

УДК 616.61-008.64:616.61-006:616.61-089.87

*В.М. Лісовий, Н.М. Андон'єва, М.М. Поляков, О.А. Гуц,
М.Я. Дубовик, С.М. Колупаєв*

Харківський національний медичний університет

Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала, м. Харків

АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ УРЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТКИ З ПУХЛИНОЮ НИРКИ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Злоякісні новоутворення нирки в уремічних пацієнтів є відносно розповсюдженим видом пухлин. Асоціація цих захворювань значно погіршує прогноз для хворого, а при неможливості проведення нирковозамісної терапії неминуче веде до фатального результату. У роботі описано спостереження за пацієнткою з уремічним синдромом на фоні цукрового діабету із множинними судинними ускладненнями, у якої був діагностований світлоклітинний рак нирки. З ряду причин нирковозамісна терапія не могла бути виконана. Нефректомія, проведена у зв'язку з наявністю пухлини, значно поліпшила стан хворої, зменшила прояви нефротичного синдрому, сповільнила прогресування ниркової недостатності, дозволила віддалити необхідність проведення нирковозамісної терапії.

Ключові слова: *уремічний синдром, цукровий діабет, рак нирки, нефректомія.*

Вступ

Актуальність проблеми хронічної хвороби нирок обумовлена високою поширеністю її в популяції, яка складає, за даними епідеміологічних досліджень, від 10 до 20% [1]. Більшість хворих на хронічну хворобу нирок – це пацієнти з вторинними нефропатіями внаслідок цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, ожиріння.

Одним із загальноновизнаних неінфекційних захворювань, яке має епідемічний характер зростання, є цукровий діабет (ЦД). За даними Міжнародної діабетичної федерації, в 2017 р. кількість хворих на ЦД у світі склала 424,9 млн осіб (8,8% населення). Однак, за прогнозами до 2045 р., популяція хворих на ЦД може досягти 628,6 млн осіб, тобто кожний десятий дорослий мешканець планети може бути хворим на ЦД. Стрімке зростання числа хворих на ЦД супроводжується і повсюдним збільшенням числа хворих з мікросудинними ускладненнями з боку нирок – з діабетичною нефропатією, яка, за даними міжнародних реєстрів, розвивається у 20–40% людей з діабетом. Дані з 54 країн показують, що понад 80% випадків термінальної хронічної ниркової недостатності викликані діабетом,

гіпертонією або їх поєднанням. На долю діабету припадає від 12 до 55% випадків. Поширеність термінальної хронічної ниркової недостатності також у 10 разів вище у людей з діабетом, ніж без нього [2].

За даними різних авторів, є асоціація між термінальною хронічною нирковою недостатністю та новоутвореннями [3], а у хворих на нирковозамісній терапії поширеність новоутворень перевищує відповідний показник в загальній популяції в 4 рази [4].

Злоякісні новоутворення нирок належать до ракових захворювань, що досить часто зустрічаються у дорослих і складають приблизно 3% від усіх випадків злоякісних новоутворень (4,3% від усіх новоутворень у чоловіків і 2,9% – у жінок).

Нирковоклітинний рак складає 90–95% пухлин нирок. Захворюваність на нирковоклітинний рак у всьому світі оцінюється приблизно як 270 тис. нових випадків, а смертність – 116 тис. осіб. Медіана віку при встановленні діагнозу складає 61 рік [5].

Пацієнти з раковими захворюваннями частіше мають хронічну хворобу нирок у порівнянні з загальною популяцією. Так, за даними авторів [6], швидкість клубочкової фільтра-

ції у 20% пацієнтів з раком нижче 60 мл/хв. У пацієнтів з нирковоклітинним раком хронічна хвороба нирок III ст. виявляється в 22% випадків, а у віковій групі за 70 років – у 40%.

