

© Ю.С.Михеева, О.В.Захарова, М.В.Бутенко, 2004
УДК [616.61-008.64-036.12-085.38+616-006.6]-07-08

Ю.С. Михеева, О.В. Захарова, М.В. Бутенко

СЛУЧАИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Yu.S. Mikheeva, O.V. Zakharova, M.V. Butenko

CASES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CANCER IN CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Отделение гемодиализа Республиканской больницы, г. Петрозаводск, Карелия, Россия

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, злокачественные опухоли.

Key words: chronic renal failure, hemodialysis, malignant tumors.

В настоящее время заместительное лечение хроническим гемодиализом (ГД) на многие годы продлевает жизнь пациентам с терминальной почечной недостаточностью. Частота онкопатологии у больных, получающих диализное лечение, в 7 раз выше, чем в общей популяции [1]. Наиболее часто описывают рак щитовидной и паращитовидных желез [2,3], почки [4,5], гепатоцеллюлярную карциному [6], реже поражение желудочно-кишечного тракта [7,8] и рак уrogenитальной локализации [9, 10].

Особенности злокачественных опухолей при хронической почечной недостаточности (ХПН) определяются тяжестью уремического иммунодефицита, провоцируются уремическими гормональными нарушениями, такими как гиперпаратиреоз, гиперэстрогемия, гипогонадизм [1]. Приводим два случая успешного оперативного лечения больных с онкопатологией, получающих гемодиализ в Республиканской больнице г. Петрозаводска.

Больная Р., 54 лет, находилась на лечении хроническим бикарбонатным ГД в течение 2 лет. Причина почечной патологии, приведшая к терминальной ХПН, – поликистоз почек. Диализная программа 4 часа 3 раза в неделю (диализатор F7), КТ/В 1,2. Артериальная гипертензия контролировалась ультрафильтрацией. Анемия прогрессировала медленно (средний уровень гемоглобина 80 г/л), редкие гемотранфузии. Иммунодефицит не выявлен. Уровень паратиреоидного гормона 84,9 пг/мл. В феврале 2001 года при плановой фиброгастроуденоскопии (ФГДС) впервые диагностировано подслизистое образование антрального отдела желудка, рефлюкс-эзофагит. При гистологическом исследовании биоптата, обнаружены фрагменты гиперпластического полипа. В дальнейшем частые эпизоды кардиоэзофагита, эрозивного эзофагита, требовавшие курсов H_2 -гистаминоблокаторов, омепразола с быстрым положительным эффектом. ФГДС проводились ежеквартально, при оче-

редном исследовании 31.01.02 впервые диагностирована язва тела желудка по большой кривизне 1,5x1,5 и 1,0x1,0 см под светлым фибрином, с отечным основанием. Гистологически – анапластический рак с большой примесью перстневидных клеток. Предоперационная подготовка включала в/в капельные введения альбумина с целью коррекции гипоальбуминемии (общий белок 61,1 г/л, альбумин 28,1 г/л), перевод на эритропозтин в поддерживающей дозе 4000 ЕД/неделю подкожно. Перед операцией уровень гемоглобина 90 г/л, калий сыворотки 4,8 ммоль/л. Последний сеанс бикарбонатного ГД за 24 часа до операции с достаточным уровнем дегиратации, с концентрацией бикарбоната в диализирующем растворе 33 ммоль/л. В связи с наличием гипокоагуляции (АЧТВ 66 сек) гепаринизация не производилась.

Операция субтотальной резекции желудка по Бильрот-I выполнена 18.02.02 в хирургическом отделении Республиканской больницы г. Петрозаводска. Основной наркоз – нейролептанальгезия с использованием миорелаксантов (дитилин и ардуан в редуцированных дозах). Кровопотеря во время операции минимальная. Продолжительность операции 1 час 40 минут. Экстубирована через 7 часов. Сеанс ГД проведен на следующие сутки после операции без гепаринизации. Уровень гемоглобина 80 г/л, гематокрит 26%. Уровень калия сыворотки в норме. Особенностью послеоперационного периода был умеренно выраженный анастомозит. С целью профилактики инфекционных осложнений вводился цефазолин 2,0 г/сутки. Параметры гемостаза при контрольном обследовании в пределах нормы. Швы сняты на 8-е сутки. На 18-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение.

