

УДК 616.615-006-073.43

Т. И. Евдочкова, В. Д. Селькина
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ПРИ СКРИНИНГОВОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Введение

Среди первичных опухолей почек необходимо различать опухоли паренхимы почки – почечно-клеточный рак (ПКР), развивающийся из эпителия канальцев и собирательных трубочек почки, и злокачественные опухоли собирательной системы почки (почечной лоханки и чашечек), представленные главным образом переходно-клеточным раком [1].

Составляет ПКР примерно 2–3% от всех злокачественных новообразований. Мужчины болеют в 1,5–2 раза чаще, чем женщины [1]. Жители города болеют чаще (15,2 на 100 000 населения), чем жители села (12,3 на 100 000 населения), по данным белорусского канцеррегистра за 2017 г. [2].

Заболеваемость ПКР постепенно увеличивается; кроме того, в большинстве стран мира отмечается некоторое увеличение выживаемости при этой патологии [1, 3]. Считается, что основной причиной как роста числа выявленных случаев заболевания, так и улучшения прогноза при ПКР является отмечающееся в последние десятилетия все более широкое использование ультразвуковых и рентгенологических методов диагностики. Это приводит к выявлению бессимптомных форм ПКР.

Неспецифические жалобы: при проведении профосмотров в 2017 г. выявлено 75,8% к числу вновь зарегистрированных случаев [2].

Излюбленная локализация ПКР – полюса почек, однако опухоли встречаются в любом сегменте почки. Наиболее часто встречается солидная или солидно-кистозная структура опухоли. Присутствие кистозного компонента может быть объяснено наличием участков геморрагий, некроза. При солидном типе опухоль выглядит как изо- или гипоехогенное образование округлой или сферической формы с четкими контурами [4]. Характерен гиперэхогенный ободок по периферии (так называемая псевдокапсула), четко разграничивающий опухолевую и нормальную ткани почки. Псевдокапсула является следствием сдавления неизменной почечной ткани. При изменении характера роста опухоли эхографический контур опухоли становится нечетким, размытым, капсула почки может быть инфильтрирована, опухоль может прорасти в окружающие ткани [5].

Метод УЗИ является скрининговым при выявлении рака почки. Диагноз рака почки подтверждается при компьютерной томографии, которая является стандартным методом диагностики при ПКР, с использованием болюсного контрастного усиления [1].

При компьютерной томографии (КТ) чаще всего выявляется гомогенное, солидное, гиподенсивное образование, как правило, без некрозов, кровоизлияний и кальцификатов, без инвазии окружающих тканей. Возможна компрессия прилежащих органов.

Цель

Демонстрация собственного клинического наблюдения.

Материалы и методы исследования

Пациентка С., 59 лет, поступила в эндокринологическое отделение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» с жалобами на колющие боли в области сердца, боль в затылке, боли внизу живота в течение 1 мес., снижение зрения, «пелену» перед глазами, усталость и боль в мышцах ног. Из анамнеза: гипотиреоз выявлен в течение 1 года, принимает левотироксин в дозе 25 мкг; артериальная гипертензия наблюдается в течение 5 лет; железодефицитная анемия в 2017 г. (обследована по протоколу анемии в 2017 г.). Ухудшение состояния отмечается около 2–3 мес. Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Из лабораторных методов исследования выявлены лишь изменения, где показатели за пределами нормы: CRPhs =1,1; 33-CYSC=0,92.

Проводилось УЗИ почек и надпочечников на ультразвуковом аппарате VOLUSON-730 exp. с использованием всех режимов сканирования. Компьютерная томография выполнена на 64-срезовом двухэнергетическом компьютерном томографе производства General Electric.

Результаты исследования и их обсуждение

Протокол УЗИ почек и надпочечников: положение почек в пределах нормы. Размеры правой почки: 11,9×4,9 см, размеры левой почки: 11,8×4,8 см. Толщина паренхимы обеих почек достаточная, толщина паренхимы правой почки 1,6 см, левой почки 1,8 см. Эхогенность паренхимы правой почки нормальная, эхоструктура однородная. Собирательная система обеих почек не расширена. Ближе к верхнему полюсу левой почки определяется образование р.3,4×3,0 см, по эхогенности сопоставимое с эхогенностью паренхимы почки, деформирующее контур почки. По периферии образования визуализируется гиперэхогенный ободок (псевдокапсула), отделяющий опухоль от нормальной паренхимы почки. Для подтверждения опухоли почки пациентка направлена на КТ.

