



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN**

**Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal**



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



УДК 616-006:615.03

## УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ СЕМИНОМЫ

Хакимов Г.А., Хакимова Г.Г., Жуманиёзов Х.И., Мусурмонов Х.У., Усмонова Ш.Т.

<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт

<sup>2</sup>Nano Medical Clinic; Узбекистан.

<sup>3</sup>Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии

E mail: hgg\_doc@mail.ru.

### ✓ Резюме

*Внегонадные герминогенные опухоли (ВГО) у мужчин являются редкой герминогенной опухолью и составляют от 2 до 5%. Семинома является наиболее распространенной гистологической формой герминогенных опухолей [1,2]. Висцеральные метастазы семиномы встречаются у <5% пациентов и, как правило, возникают на поздних стадиях заболевания. Семинома редко может метастазировать в почки, а метастазы в желудочно-кишечный тракт наименее вероятны с частотой <1% [3]. Мы представляем редкий случай метастатической семиномы забрюшинного пространства у 26-летнего мужчины с тромбозом нижней полой вены (НПВ).*

*Ключевые слова: забрюшинное пространство, семинома.*

## SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF MASSIVE RETROPERITONEAL METASTATIC SEMINOMA

Khakimov G. A., Khakimova G. G., Jumaniyozov Kh.I., Musurmonov H.U., Usmonova Sh.T.

<sup>1</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute; Uzbekistan.

<sup>2</sup>Nano Medical Clinic; Uzbekistan, 100069 Tashkent, Chimboy st. 2A

<sup>3</sup>Tashkent city branch of Republican specialized scientific and practical medical center of oncology and radiology

### ✓ Resume

*Extragenital germ cell tumors (EGT) in men are a rare germ cell tumor and account for 2 to 5%. Seminoma is the most common histological form of germ cell tumors [1,2]. Visceral seminoma metastases occur in <5% of patients and typically occur late in the disease. Seminoma rarely metastasizes to the kidneys, and metastases to the gastrointestinal tract are the least likely, with an incidence of <1% [3]. We present a rare case of metastatic retroperitoneal seminoma in a 26-year-old man with inferior vena cava (IVC) thrombosis.*

*Key words: retroperitoneal space, seminoma.*

## MASSIV RETROPERITONEAL METASTATIK SEMINOMA O'SMALARINI MUVAFFAQIYATLI JARRURIK DAVOSI

Hakimov G.A., Hakimova G.G., Jumaniyozov X.I., Musurmonov X.U., Usmonova Sh.T.

<sup>1</sup>Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

<sup>2</sup>Nano tibbiyot klinikasi; O'zbekiston.

<sup>3</sup>Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent shahar filiali

✓ **Rezyume**

*Erkaklarda ekstragonadal jinsiy hujayrali o'smalar (EGT) kam uchraydigan jinsiy hujayrali o'smalar bo'lib, 2-5% ni tashkil qiladi. Seminoma jinsiy hujayrali o'smalarning eng keng tarqalgan gistologik shaklidir [1,2]. Visseral seminoma metastazlari bemorlarning <5% da uchraydi va odatda kasallikning kech davrida yuzaga keladi. Seminoma kamdan-kam hollarda buyraklarga metastaz beradi va oshqozon-ichak traktiga metastazlar kamroq bo'ladi, chastotasi <1% [3]. Biz pastki vena kava (IVC) trombozi bo'lgan 26 yoshli erkakda metastatik retroperitoneal seminomaning kamdan-kam uchraydigan holatini taqdim etamiz.*

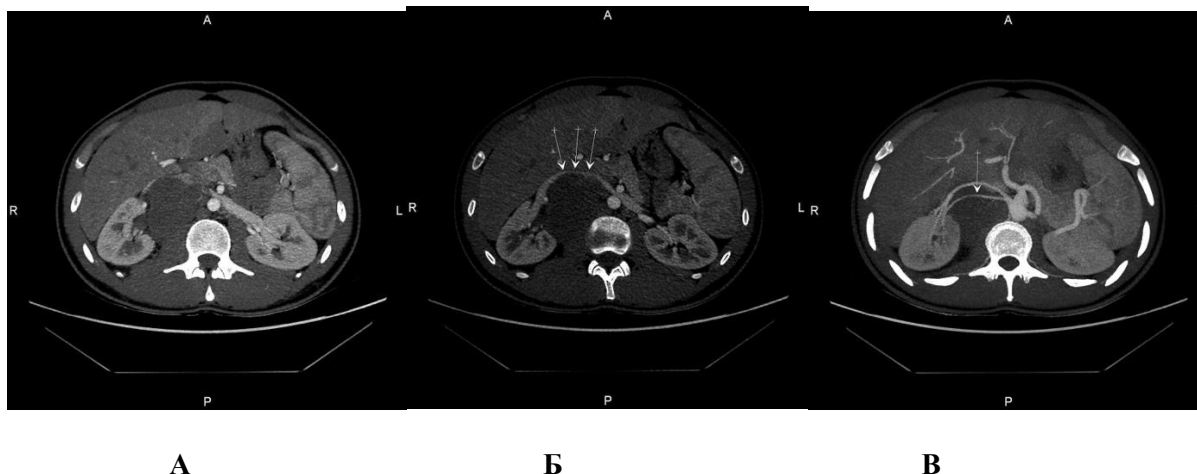
*Kalit so'zlar: retroperitoneal bo'shliq, seminoma.*

