, перевязана, прошита и пересечена vena azygos. Широко вскрыто средостение. Пи-



**Рис. 3. Интраоперационное фото левой почки с опухолью (1). На держалках - 4 почечных сосуда**



**Рис. 4. Макропрепарат. Резецированная почка удалена, содержит множественные очаги гипернефромы**



**Рис. 5. Лимфодиссекция чревной зоны. Видны чревной ствол, левая желудочная артерия и вена, общая печеночная и селезеночная артерии**



щевод мобилизован, пересечен на уровне верхней грудной апертуры и удален с клетчаткой и лимфоузлами парааортальными, параэзофагеальными, бифуркационными, пре- и паратрахеальными (рис. 6). Морфологический контроль резекционных границ. Трансплантат извлечен в плевральную полость. Кардия и субкардия его отсечены, эзофагогастроанастомоз "конец в бок" двурядными узловыми швами кулисным способом. Установлен назогастральный зонд. Гемостаз, дренирование и послойное ушивание раны.

Поворот больного на спину. Воротникообразным разрезом рассечены кожа, фасция, мышцы шеи. Произведена лимфодиссекция в боковых треугольниках шеи справа и слева (рис. 7). Гемостаз. Дренирование клетчаточных пространств резиновыми выпускниками. Швы на кожу.



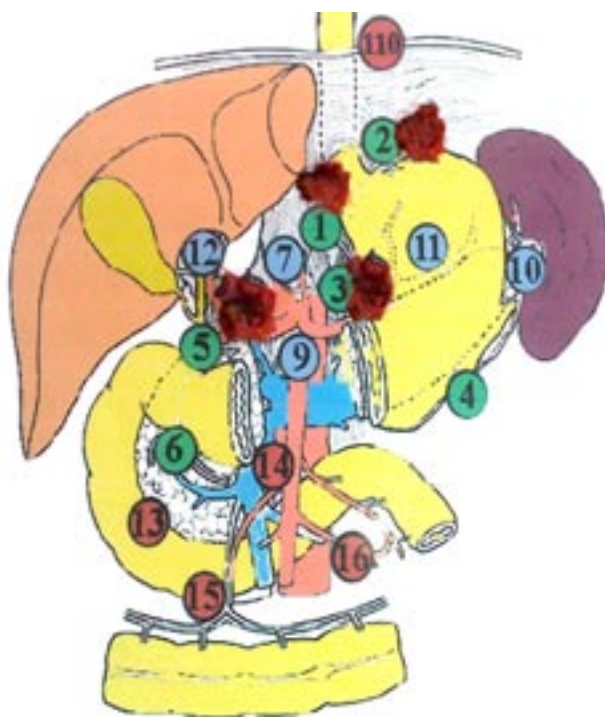
**Рис. 6. Лимфодиссекция средостения. Пищевод пересечен. Обнажены аорта, непарная вена, трахея и бронхи, оба легких (положение больного на левом боку)**



**Рис. 7. Состояние после шейно-надключичной лимфодиссекции. Обнажены сонный и наружный шейный треугольники с сонной артерией и югулярной веной**

Продолжительность операции – 4 часа 43 минуты, суммарная кровопотеря – 1800 мл.

Препарат: удален грудной отдел пищевода, кардия желудка, большой сальник. Опухоль поражает среднюю треть пищевода, до 4 см протяженностью, прорастает все слои и медиастинальную плевру. Проксимальный клиренс – 5 см, дистальный – 7 см. Удалена левая почка с опухолью желтого цвета до 4,5 см, и опухолевыми очагами на разрезе от 0,3 до 0,8 см №5. Нижние средостенные лимфоузлы №1 - до 1,5 см, правые и левые паракардиальные №2 - до 1,0 см, общей печеночной артерии №2 - до 0,8 см (рис. 8), правые грудные паратрахеальные №4 - до 1,0 см, бифуркационные №4 - до 1,5 см, верхние параэзофагеальные №2 - до 0,8 см (рис. 9), левые надключичные №3 - до 0,6 см, правые надключичные №2 - до 0,5 см. Препарат отправлен на гистологическое исследование.



