

альный диагноз между GIST, шванномой, лейомиомой. Для уточнения гистогенеза и потенциала озлокачествления необходимо ИГХ- исследование.

Результаты иммуногистохимического исследования: проведено иммуногистохимическое исследование с Vimentin, Desmin, Musc. Actin, b-Rftenin, CD34, CD117, DOG1, S100, EGFR, CD68, Ki67. В опухолевых клетках выявлена положительная реакция с Vimentin, Desmin, Musc. Actin. С остальными антителами реакция негативная. Ki67 позитивные клетки одиночные.

Учитывая радикальность проведенной операции, соблюдение принципов абластики, а также результаты гистологического и иммуногистохимического заключения проведен повторный онкологический консилиум. Решение консилиума: проведение адьювантной химиотерапии, таргетной химиотерапии не показано. Показано контрольное обследование через 3 месяца, динамическое наблюдение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Cichoż-Lach H, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118(4): 216–221.
2. Носов Д. А. Гастроинтерстериальные стромальные опухоли: новая нозологическая единица и современные возможности лечения / VII Российская онкологическая конференция: RosOncoWeb–2017. [Nosov DA. Gastrointerstenal'nye stromal'nye opuholi: novaya nozologicheskaya edinica i sovremennye vozmozhnosti lecheniya / VII Rossijskaya onkologicheskaya konferenciya: RosOncoWeb–2017. (In Russ).] Доступно по: <https://rosoncoweb.ru/library/congress/ru/07/13.php>.
3. Goettsch WG, Bos SD, Breekveldt-Postma N, et al. Incidence of gastrointestinal stromal tumours is underestimated: Results of a nationwide study. *Eur. J. Cancer.* 2005; 41: 2868–2872.
4. Старков Ю.Г. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта в эндоскопической практике // Хирургия. — 2010. — №2. — С. 51–59. [Starkov YuG. Podslizistye novobrazovaniya zheludочно-kishechnogo trakta v endoskopicheskoy praktike. *Hirurgiya.* 2010; 2: 51–59. (In Russ).]
5. Corless CL, Fletcher JA, Heinrich MC. Biology of gastrointestinal stromal tumors. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22(18): 3813–3825.
6. Polkowski, M. Submucosal lesions. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2005; 15(1): 33–54.
7. Miettinen M., Lasota J. *Semin. Diagn. Pathol.* 2006; 23:70–83.
8. Анурова О.А., Снигур П.В., Филиппова Н.А., Сельчук В.Ю. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта // Архив патологии. — 2006. — №1(68). — С. 10–13. [Anurova OA, Snigur PV, Filippova NA, Sel'chuk VYU. Morfologicheskaya harakteristika stromal'nyh opuholej zheludочно-kishechnogo trakta. *Arhiv patologii.* 2006; 1(68): 10–13. (In Russ).]
9. Юричев И.Н., Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Чистякова О.В. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: проблемы диагностики и лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2012. — №9. — С. 60–66. [Yurichev IN, Burdyukov MS, Nepochaj AM, Chistyakova OV. Gastrointestinal'nye stromal'nye opuholi: problemy diagnostiki i lecheniya // *Eksp-erimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya.* 2012; 9: 60–66. (In Russ).]

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЭТАПЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СИНХРОННОГО РАКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЧЕК

Рыбчинский С.С.*¹, Крайнюков П.Е.^{1,2},
Бакасова А.В.¹, Кулова И.А.¹

¹ ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка», Москва

² ФГАОУ «Российский университет дружбы народов», Москва

Резюме. Представлено описание клинического наблюдения пациента с синхронным раком на фоне множественных изменений почек. Расставленные акценты направлены на раннее выявление новообразований при проведении ультразвукового исследования в ходе углубленного медицинского осмотра.

Ключевые слова: множественные изменения, синхронный рак, опухоль почек, углубленный медицинский осмотр.