**Актуальность**

Внегонадные герминогенные опухоли (ВГО) являются наиболее распространенными врожденными опухолями у мужчин в возрасте от 15 до 39 лет, при этом уровень заболеваемости в течение последних четырех десятилетий растет [4]. Считается, что герминогенные опухоли забрюшинного пространства возникают из первичных поражений яичка [5]. Первичные внегонадные герминогенные опухоли забрюшинного пространства возникают в результате дисгенезии герминогенных клеток, потерянных во время эмбриогенеза, являются пороком эмбрионального развития и содержат тканевые элементы и органоподобные структуры, которые в норме ни в средостении, ни в забрюшинном пространстве не встречаются. [6].

Клинический случай.

Пациент А., 1996г.р. считает себя больным с 03.22г., когда появились жалобы на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую ногу. Обратился по м/ж, где выполнено **УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства от 15.03.22г.:** В забрюшинном пространстве на уровне ворот печени образование размерами 65.5x47.8x91.6мм, объемным воздействием на прилежавшие органы. Пиелозктазия справа. Ворота почки и паранефрий справа занимает образование размерами 94x72x78мм с кистозным компонентом. **КТ органов забрюшинного пространства с в/в контрастированием от 29.03.2022г.:** в воротах почки неоднородное образование размером 9,8x6,0x15,7 см. Нижняя полая вена на уровне ниже объемного образования диаметром до 2,3см. В проекции правого надпочечника образование 7,0x6,6x8,7см. Л/у- ворота печени до 15мм, мезентериальные 12мм, подвздошные 12мм, паракавальные до 18мм, парааортальные до 8мм. В артериальной фазе: В толще образования проходят добавочная правая почечная артерия, стенки неровные, деформированы, на протяжении 5,0см основная почечная артерия оттеснена. Образование питается ветвями от брюшной аорты и правой почечной артерии, диаметром 0,15 – 0,2см. В венозной фазе: образование оттесняет кпереди правую почечную вену и НПВ, просвет их сужены, без признаков инвазии. НПВ на уровне образования 1,1x2,7см. Отмечается деформация проксимальной части левой почечной вены за счет верхней брыжеечной артерии диаметром ближе к воротам левой почки до 1,2см, ближе к впадению НПВ 0,6см. (Рис 1)



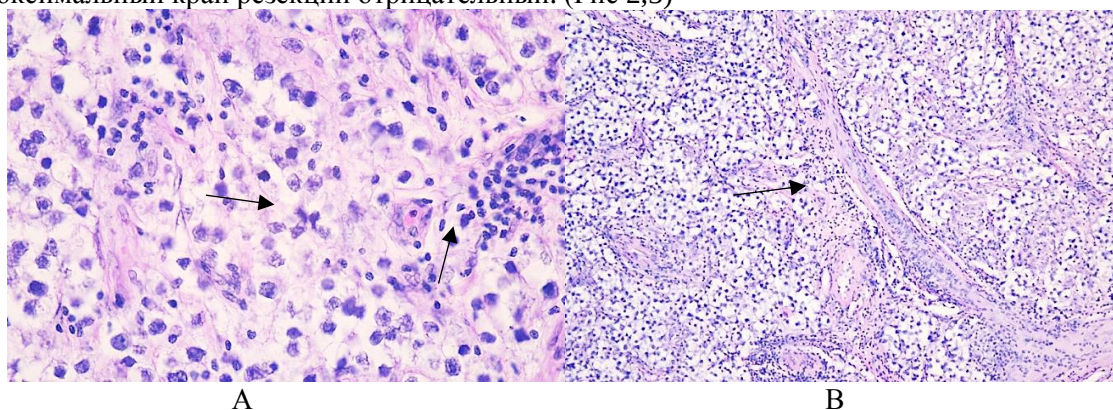


Г

Д

**Рисунок 1. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) в аксиальной (А,Б,В), в коронарной (Г), сагиттальной (Д) проекциях:** А) в забрюшинном пространстве справа на уровне Th12-L3 определяется неправильной формы объемное образование, однородной солидной структуры, с прорастанием в верхний сегмент правой почки, ЧЛС, артерии правой почки, правую почечную вену и нижнюю полую вену, правую подвздошно-поясничную мышцу. Б) прорастание образования в почечную вену В) в толще образования определяется абберантная почечная артерия. Г) образование прорастает в верхний сегмент правой почки и правую подвздошно-поясничную мышцу Д) прорастание в нижнюю полую вену.