В настоящее время спустя 8 месяцев после операции состояние удовлетворительное. ФГДС-контроль 16.07.02 – без особенностей, анастомоз свободно проходим. Данных за метастазирование нет.

Больная П., 44 лет, на хроническом бикарбонатном ГД в течение 3,5 лет. Основная почечная патология, приводящая к развитию ХПН, – хронический гломерулонефрит. Получала 3 сеанса ГД в неделю по 4 часа, КТ/В 1,23. Артериальная гипертензия контролировалась ультрафильтрацией и содержанием натрия в диализирующем

растворе 135 ммоль/л, без гипотензивных препаратов. С февраля 2002 года получает эритропоэтин в дозе 4000 Ед в неделю подкожно. На этом фоне уровень гемоглобина 82–90 г/л. Иммуный статус без особенностей. Уровень паратиреоидного гормона 211,3 пг/мл. Основная сопутствующая патология – бронхиальная астма средней степени тяжести. В 1969 году выполнена резекция нижней доли правого легкого в связи с бронхоэктатической болезнью. Базисная ингаляторная терапия включала сальбутамол и будесонид. Приступов бронхообструкции практически не было.

Ухудшение состояния с 10.06.2002 года и связано с возникшими метроррагиями. Проводилась терапия метилэргометрином (5 инъекций). Диализное лечение с редуцированной дозой гепарина 1000 Ед на сеанс. Эффект от лечения незначительный. При УЗИ органов малого таза выявлен кровотокающий полип эндометрия. 29.07.02 произведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки, удален полип. Результат гистологического исследования: железистый полип полости матки – картина железисто-кистозной гиперплазии; соскоб из полости матки – на фоне резко выраженной железистой гиперплазии участки тубулярно-сосочковой аденокарциномы эндометрия. Осмотрена онкогинекологом, диагностирован рак тела матки I стадии. Установлены показания к радикальной экстирпации матки с придатками.

В качестве предоперационной подготовки доза эритропоэтина увеличена до 6000 Ед в неделю, дополнительно проводились гемотрансфузии. Уровень гемоглобина накануне операции 112 г/л, гематокрит 31%, калий сыворотки крови 3,5 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л, общий белок крови 78 г/л, альбумин 31,2 г/л. При исследовании гемостаза – умеренная гиперкоагуляция (АЧТВ 32 сек), антиромбин III 90%. За 12 часов до операции проведен сеанс ГД с форсированной ультрафильтрацией и переливанием эритроцитарной массы при концентрации бикарбоната диализирующего раствора 32 ммоль/л. В предоперационный и послеоперационный периоды диализ осуществлялся на фраксипарине в редуцированной дозе 0,3.

Осмотрена и обсуждена с анестезиологом. Решено вести пациентку на фторотановом наркозе с интубацией трахеи без использования деполяризирующих миорелаксантов (в связи с риском возникновения гиперкалиемии) и ограничением объема инфузий до 500 мл.

16.08.2002 года на отделении гинекологии Республиканской больницы г.Петрозаводска выполнена нижнесрединная лапаротомия под эндотрахеальным фторотановым наркозом. Матка и придатки визуально не изменены. Выполнена типичная экстирпация матки с придатками. Операция прошла без осложнений. Кровопотеря 50 мл. Продолжительность операции 50 минут. После операции введен метронидазол 100,0, цефазолин 2,0 в/в. Экстубация через 2 часа 20 минут после завершения операции.

В послеоперационном периоде обращала на себя внимание гиперкалиемия: 16.08. уровень калия 6,0 ммоль/л, 17.08. – 7,8 ммоль/л. Артериальная гипертензия до 190/100, в связи с чем проводилась инфузия перлинганита, что позволило стабилизировать артериальное давление до 140/80 мм рт ст. Показатели гемограммы: гемоглобин 104 г/л, гематокрит 29%.

Сеанс ГД 17.08. на фраксипарине 0,3, перелита эритроцитарная масса. Купирована гиперкалиемия (калий

после ГД 3,64 ммоль/л). На вторые сутки артериальное давление нормализовалось (130-140/80-90 мм рт.ст.) без приема гипотензивных препаратов.