Актуальность

Почечно-клеточный рак (ПКР) — злокачественное поражение орга-

на, занимающее 3-е место среди других заболеваний мочеполовой системы с преимущественным поражением

лиц мужского пола в возрасте старше 60 лет. «Золотой стандарт» в диагностике — мультиспиральная компьютерная

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.14.50.028

POSSIBILITIES OF ULTRASOUND EXAMINATION AT THE STAGE OF IN-DEPTH MEDICAL EXAMINATION IN DETERMINING SYNCHRONOUS CANCER WITH MULTIPLE KIDNEY CHANGES

Rybchinskii S.S.*¹, Krainyukov P.E.^{1,2}, Bakasova A.V.¹, Kulova I.A.¹

¹ P.V. Mandryka Central Military Clinical Hospital, Moscow

² RUDN University, Moscow

Abstract. The article describes a clinical observation of a patient with synchronous cancer on the background of multiple kidney changes. The emphasis is placed on the early detection of neoplasms during ultrasound during an in-depth medical examination.

Keywords: multiple changes, synchronous cancer, kidney tumor, in-depth medical examination.

* e-mail: rss_@list.ru

томография (МСКТ) с контрастным усилением [1–3].

Заболевание длительное время протекает бессимптомно, затрудняя раннюю диагностику вследствие отсутствия показаний для назначения визуализирующих методов [4; 5]. Новообразование выявляется случайно, как по поводу не связанного с органами брюшинного пространства заболевания, по которому назначено инструментальное исследование [ультразвуковое (УЗИ), МСКТ или магнитно-резонансная томография], так и при манифестации соответствующих признаков ПКР (гематурии, боли в поясничной области, лихорадки, недомогания и пр.) [6]. Классическая сонографическая картина опухоли — однородное гипо-/изоэхогенное новообразование овоидной формы, с ровными четкими контурами и ободком сниженной плотности [7; 8]. По сравнению с другими инструментальными методами УЗИ обладает сниженной диагностической эффективностью, особенно при размерах новообразования менее 3 см, когда возможно проведение органосохраняющих операций [1; 9]. Дифференцировка ПКР имеет ряд нюансов, обусловленных мимикрией признаков при ряде состояний (осложненные кисты, рубцовые и воспалительные изменения, особенности визуализации, аномалии развития и др.), ограниченном акустическом доступе, множественных изменениях почек, опыте и подготовке специалиста, классе используемого оборудования [10; 11].

Из литературных источников в свободном доступе мы не обнаружили описания раннего выявления синхронного ПКР на фоне множественных изменений органа при проведении ультразвукового исследования в рамках углубленного медицинского осмотра. Вследствие практической ценности вышеизложенное стало основой данной статьи.

Клиническое наблюдение

Пациент Д., 57 лет, для прохождения углубленного медицинского осмотра поступил в кардиологическое отделение ФКУ «ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» МО РФ с жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы (общую слабость, отёчность голеней, сердцебиения и перебои в работе сердца). Из анамнеза известно, что длительное время (с 1998 г.) страдает мочекаменной и гипертонической болезнями. С 2003 по 2019 гг. многократно был выполнен различный спектр оперативных вмешательств (дис-

танционная ударно-волновая литотрипсия, уретеролитотрипсия, уретеролитоэкстракция, стентирование обеих почек) вследствие конкрементов почек и мочевыводящих путей, с предшествующим комплексом лабораторно-инструментальных исследований. Ежегодно проходил плановое углубленное медицинское обследование в различных лечебных учреждениях.

При обследовании в условиях госпиталя значимых изменений со стороны общего и биохимического анализа крови не выявлено. В общем анализе мочи лейкоциты сплошь во всех полях зрения, удельный вес 1,010 г/см³, эритроциты до 6 в поле зрения, которые обусловлены длительным протеканием мочекаменной болезни и предшествующими оперативными вмешательствами. Гормональный спектр, онкомаркеры, коагулограмма, глюкозурический профиль в допустимых пределах. ЭКГ — синусовый ритм, передний фасцикулярный блок. Инструментальные исследования почек (нативная МСКТ и УЗИ с интервалом 2 мес.) проводились в другом лечебном учреждении в мае — июле 2019 г., где были диагностированы конкременты, рубцовые изменения и множественные кисты почек. Однако лечащим врачом назначено повторное УЗИ органов брюшной полости и почек с учетом изменений в общем анализе мочи.

При проведении УЗИ отмечено: увеличение почек (правая — 141×64×68 мм; левая — 167×67×72 мм) с крупноволнистыми контурами за счет втяжений

и деформаций. Кортико-медуллярная дифференцировка заретуширована. Во всех группах чашечек, а также в основании пирамидок (больше справа), лоцируются множественные, как обособленные, так и сливные разнокалиберные гиперэхогенные образования 8–26 мм в медиане, генерирующие все типы артефактов. Чашечно-лоханочные системы не расширены. Паренхима неоднородная за счёт разрозненных точечных эхогенных включений, усредненной толщиной 19–20 мм. Лоцируются множественные однотипные однородные анэхогенные образования, 10–17 мм по наибольшему из размеров.