**УЗИ органов мошонки от 31.03.2022г.:** В забрюшинном пространстве прилегая к нижней полой вене (L1-L3) визуализируется неоднородное образование неправильной формы с нечеткими контурами 98х73х60мм. Правое яичко размерами 46х30х24мм, объем 17,3 см з. Ткань разнородная, гетероэхогенной структуры. **Онкомаркеры от 02.04.2022г.:** ЛДГ-761Ед/л, АФП - 82,97 МЕ/мл. Состояние после эксплоративной лапаротомии, биопсии по м/ж от 24.06.2022г. **Гистологическое заключение № 127 от 25.06.2022г.:** метастаз в мягкие ткани аденокарциномы. Самостоятельно обратился в Nano Medical, где выполнены следующие лабораторно - инструментальные исследования: **Маркеры от 14.07.22г.:** ЛДГ-138Ед\л, АФП-1000МЕ\мл. **Гистологическое заключение №92812\22 от 07.07.22г. (пересмотр):** метастаз эмбриональной карциномы с синциальными элементами (вероятно яичко). **УЗИ органов брюшной полости от 07.07.2022г.:** В проекции VII-VIII сегмента визуализируется гиперэхогенное образование, с четким контуром, с интранодулярным, высокоскоростным кровотоком - 6,5х4,5х10см. В почечном синусе визуализируется образование размерами 137х114мм. **УЗИ периферических л/у от 07.07.2022г.:** подмышечные л/у: справа - 22х13 мм, 28х11 мм; слева-33х11 мм, 20х9 мм; паховые л/у: справа 10-18 мм, слева 11-17 мм. **УЗИ мошонки от 07.07.2022г.:** правое яичко: Эхоструктура не однородная, в центральной части визуализируется гиперэхогенное образование, с нечетким, неровным контуром с включениями микрокальцинатов, в режиме ЦДК с интранодулярным кровотоком, размером 13,0х9,0 мм. По периферии визуализируются множество гипоехогенных образований с четким контуром, аваскулярные, размером от 7,0 до 14,0 мм- mts. Левое яичко: без патологий. Решением консилиума, 07.07.2022г. выполнено хирургическое лечение в объеме орхофуникулэктомии справа. **Гистологическое заключение №92958\22 от 12.07.2022г.:** семинома правого яичка. Интраваскулярная инвазия неоплазмы. Проксимальный край резекции отрицательный. (Рис 2,3)



А

В

**Рисунок 2. Микроскопическая картина семиномы яичка.** А) Крупные клетки со светлой цитоплазмой и четкими границами, укрупненными уродливыми ядрами, заметными ядрышками патологическими митозами(а). Отмечается примесь лимфоцитов (б). x40 В) образование, состоящее из светлых клеток, располагается в виде пластов с фиброзными септами (с) и примесью воспалительных элементов.x10

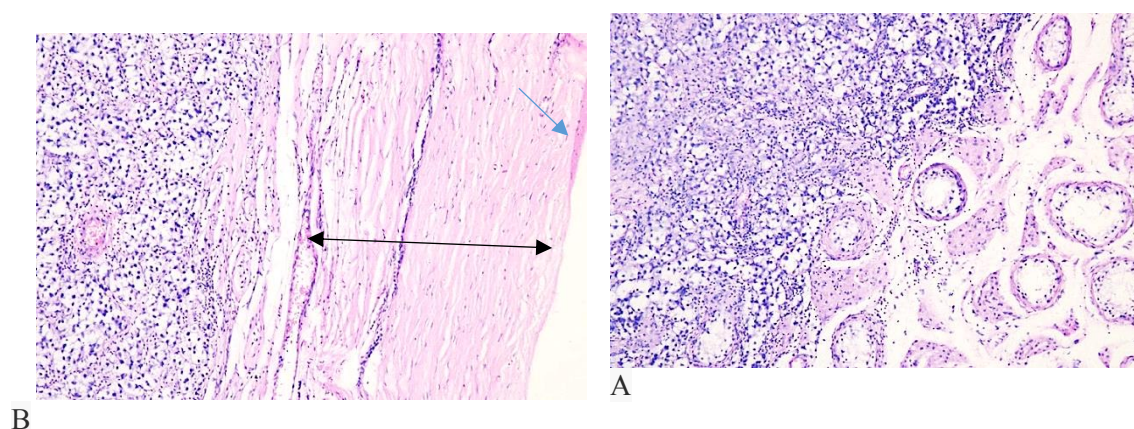


**Рисунок.3. Микроскопическая картина семиномы яичка с окружающей соединительнотканной капсулой x10.** А) Опухолевая ткань, состоящая из клеток со светлой цитоплазмой и с фигурами митозов. Tunica albuginea (а), tunica vaginalis (б) - без опухолевой инвазии. В) Неоплазма на границе с нормальными семенными канальцами. Неопластическая ткань образует солидные структуры, разделенные фиброзными септами. Вне неоплазмы семенные канальцы с плохо выраженным клеточным составом, состоящим из сперматоцитов и сперматогонии.