У Європі захворюваність на нирковоклітинний рак коливається від 2,9 до 15,3% у чоловіків і від 1,5 до 7,6% у жінок [7]. У США серед усіх причин смертей від онкологічних захворювань рак нирки складає 2,3% та займає 13-тє місце. Щорічно частота нирковоклітинного раку складає 109596 випадків, при цьому частка пацієнтів молодше 65 років складає 59%. З них 80% мають локалізовану пухлину, у 16% відмічено регіональне залучення, у 3% – віддалені метастази. У осіб старше 75 років це співвідношення дещо інше – 75, 16 та 5% відповідно [8].

Сучасна класифікація нирковоклітинного раку базується на морфологічних, генетичних та молекулярних особливостях і нараховує 5 основних типів: світлоклітинна карцинома (60–85%), папілярна карцинома (7–14%), хромофобний рак (4–10%), онкоцитом (2–5%) і рак протоків Белліні (1–2%), що походить з інтеркаліруючих клітин збірних проток нирки [9].

Пухлини нирки швидко метастазуються і в 25% випадків діагностуються на пізніх стадіях. На жаль, прогноз метастатичного раку нирки вкрай несприятливий. Без лікування при наявності метастазів виживаність становить 10–13 місяців [10].

Радикальна нефректомія, як і раніше, залишається золотим стандартом хірургічного лікування нирковоклітинного раку, у тому числі малих пухлин, і проводиться більш ніж у 80% випадків [11].

Клінічне спостереження

Хвора Ч., 54 років, була госпіталізована в нефрологічне відділення Обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В. І. Шаповала (м. Харків) в ургентному порядку у зв'язку з явищами гіпергідратації на фоні важкої форми цукрового діабету в стадії судинних ускладнень: діабетична ретинопатія, амбліопія, ураження нирок, яке проявлялося уремичною інтоксикацією на фоні нефротичного синдрому.

При надходженні пацієнтка пред'являла скарги на головний біль, нудоту, блювання, домішок крові в сечі, періодичне підвищення температури тіла.

Об'єктивно: стан хворої важкий, шкірні покриви бліді, набряки обличчя, кінцівок,

передньої черевної стінки; над легеньми ясний легеневий звук, дихання везикулярне, в нижніх відділах ослаблене; серцева діяльність ритмічна, акцент другого тону на аорті, систолічний шум на верхівці серця, АТ 140/100 мм рт. ст., живіт збільшений у розмірах із-за асцити.

В клінічному аналізі крові: еритроцити – $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 98 г/л, лейкоцитарна формула без змін, швидкість осідання еритроцитів – 32 мм/год. У клінічному аналізі сечі: відносна щільність 1008, білок – 5,87 г/л, еритроцити 40–50 у полі зору, лейкоцити 8–14 у полі зору, циліндри гіалінові, зернисті 3–6 у полі зору. При біохімічному дослідженні крові: глюкоза – 5,6 ммоль/л, сечовина – 25,3 ммоль/л, креатинін – 628,4 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації – 27,5 мл/хв, загальний білок – 53,8 г/л, калій – 2,6 ммоль/л, кальцій – 1,95 ммоль/л; холестерин – 6,8 г/л. За даними УЗД спостерігаються ознаки дифузної патології паренхіми нирок, паренхіма – 1,5 см.

На підставі проведених досліджень і даних клінічного спостереження встановлений клінічний діагноз: цукровий діабет 2-го типу, важкий перебіг, субкомпенсований, хронічна хвороба нирок IV ст.: діабетична нефропатія, рецидивуючий нефротичний синдром, симптоматична ренальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний коронар-кардіосклероз, серцева недостатність ІІБ ст.; анемія; діабетична ретинопатія, амбліопія судин сітківки.

Постало питання про початок нирковозамісної терапії. Проведення перитонеального діалізу було сумнівним, оскільки хвора мала проблеми із зором, а виконання гемодіалізу було ускладнене у зв'язку з віддаленим проживанням від діалізного центру.