Субкапсулярно в ср/сегменте левой почки визуализируется гипоэхогенное неоднородное округлое образование, с заретушированными контурами, без убедительных артефактов и с разрозненными разнонаправленными сосудистыми локусами, размерами 19×20 мм (Рис. 1). Исключительно в горизонтальном положении, субкапсулярно в ср-н/сегменте правой почки определяется неоднородное округлое образование пониженной эхогенности, с невыраженными контурами, без убедительных артефактов и с единичными краевыми сосудистыми локусами, размерами 12×14 мм (Рис. 2).

Заключение

Эхографические признаки двусторонней нефромегалии; множественных конкрементов и паренхиматозных кист почек (тип I по Босниак); опухоли левой и правой почек.

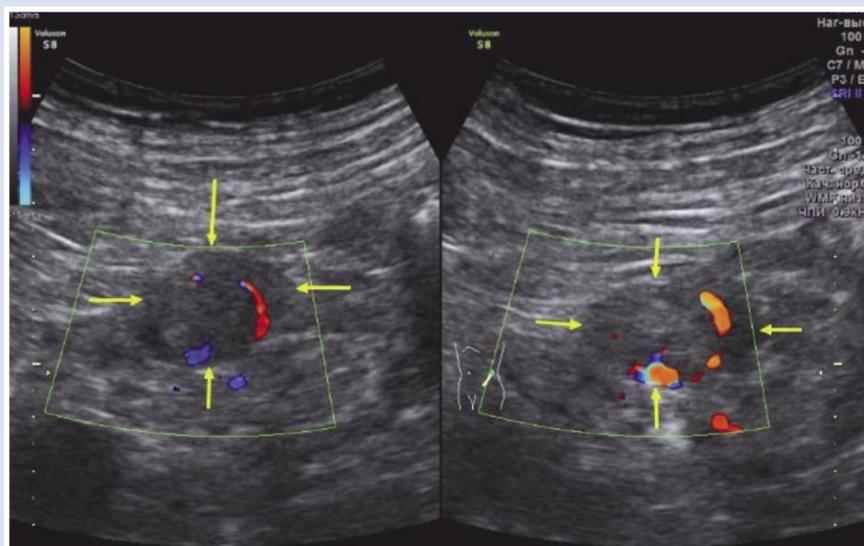


Рис. 1. Эхограмма опухоли левой почки. В-режим и режим цветового доплеровского картирования (стрелки).

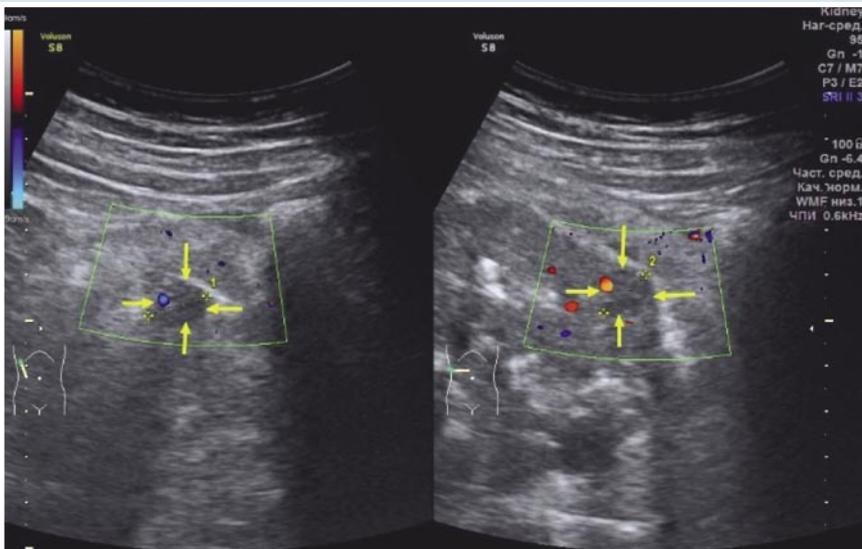


Рис. 2. Эхограмма опухоли правой почки. В-режим и режим цветового доплеровского картирования (стрелки).