**Маркеры от 14.07.2022г:** ЛДГ-138Ед\л, АФП-1000МЕ\мл. Состояние после 4 курсов ПХТ по схеме ВЕР (Блеомцин, Этопозид, Цисплатин) с 14.07.22г. по 02.09.22г. **МРТ органов брюшной полости от 10.10.2022г.:** В VII сегменте печени субкапсулярно определяется неправильной формы объемное образование размерами 23х31х24 мм. В забрюшинном пространстве справа определяется конгломерат лимфатических узлов с вовлечением правого надпочечника, прорастающее в правую подвздошную мышцу и правую почку, размерами 6,0х4,8х12,2 см. (Рис 4) **МРТ органов малого таза от 10.10.2022г.:** состояние после правосторонней орхофуникулэктомии. Частичный ответ.

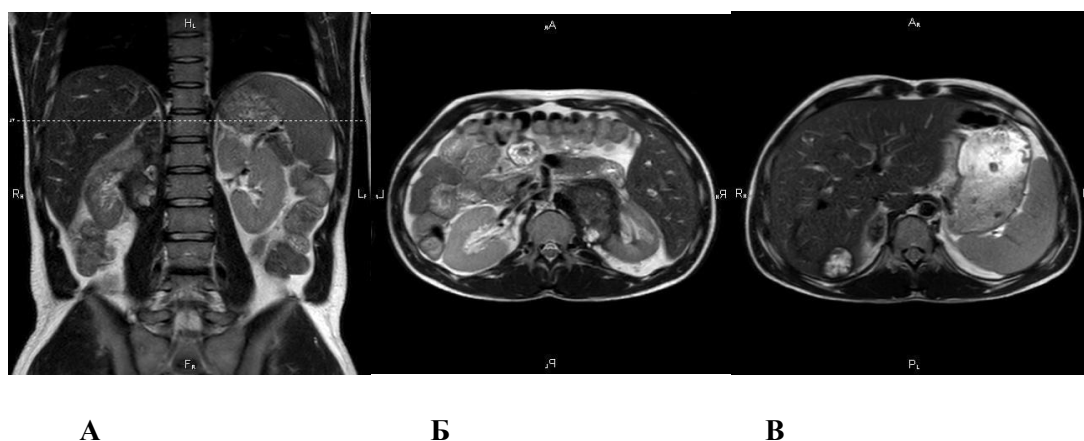


**Рисунок 4. МРТ органов брюшной полости (после 4 курсов ВЕР) от 10.10.2022г.** На МРТ в коронарной проекции (А) на T2 режиме забрюшинно справа определяется объемное образование с прорастанием в правую почку и подвздошно-поясничную мышцу; в аксиальной проекции (Б) определяется объемное образование с прорастанием в правую подвздошно-поясничную мышцу. В толще образования определяются сосуды правой почки; в аксиальной проекции (В) в VII сегменте печени определяется округлой формы метастатическое образование.

Решением консилиума пациенту выполнено хирургического лечения в объеме комбинированно-расширенного иссечения метастатической опухоли забрюшинного пространства справа от 20.10.2022г.

Протокол операции: В правой половине живота определяется опухолевый конгломерат, включающий в себя правую почку, правый надпочечник, паранефральную клетчатку, забрюшинную клетчатку, нижнюю полую вену, абдоминальный сегмент брюшной аорты, подвздошно-поясничную мышцу. Абдоминальный сегмент брюшной аорты оттеснен вправо. В 7 сегменте печени определяется метастатическая опухоль размерами 3,5х4,5х4,0см, процесс признан распространенным. Решено произвести расширенно-комбинированную операцию. Опухолевый конгломерат мобилизован острым путем. Абдоминальный сегмент брюшной аорты мобилизован на всем протяжении. (Рис 5а) Почечная артерия перевязана и пересечена. НПВ находится в толще опухолевого конгломерата в связи с этим идентификация правой почечной вены не представляется возможной. Опухолевая инфильтрация распространяется до места впадения левой почечной вены. Нижняя полая вена проксимально отступая от места впадения почечных вен на 8 см и дистально в проекции развилки подвздошных сосудов перевязана и пересечена. (Рис 5б) Левая почечная вена мобилизована на протяжении и отступая на 2,5см от места впадения нижней полой вены взята на сосудистый зажим, пересечена. Произведено иссечение подвздошно-поясничной мышцы. Надпочечниковая артерия и вена обработаны раздельно. Правый мочеточник над устьем перевязан и пересечен. Произведена резекция VIII сегмента печени. Препарат, включающий в себя правый надпочечник, правую почку, нижнюю полую вену, паранефральную, забрюшинную клетчатку с лимфатическими узлами и лимфатическими сосудами, правый мочеточник, подвздошно-поясничную мышцу, VIII сегмент печени удален в едином блоке. Селезеночная вена мобилизована на протяжении в проекции дистальной части тела и хвоста поджелудочной железы. Сформировано соустье между селезеночной и левой почечной веной, рено-лиенальный анастомоз по типу «конец в бок». (Рис 6)