Протокол КТ: почки обычно расположены. В верхнем полюсе левой по задней поверхности определяется округлое образование 26×32×32 мм с четкими контурами, изоденсное остальной паренхиме (+48HU) в нативной фазе сканирования, неоднородное, преимущественно гиподенсное в артериальной фазе (около +90HU), однородное гиподенсное (+80HU и +68HU) в венозной и паренхиматозной фазах. В синус не прорастает. ЧЛС не расширены. Параренальная клетчатка не изменена. Брюшной отдел аорты и магистральные артерии брюшной полости расположены типично, значимых изменений просвета не выявлено. Дополнительных образований и увеличенных лимфоузлов в забрюшинном пространстве на уровне исследования не выявлено. Заключение: картина заболевания левой почки. Лучевая нагрузка 10,1 мЗв.

На основании полученных данных было подтверждено выявленное при УЗИ злокачественное образование левой почки. Пациентка проконсультирована онкологом в Гомельском областном клиническом онкологическом диспансере, выставлен диагноз: злокачественное новообразование левой почки, T1aN0M0. Пациентке проведена резекция левой почки. При повторном УЗИ данных за рецидив опухоли не получено.

Заключение

1. При отсутствии клинических проявлений, изменений инструментальных и лабораторных показателей, кроме CRPhs =1,1 и 33-CYSC=0,92, только использование ультразвукового метода позволило выявить опухоль почки на очень ранней стадии T1a (опухоль 4 см или меньше), провести подтверждение данных УЗИ с использованием компьютерной томографии и выполнить органосохраняющую операцию.

2. Учитывая высокие диагностические возможности ультразвукового метода в выявлении опухолей почки, рекомендуем всем пациентам проходить ультразвуковое исследование почек не реже 1 раза в год.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Суконко, О. Г. Руководство по онкологии : в 2 т. / Под общ. ред. О. Г. Суконко. – Минск : Беларус. энцыкл. імя П. Броўкі, 2016.– Т. 2, Кн. 2. – С. 62–80.
2. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008–2017) / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. – 286 с.
3. Клиническая онкология : справ. пособие / С. З. Фрадкин [и др.] ; под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залуцкого. – Минск : Беларусь, 2003.– С. 563–575.
4. Капустин, С. В. Ультразвуковое исследование в урологии и нефрологии / С. В. Капустин, Р. Оуен, С. И. Пиманов. – Минск : Издатель А. Н. Вараксин, 2007. – С. 88–92.
5. Митьков, В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В. В. Митьков.– М. : Видар-М, 2003. – С. 387–393.

УДК 616.61-089.843-003.24-07

Т. И. Евдочкова, В. Д. Селькина, Ю. Г. Шамренко

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОЦЕЛЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Введение

Ультразвуковое исследование (УЗИ) сегодня является основным методом визуализации трансплантата почки. Использование ультразвуковых волн позволяет в реальном времени получить ответы на основные вопросы, встающие перед клиницистом: характеристики размеров, структуры, гемодинамики и уродинамики трансплантатов [1].

Согласно данным медицинской литературы, лимфоцеле ложа трансплантата является наиболее частым хирургическим осложнением после трансплантации почки, частота которого варьирует от 0,5 до 20% [2]. Лимфоцеле относится к ранним (1–4-я нед.) и поздним (4–12-я нед.) осложнениям после трансплантации почки [3].

Цель

Демонстрация клинического случая осложнения после трансплантации почки – клинически значимого лимфоцеле больших размеров, алгоритм его диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования

Пациент Б., 33 лет, поступила в хирургическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ») для трансплантации почки с диагнозом основной: диабетическая нефропатия с исходом в нефросклероз на фоне сахарного диабета тип 1; осложнения основного: ХБП 5 стадия Т. Диабетическая дистальная полинейропатия, сенсомоторная форма. ОИ – диабетическая пролиферативная ретинопатия, лазеркоагулированная.