Согласно вновь открывшимся обстоятельствам было принято решение о выполнении МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием (Оптирей® 350–100 мл), на которой установлено: почки расположены типично, размерами до 130×65×72 мм (правая), 167×71×77 мм (левая). Паренхима почек неравномерной толщины, с множественными мелкими кистами до 14 мм. В чашечках множественные конкременты, наибольший из которых размерами 30×17 мм, плотностью до 980 Ну. Субкапсулярно в нижнем сегменте правой почки (13×8 мм) и на границе среднего и нижнего сегментов левой почки (19×24 мм) определяется по одному новообразованию с неоднородным накоплением контрастного препарата в нефрографическую фазу (Рис. 3, 4). Клетчатка паранефрия и по ходу мочеточников склерозирована. Лимфатические узлы на уровне почек до 11 мм, не изменены.

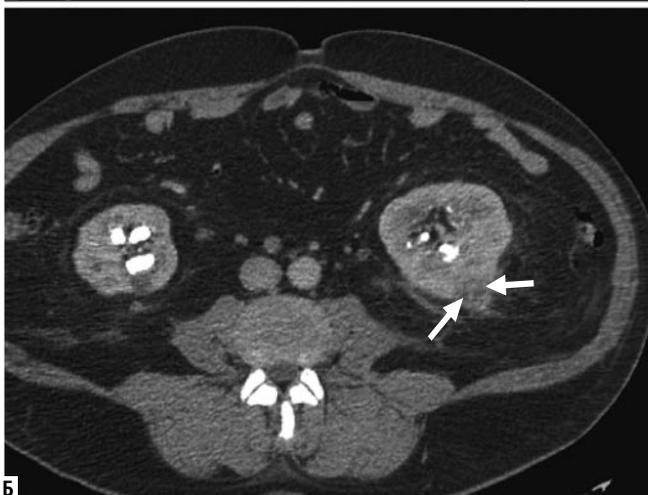


Рис. 3. МСКТ опухоли левой почки. А — нативный режим; Б — нефрографический режим контрастного усиления (стрелки).

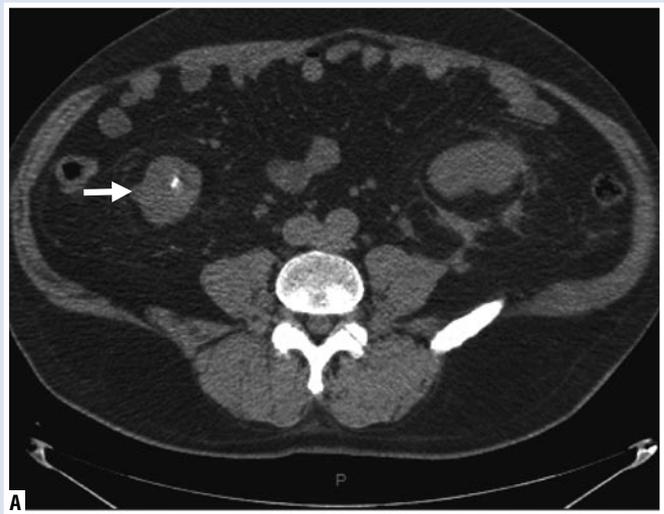


Рис. 4. МСКТ опухоли правой почки. А — нативный режим; Б — нефрографический режим контрастного усиления (стрелки).

Рыбчинский С.С., Крайнюков П.Е., Бакасова А.В., Кулова И.А.
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЭТАПЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОСМОТРА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СИНХРОННОГО РАКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЧЕК

Заключение

КТ признаки новообразований почек, множественных кист и конкрементов обеих почек.

На основании полученных данных, после проведения консилиума врачей, больному было показано оперативное лечение новообразований почек в плановом порядке. В феврале 2020 г. выполнена операция — резекция левой почки (pT1aN0M0G1). Гистологически — ПКР, хромофобный вариант без некроза и инвазии за пределы капсулы. Операция прошла успешно. Удаление новообразования правой почки отложено на 2021 г. из-за неблагоприятной эпидемической обстановки по COVID-19.