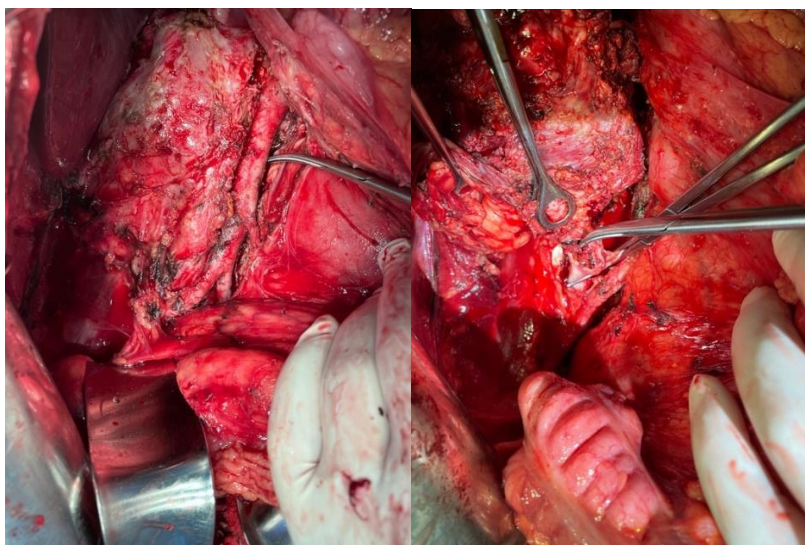


**Рисунок 5. Этапы операции.** А) Слева от мобилизованного на протяжении абдоминального отдела брюшной аорты, подвздошной артерии справа и слева находится массивная метастатическая опухоль. Б) Нижняя полая вена в проекции правой подвздошной артерии взята на диссектор. Просвет НПВ проксимально тотально замещен опухолевой тканью.

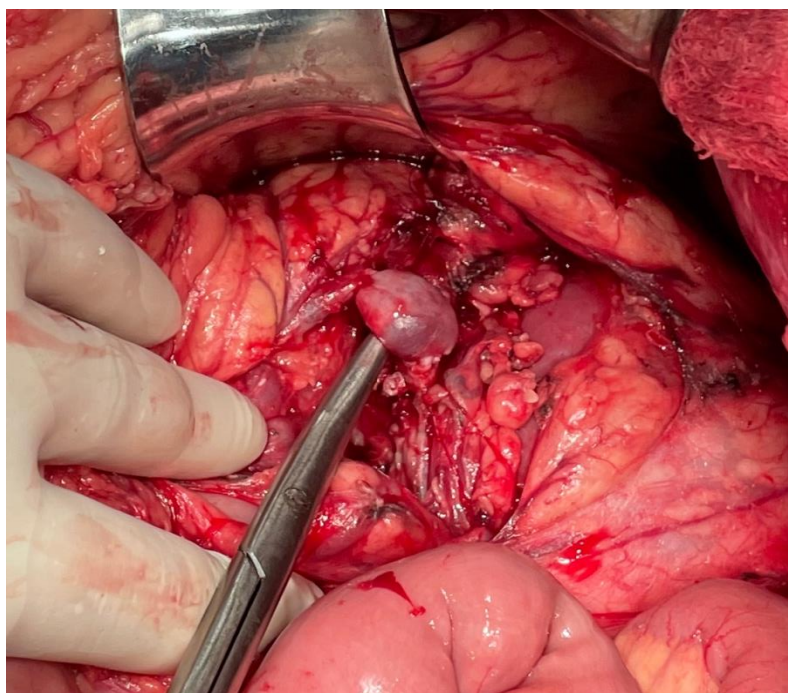


**Рисунок 6. Реконструкция левой почечной вены.** Сформировано сосудистое соустье между селезеночной веной и левой почечной веной с помощью венозного трансплантата, взятого с правой общей подвздошной вены.