**Рис. 8. Планшет с раскладкой удаленных внутрибрюшных лимфоузлов**

В раннем периоде после операции осложнений не последовало. Выход из наркоза стандартный. По дренажам из плевральной полости на 1-3 сутки поступало до 600 мл, из брюшной полости - до 400 мл серозно-геморрагического отделяемого. На 4-е сутки отмечено уменьшение отделяемого. Лабораторный мониторинг всех показателей крови и мочи. Показатели азотистого обмена не страдали. Объем мочи достаточный. По данным рентгенографии органов грудной клетки – без осложнений. На 6-е сутки контрастирован состоятельный эзофагогастроанастомоз. Начато энтеральное питание, дренажи удалены.

Гистологическое исследование препарата: опухоль пищевода – плоскоклеточный рак, трансмуральный рост без метастазов в лимфатические узлы. Опухоль почки: во всех опухолевых образованиях – гипернефроидный рак.

Пациент выписан на 16 сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явиться через 2 месяца на КТ-исследование органов брюшной полости и правой почки.

Заключительный клинический диагноз: Первично-множественный синхронный рак среднегрудного отдела пищевода рТ4N0M0 и мультицентричный рак левой почки рТ1(6)N0M0. Дисфагия I степени.

Динамическое КТ-исследование правой почки выполнено 18.01.2012г., патологических новообразований не выявлено.

Таким образом, в условиях специализированного стационара возможно выполнение сочетанных

операций большого объема без ущерба для непосредственных результатов лечения.

#### Список литературы

1. Ганцев Ш.Х., Мерабишвили В.М., Куликов Е.П. и др. Распространенность и риск возникновения первично-множественных опухолей по материалам популяционного канцер-регистра // Рос. онкол. журн. - 1998. - № 5. - С. 4-7.

2. Weiss A.M., Horel F., Totel F. Les cancers multiples. Resultants de 2813 autopsies // Nouv. Presse Med. - 1980. - Vol.9. - №6. - P. 355-357.

## ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

**С.А. Шапошников, С.В. Синьков, И.Б. Заболотских**

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет  
Минздравсоцразвития России, г. Краснодар

**Шапошников Сергей Александрович**, докторант кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС, канд. мед. наук,

**Синьков Сергей Васильевич**, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС, д-р мед. наук,

**Заболотских Игорь Борисович**, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС,

д-р мед. наук, профессор,

350063, Россия, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4,

Кубанский государственный медицинский университет,

тел. 8 (964) 55-04-578,

e-mail: ssinkov@yandex.ru

Целью исследования была индивидуализация тромбoproфилактики в абдоминальной хирургии на основе оценки функционального состояния системы гемостаза, ключевым маркером которой является характеристика свойств образующегося сгустка по данным тромбoэластограммы или электрокоагулограммы. При геморрагическом варианте субкомпенсации системы гемостаза тромбoproфилактика может быть начата через 6-8 часов после окончания оперативного вмешательства. Препаратом выбора для антикоагуляции в данной ситуации является нефракционированный гепарин (НФГ) в виде постоянной в/в инфузии через дозатор - 100-500 ед./час (1-5 ед./кг/час). По мере стабилизации сгустка осуществляется переход на низкомолекулярные гепарины (НМГ). Препаратом выбора в данном случае является дальтепарин. У пациентов, получающих длительную антитромботическую терапию, время предоперационной остановки мост-терапии может регулироваться в зависимости от структурных свойств образующегося сгустка по данным электрокоагулограммы, записанной перед очередным введением антикоагулянта. При наличии плотного сгустка (т.е. тромботического варианта субкомпенсации системы гемостаза) последнее введение НМГ можно выполнять за 12 ч до операции без риска геморрагических осложнений.

**Ключевые слова:** тромбoproфилактика, абдоминальная хирургия, геморрагические осложнения.