Указанный клинический случай доказывает сложность дифференцировки ПКР на фоне множественных изменений почек, маскирующих и затрудняющих визуализацию опухоли не только при проведении планового УЗИ в рамках углубленного медицинского осмотра, но и нативной МСКТ. Однако, с учетом экономической целесообразности, эхография остается единственным способом ранней диагностики новообразования, от качества проведения которой зависит исход заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Урология: Российские клинические рекомендации / Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медфорум, 2017. — С. 293–356. [Urologiya: Rossijskie klinicheskie rekomendacii. Alyaev YuG, Glyboc-hko PV, Pushkar' DYu, editors. M.: Medforum, 2017. pp.293–356. (In Russ).]
2. Иванов А.П., Чернышев И.В., Тюзиков И.А. Оптимизация протокола спиральной компьютерной томографии при диагностике опухолей почки // Онкоурология. — 2011. — Т.13, №2. — С. 18–21. [Ivanov AP, Chernyshev IV, Tyuzikov IA. Optimization of spiral computed tomography protocol in the diagnosis of renal tumors. Onkourologiya. 2011; 13(2): 18–21. (In Russ).]
3. Vogel C, Ziegelmüller B, Ljungberg B, Bensalah K, et al. Imaging in Suspected Renal-Cell Carcinoma: Systematic Review. Clin. Genitourinary Cancer. 2019; 17(2): 345–355. doi: 10.1016/j.clgc.2018.07.024.
4. Приказ Минздрава РФ от 13.03.2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». [Приказ Минздрава РФ от 13.03.2019 г. №124н «Ob utverzhdenii poryadka provedeniya profilakticheskogo medicinskogo osmotra i dispanserizacii opredelennyh grupp vzroslogo naseleniya». (In Russ).] Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/>. Ссылка активна на 23.11.2020.
5. Ховари Л.Ф., Шаназаров Н.А. Диагностика рака почки: современные тенденции // Фундаментальные исследования. — 2011. — №7 — С. 256–261. [Hovari LF, Shanazarov NA. Diagnostika raka pochki: sovremennye tendencii. Fundamental'nye issledovaniya. 2011; 7: 256–261. (In Russ).]
6. Хайленко А.В., Черняев В.А., Фигурин К.М., Матвеев В.Б. Описание клинического случая пациента с синхронным раком собственной и пересаженной почек // Онкоурология. — 2017. — Т.13, №4. — С. 122–124. [Khaylenko AV, Chernyaev VA, Figurin KM, Matveev VB. Description of a clinical case of synchronous cancer in the native and graft kidneys. Onkourologiya. 2017; 13(4): 122–124. (In Russ).]
7. Капустин С.В., Оуен Р., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии. — М.: Умный доктор, 2018. — 2-е изд., испр. — 176 с.: ил. [Kapustin SV, Ouen R, Pimanov SI. Ul'trazvukovoe issledovanie v urologii i nefrologii. M.: Umnyj doktor; 2018. 2-e izd., ispr. 176 p.: il. (In Russ).]
8. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика. 3-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.В. Митькова. — М.: Видар-М, 2019. — 756 с.: ил. [Prakticheskoe rukovodstvo po ul'trazvukovoj diagnostike. Obshchaya ul'trazvukovaya diagnostika. 3-e izd., pererab. i dop. Mit'kov VV, editor. M.: Vidar-M; 2019. 756 p.: il. (In Russ).]
9. Oostenbrugge T., Fütterer J., Mulders P. Diagnostic Imaging for Solid Renal Tumors: A Pictorial Review. Kidney Cancer. 2018; 2(2): 79–93. doi: 10.3233/KCA-180028.
10. Krishna S, Murray CA, McInnes MD, et al. CT imaging of solid renal masses: pitfalls and solutions. Clin Radiol. 2017; 72: 708–721. doi: 10.1016/j.crad.2017.05.003.
11. Серговец А.А., Рыбчинский С.С., Машков Т.Н., Бакасова А.В. Возможности ультразвукового исследования по диагностике структурных изменений почек на этапе оказания специализированной медицинской помощи // Военно-медицинский журнал. — 2020. — Т.341, №10. — С. 20–26. [Sergovtsev AA, Rybchinskii SS, Mashkov TN, Bakasova AV. Possibilities of ultrasound examination for the diagnosis of structural changes in the kidneys at the stage of providing specialized medical care. Voenno-meditsinskij zhurnal. 2020; 341(10): 20–26. (In Russ).]