**Гистологическое заключение №10369/22 от 27.10.2022г.:** Метастазы семиномы в ворота почек, печень. Лечебный патоморфоз 3-4 ст. 21 л/у с реактивной гиперплазией. (Рис 7,8,9)

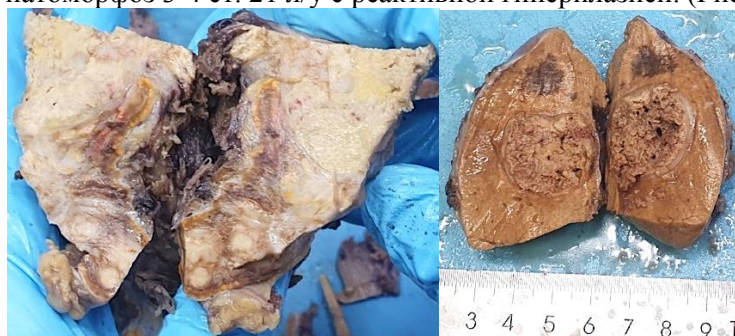
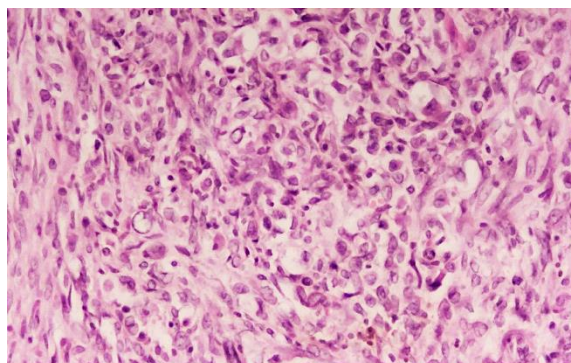
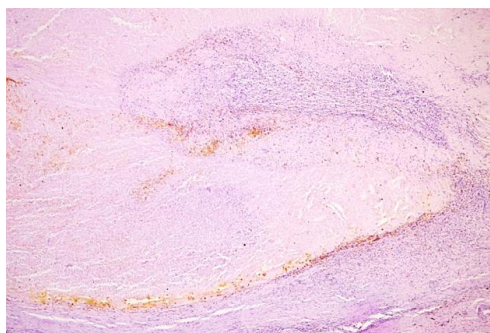


**Рисунок 7. Макропрепарат образования забрюшинного пространства.** А) Образование, расположенное в области ворот почки размером 9х7х5 см, при разрезе серо-коричневого цвета с желтоватым оттенком, неравномерной окраски, распадающейся структуры. Образование окружено мышечно-жировой тканью. Б) Часть печени размером 6х4,5х3,5 см, с капсулой. Капсула неровная, серо-коричневого цвета, при разрезе светло-коричневого цвета. Так же при разрезе отмечается инкапсулированное ограниченное образование размером 2,3х2,5х2 см, распадающейся структуры.

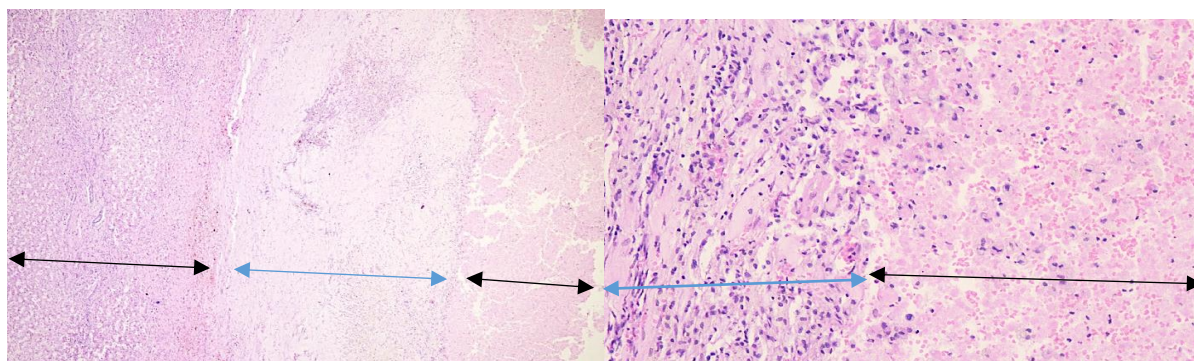




А

В

**Рисунок 8. Микроскопическая картина метастатического поражения ворот почки. х40** А) Единичные мелкие очаги дистрофичных мonomорфных крупных клеток округлой формы со светлой цитоплазмой; ядра большие, с небольшим числом митозов. Лечебный патоморфоз III-IV степени. В) Инкапсулированный некортический очаг, ограниченный в воротах почки. Массивные некротические очаги, ограниченные фиброзной капсулой (а) с примесью лимфоцитов и гемосидерофагов. Лечебный патоморфоз III-IV степени.