Почата нефропротективна судинна терапія, призначені ентеросорбенти, корекція вуглеводного обміну, на фоні чого стан хворої суттєво не змінився, зберігалася гематурія. Пацієнтці проведена мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастним посиленням, за даними якої права нирка має нормальну форму, розміри 122×60 мм, товщина паренхіми до 20 мм, сама паренхіма без вогнищевих змін; відзначається порушення диференціювання коркового та мозкового шарів; порожнинна система не розширена; екскреторна функція збережена, параренальна жирова клітковина не змінена. Ліва нирка має нормальну форму, розміри 124×64 мм, товщина

паренхіми до 20 мм, порушення диференціювання коркового та мозкового шарів, порожнинна система не розширена, екскреторна функція збережена. В артеріальну фазу в середньому сегменті по задній поверхні відзначається гіперваскулярне утворення розмірами 11×9×17 мм з відносно чіткими контурами, в портовонозну та відстрочену фази ізоденсивне до навколишньої паренхіми. В тілі правого наднирника визначається утворення округлої форми розмірами 12×11 мм з чіткими контурами із щільністю жиру (до 112 НУ). Лімфатичні вузли черевної порожнини, заочеревинного простору, тазової локалізації не збільшені, кістково-деструктивні зміни не виявлені, відзначаються дегенеративно-дистрофічні зміни у хребті на досліджуваному рівні, вогнищеве утворення лівої нирки, ознаки дифузних змін паренхіми обох нирок, гіпертрофії стінок сечового міхура; утворення правого наднирника (мієлоліпома); атеросклеротичні зміни черевної аорти.

Через наявність вогнищевих змін лівої нирки хвора переведена в урологічне відділення для оперативного втручання, де провели лівобічну нефректомію. Під інгалаційним наркозом здійснено люмботомічний доступ до лівої нирки. Виділено сечовід, ниркові вена та артерія пересічені та перев'язані, нирка видале-

на разом з навколишньою клітковиною. Гістологічно верифікований світлоклітинний рак.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Стан хворої покращився: в катанезі через 2 місяці зменшилася протеїнурія (0,37 г/л білка в клінічному аналізі сечі), відсутня гематурія, підвищився гемоглобін крові до 114 г/л, нормалізувалася швидкість осідання еритроцитів до 15 мм/год, загальний білок крові 60,2 г/л, зменшилися набряки – ознаки нефротичного синдрому; знизилася також уремичні показники: сечовина 15,0 ммоль/л, креатинін 160 мкмоль/л.

Інтеграція допомоги нефролога та уролога на ранніх етапах захворювання дозволила виявити онкопатологію у пацієнтки з важкою формою цукрового діабету в стадії генералізованих судинних ускладнень та провести раннє оперативне втручання, що сповільнило темпи прогресування ниркової недостатності й стабілізувало стан хворої.

Таким чином, своєчасна діагностика раку нирки з наступною нефректомією у пацієнтки з уремичним синдромом на фоні важкого цукрового діабету дозволила уповільнити прогресування ниркової недостатності, віддалити необхідність нирковозамісної терапії і тим самим покращити якість життя пацієнтки та прогноз захворювання.

References

1. Clase C., Garg A., Kiberd M. (2002). Prevalence of low glomerular filtration rate in non-diabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Am. Soc. Nephrol.*, vol. 13 (5), pp. 1338–1349.
2. *IDF Diabetes Atlas Eighth edition 2017 / International Diabetes Federation* (2017). Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html>.
3. Herzog C.A., Asinger R.W., Berger A.K., Charytan D.M., Diez J., Hart R.G. et al. (2011). Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int.*, vol. 80 (6), pp. 572–586.
4. Matas A.J., Simmons R.L., Kjellstrand C.M., Buselmeier T.J., Najarian J.S. (1975). Increased incidence of malignancy during chronic renal failure. *Lancet.*, vol. 19 (1), pp. 883–886.
5. Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann. Oncol.*, vol. 18 (3), pp. 581–592.
6. Launay-Vacker V., Oudard S., Janus N., Gligorov J., Pourrat X., Rixe O. et al. (2007). Renal Insufficiency and Cancer Medications (IRMA) Study Group. Prevalence of renal insufficiency in cancer patients and implications for anticancer drug management: the renal insufficiency and anticancer medications (IRMA) study. *Cancer.*, vol. 110 (6), pp. 1376–1384.
7. Chow W.H., Dong L.M., Devesa S.S. (2010). Epidemiology and risk factors for kidney cancer. *Nat. Rev. Urol.*, vol. 7 (5), pp. 245–257.
8. Noone A.M., Howlader N., Krapcho M., Miller D., Bishop K., Kosary C.L. et al. (eds) (april 2018). SEER Cancer Statistics Review 1975–2015. *National Cancer Institute*. Bethesda, MD. Available from: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/, based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site.