Швы сняты на 10-е сутки. В течение всего послеоперационного периода получала антибактериальную терапию цефтриаксоном 2,0 г/сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после оперативного лечения. Диализное лечение продолжено в амбулаторных условиях.

Таким образом, диагностика и показания для оперативного лечения онкопатологии у больных, получающих ГД, не отличаются от ведения пациентов без почечной недостаточности. Хронический ГД не является противопоказанием для проведения радикальных оперативных вмешательств, однако требует соблюдения ряда правил предоперационной подготовки, анестезиологического пособия и послеоперационной тактики ведения пациентов [11]. Подготовка к операции включает в себя проведение сеанса ГД накануне, достаточную дегидратацию, предпочтительно использование низкомолекулярных гепаринов в связи с их легкой дозируемостью и меньшим влиянием на параметры гемостаза, коррекцию гипопротеинемии, снижение дозы бикарбоната во время процедуры диализа во избежание возникновения алкалоза (опасность аритмий, прогрессирование дыхательной недостаточности), нормализация уровня калия сыворотки. Важным моментом является коррекция анемии, использование препаратов эритропоэтина (уровень гемоглобина 100–110 г/л, гематокрит 30–35%). При необходимости гемотрансфузии должны проводиться во время сеанса ГД. Избегать переливания эритроцитарной массы во время операции (опасность развития гиперкалиемии). Анестезиологическое пособие должно учитывать влияние медикаментов на уровень калия крови (деполяризирующие миорелаксанты вызывают гиперкалиемию), минимизировать инфузии. Фторотан применяется в обычной дозировке.

В послеоперационном периоде необходим строгий контроль уровня калия крови из-за опасности гиперкалиемии вследствие травмы тканей, всасывания гематом и гиперкатаболизма. Очередной сеанс ГД целесообразно осуществлять на следующие сутки после операции.

Таким образом, при правильных предоперационной подготовке, анестезиологическом пособии и послеоперационном ведении больных на хроническом ГД риск и результаты радикального лечения онкопатологии не отличаются от общей популяции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Николаев ЮА, Милованов ЮС. *Лечение хронической почечной недостаточности*. МИА, М., 1999
2. Jimenez RG, Moreno AS, Gonzalez EN et al. Iodine-131

treatment of thyroid papillary carcinoma in patients undergoing dialysis for chronic renal failure: a dosimetric method. *Thyroid* 2001; 11(11): 1031-1034

3. Toubert ME, Michel C, Metivier F et al. Iodine-131 ablation therapy for a patient receiving peritoneal dialysis. *Clin Nucl Med* 2001; 26 (4): 302-305

4. Endo K, Okano R, Kuroda Y et al. Renal cell carcinoma with skull base metastasis preceded by paraneoplastic signs in a chronic hemodialysis patient. *Intern Med* 2001; 40 (9): 924-930

5. Ikeda R, Tanaka T, Moriyama MT et al. Proliferative activity of renal cell carcinoma associated with acquired cystic disease of the kidney: comparison with typical renal cell carcinoma. *Hum Pathol* 2002; 33 (2): 230-235

6. Cheng SB, Wu CC, Shu KH et al. Liver resection for hepatocellular carcinoma in patients with end-stage renal

failure. *J Surg Oncol* 2001;78 (4): 241-246; discussion 246-247

7. Matsumura M, Michisita Y, Yoshida I et al. Calcified carcinoma of the stomach in a hemodialysis patient. *Nephron* 1999; 82 (1): 84

8. Rota S. Uremic cirrhotic CAPD patient with gastric carcinoma. *Perit Dial Int* 1999;19(1): 85

9. Hayakawa K, Matsumoto M, Aoyagi T et al. Prostate cancer with multiple lung metastases in a hemodialysis patient. *Int J Urol* 2000; 7(12): 464-466

10. Tomita M, Kurata H, Aoki Y. Pharmacokinetics of paclitaxel and cisplatin in a hemodialysis patient with recurrent ovarian cancer. *Anticancer Drugs* 2001; 12(5): 485-487

11. Чупрасов ВБ. Программный гемодиализ. Фолиант, СПб., 2001

Поступила в редакцию 19.03.2003 г.