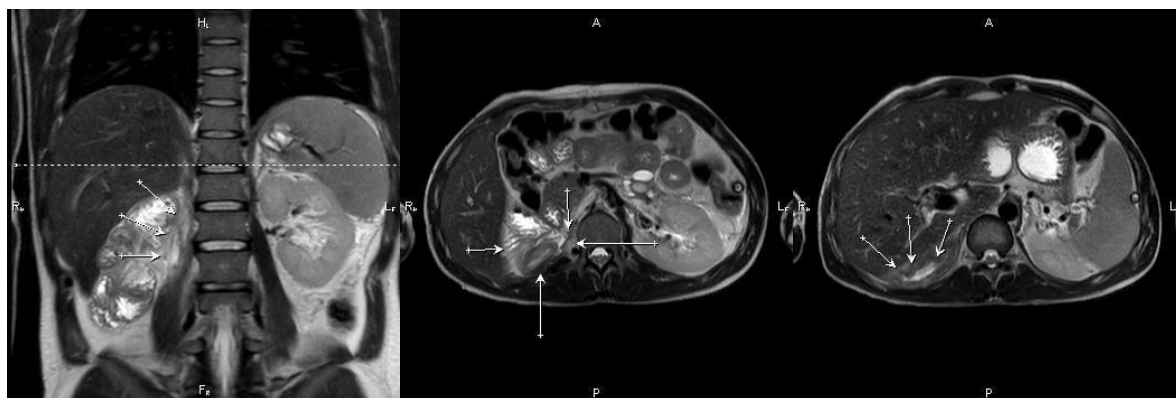


А

В

**Рисунок 9. Микроскопическая картина метастатического поражения печени.** А) На срезе ткань печени с дистрофией гепатоцитов (а), утолщенная фиброзная капсула (б) и некротический очаг (в). Образование не выходит на пределы фиброзной капсулы. Лечебный патоморфоз III-IV степени. х10. В) Отмечаются преимущественно коагулятивные некротические очаги (б), имеющие по периферии фиброзную капсулу (а) с примесью лимфоцитов. Лечебный патоморфоз III-IV степени. х 20

**КТ органов грудной клетки от 07.11.2022г.:** В обоих легких преимущественно в нижней доле правого легкого множественные полости до 17мм и единичные л/у до 5 мм (в динамике от 27.07.22г уменьшение размеров и количества). В передневерхнем средостении л/у до 13 мм. **МРТ органов брюшной полости, органов малого таза от 07.11.2022г.:** состояние после правосторонней нефраденеэктоми, резекции печени, удаления нижней полой вены. (Рис 10) **Маркеры от 01.11.22г.:** ХГЧ-2.9МЕ/мл, АФП-2.3МЕ/мл.



А

Б

В

**Рисунок 10. МРТ в коронарной проекции от 07.11.2022г.** А) Послеоперационное ложе чистое, признаков наличия образования не выявлено. Б) Ложе удаленной опухоли и правой почки. В) В печени mts после резекции не выявлен.

Диагноз: С62 Семинома яичка, pT3N0M1. Состояние после комбинированного лечения (хирургического лечения в объеме орхофуникулэктомии справа от 07.07.2022г., 4 курсов ПХТ (ВЕР), комбинированно-расширенного иссечения метастатической опухоли забрюшинного пространства справа от 20.10.2022г.)

### Обсуждение

На долю сеиномы приходится половина всех герминогенных опухолей, тогда как на несеинозные герминогенные опухоли приходится оставшаяся половина. Метастазирование внегонадных герминогенных опухолей забрюшинного пространства обычно происходит через забрюшинные лимфатические узлы и наиболее часто метастазирует в забрюшинные лимфатические узлы, печень, легкие, головной мозг, почки, надпочечники, кости, селезенка [7]. Также были зарегистрированы случаи метастазирования в щитовидную железу и предстательную железу [8]. Экстранодальные метастазы чистой сеиномы встречаются очень редко. Сообщалось лишь о нескольких случаях метастазирования сеиномы в почки. Кастелян-Мальдонадо и др. сообщили о случае 24-летнего мужчины с метастатической сеиномой левой почки через 11 месяцев после орхидэктомии, выполненной по поводу сеиномы [9]. В публикации Khare и др., у пациента 40 лет через 2 года после орхидэктомии появились метастазы в левой почке с опухолевым тромбозом НПВ. Опухоль распространялась медиально до аорты с распространением на уровне L2 в парааортальные лимфатические узлы и инфильтрацией поясничной мышцы, как у нашего пациента и толстой кишки [7]. V.Raур и др. описали случай 34-летнего пациента с диагнозом: сеинома почки с тромбом нижней поллой вены. Пациенту выполнено хирургическое лечение в объеме орхидэктомии и удаления опухоли забрюшинного пространства. Далее, он получил 3 курса ПХТ по схеме ВЕР с развитием легочной токсичности в виде плеврита. Прогрессирование через 6 мес. в виде лимфоаденопатии забрюшинных, тазовых лимфатических узлов. Пациенту проведено 2 курса по схеме ЕР. Стабилизация (через 8 мес. обследования) [10]. Ретроперитонеальные образования больших размеров могут сдавливать окружающие сосуды, такие как аорта, ее основные ветви и вены, что может привести к тромбозу, такому как тромбоз нижней поллой вены (НПВ) как у нашего пациента [11]. В 20-летнем ретроспективном обзоре пациентов герминогенными опухолями яичка выявлено, что частота тромбоза сосудов при постхимиотерапевтической диссекции забрюшинных лимфатических узлов составила 5,8%. В исследование было включено 89 пациентов после химиотерапии с 98 случаями тромбоза (72 - НПВ, 20 - почечных вен и 1 -аорта), и примерно у 45% гистологически были представлены тромбы опухолевого генеза. Половине пациентов с тромбозом, в конечном итоге, потребовалась кавэктомия вены для радикального лечения [12].