9. Rathmell W.K., Godley P.A. (2010). Recent updates in renal cell carcinoma. *Curr. Opin. Oncol.*, vol. 22 (3), pp. 250–256.

10. Garcia J.A., Cowey C.L., Godley P.A. (2009). Renal cell carcinoma. *Curr. Opin. Oncol.*, vol. 21 (3), pp. 266–271.

11. Dulabon L.M., Lowrance W.T., Russo P. Huang W.C. (2010). Trends in renal tumor surgery delivery within the United State. *Cancer*, vol. 116, p. 2316.

В.Н. Лесовой, Н.М. Андоньева, Н.Н. Поляков, Е.А. Гуц, М.Я. Дубовик, С.М. Колупаев

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ С ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Злокачественные новообразования почки у уремиических пациентов являются относительно распространённым видом опухолей. Ассоциация этих заболеваний значительно ухудшает прогноз для больного, а при невозможности проведения почечно-заместительной терапии неизбежно ведёт к фатальному исходу. В работе описано наблюдение за пациенткой с уремиическим синдромом на фоне сахарного диабета с множественными сосудистыми осложнениями, у которой был диагностирован светлоклеточный рак почки. По ряду причин почечно-заместительная терапия не могла быть выполнена. Нефрэктомия, проведённая в связи с наличием опухоли, значительно улучшила состояние больной, уменьшила проявления нефротического синдрома, замедлила прогрессирование почечной недостаточности, позволила отдалить необходимость проведения почечно-заместительной терапии.

Ключевые слова: уремиический синдром, сахарный диабет, рак почки, нефрэктомия.

V.M. Lisovyi, N.M. Andonieva, M.M. Poliakov, O.A. Huts, M.Ya. Dubovyk, S.M. Kolupaiev

ALTERNATIVE APPROACH TO CORRECTION OF UREMIC SYNDROME FOR PATIENT WITH KIDNEY TUMOUR AGAINST A BACKGROUND OF DIABETES

Malignant kidney neoplasms in uremic patients is a relatively common type of tumors. The association of these diseases significantly worsens the prognosis for the patient, and if it is impossible to perform renal replacement therapy, inevitably leads to a fatal outcome. The article describes the observation of a patient with uremic syndrome against a background of diabetes mellitus with multiple vascular complications, in which the clear-celled kidney cancer was diagnosed. For a number of reasons, renal replacement therapy could not be performed. The nephrectomy performed in connection with the presence of the tumor significantly improved the patient's condition, reduced the manifestations of the nephrotic syndrome, slowed the progression of renal failure, allowed to postpone the need for renal replacement therapy.

Key words: uremic syndrome, diabetes mellitus, kidney cancer, nephrectomy.

Надійшла до редакції 11.07.18

Контактна інформація

Лісовий Володимир Миколайович – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, ректор Харківського національного медичного університету, директор КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Андон'єва Ніна Михайлівна – доктор медичних наук, професор кафедри урології, нефрології та андрології Харківського національного медичного університету, завідувача відділенням нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Адреса: 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

Тел.: +380577385270.

E-mail: urology.knmu@ukr.net.

Поляков Микола Миколайович – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології Харківського національного медичного університету; завідувач відділенням трансплантації КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Гуц Олена Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології Харківського національного медичного університету; лікар-ординатор відділення нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Дубовик Марія Ярославівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології Харківського національного медичного університету; лікар-ординатор відділення нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Колупасєв Сергій Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології Харківського національного медичного університету.