Таким образом, важно диагностировать сеиному на ранней стадии, поскольку стадия опухоли является наиболее важным прогностическим фактором. Сеиномы чрезвычайно чувствительны к лучевой и химиотерапии, и эти методы обычно включаются в лечение после орхидэктомии. При метастатической сеиноме предпочтение отдается комбинированной химиотерапии на основе препаратов платины [13]. Пациенты герминогенными опухолями будут проходить рентгенографическое наблюдение на предмет рецидива каждые три-шесть месяцев в течение пяти лет в соответствии с рекомендациями NCCN для сеиномы IV стадии. В случае рецидива, междисциплинарная команда оценит необходимость дополнительной химиотерапии, облучения или диссекции забрюшинных лимфатических узлов.

### Вывод

До сегодняшнего дня единая точка зрения относительно тактики и лечения пациентов с массивными метастатическими опухолями отсутствует. Приведенный клинический случай показывает возможности высокотехнологической агрессивной онкохирургии в выполнении нетипичных, сверхрасширенных операций при массивных забрюшинных метастатических опухолях сеиномы с элементами реконструктивно-пластической хирургии, которые способствуют уменьшению побочных эффектов проведенной операции увеличивая продолжительность жизни пациентов без ухудшения ее качества.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Michels J., Van Der Westhuizen N. and Ross A: Synchronous metastatic seminoma and primary retroperitoneal ganglioneuroma: case report and literature review. //Can Urol Assoc J. 5:E109–E112. 2011.
2. Abratt R.P., Reddi V.B. and Sarembok L.A: Testicular cancer and cryptorchidism. Br J Urol. 70:656–659. 1992.
3. Senadhi V., Dutta S. Testicular seminoma metastasis to the gastrointestinal tract and the necessity of surgery. //J Gastrointest Cancer 2012;43:499- 501.
4. Nason G.J., Leao R., Hamilton R.J. Active surveillance in stage 1 disease: standard of care independent of risk factors? Curr Opin Urol 2020; 30:245-50.
5. Bokemeyer C., Nichols C.R., Droz J., Schmoll H.J., Horwich A., Gerl A. et al. Extragonadal Germ Cell Tumors of the Mediastinum and Retroperitoneum: Results From an International Analysis. //J Clin Oncol (2002) 20(7):1864–73. doi: 10.1200/JCO.2002.07.062
6. Bokemeyer C., Droz J., Horwich A., Gerl A., Fossa S.D., Beyer J. et al. Extragonadal Seminoma: An International Multicenter Analysis of Prognostic Factors and Long Term Treatment Outcome. Cancer (2001) 91(7):1394–401. doi: 10.1002/1097-0142(20010401)91:7<1394::AID-CNCR1144>3.0.CO;2-Y
7. Khare M., Ahuja A., Bhardwaj M., Khattar N. Unusual renal and colonic mass: Description of a rare case. //Indian J Med Paediatr Oncol 2019;40:S154-6.
8. Motley R.C., Utz D.C., Farrow G.M., Earle J.D: Testicular seminoma metastatic to the prostate. J Urol 1986, 135:801-802.
9. Castelán- Maldonado EE, Peña- Ruelas CI, Ignacio- Morales CV, Romero- Martínez SA, Sánchez- Arbea PC. Classic renal metastatic seminoma. Cir Cir 2013;81:142- 5.
10. Valary T. Raup, Michael H. Johnson, Jonathan R. Weese, Ian S. Hagemann, Stephen D. Marshall, Steven B. Brandes, "Seminoma Presenting as Renal Mass, Inferior Vena Caval Thrombus, and Regressed Testicular Mass", *Case Reports in Urology*, vol. 2015, Article ID 835962, 4 pages, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/835962>
11. Wahab A., Hayat M.H., Yousaf A. et al. *BMJ Case Rep* 2021; 14:e243190. doi:10.1136/bcr-2021-243190
12. Boujelbene N., Cosinschi A., Boujelbene N. et al. Pure seminoma: a review and update. *Radiat Oncol* 2011; 6:90. [doi:10.1186/1748-717X-6-90](https://doi.org/10.1186/1748-717X-6-90) pmid: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21819630>
13. Rajpert-De Meyts E., McGlynn K.A., Okamoto K., et al. Testicular germ cell tumours. *Lancet* 2016; 387: 1762–74. [doi:10.1016/S0140-6736\(15\)00991-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00991-5) pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26651223>

Поступила 20.11.2022