

Дальнейшее изучение полиморфизма генов у пациентов с НАЖБП позволит своевременно выявлять лиц с высоким риском неблагоприятного течения НАЖБП и разработать методы скрининга и лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Исследование полиморфизма гена PNPLA3 у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и различной стадией фиброза / Т. С. Кролевец, М. А. Ливзан, В. А. Ахмедов, Д. Г. Новиков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – № 11. – Р. 24–32.
2. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов амбулаторно-поликлинической практики в Российской Федерации: результаты исследования DIREG 2. / В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина, И. В. Маев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2015. – Т. 25, № 6. – С. 31–41.
3. Клинико-морфологические параллели полиморфизма гена PNPLA3 у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени / А. С. Тихомирова, В. А. Кисляков, И. Е. Байкова [и др.] // Терапевтический архив. – 2018. – № 2. – С. 85–88.

УДК 616.45-006.3.04-071

М. М. Сулейко

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ ЛЕЙОМИОСАРКОМЕ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

Введение

Первичные опухоли надпочечников относятся к одному из важных и трудных в диагностическом и лечебном плане разделов клинической онкологии. Оценить точную распространенность и выявляемость образований надпочечников в популяции достаточно сложно. Тем не менее по данным аутопсийных исследований их распространенность составляет 1,4–1,7 %. [5].

Наиболее актуальной является классификация, основанная на цитогенетическом принципе [6].

I. Эпителиальные опухоли коры надпочечников: аденома, карцинома.

II. Мезенхимальные опухоли: миелиопома, липома, фиброма, ангиома.

III. Опухоли мозгового слоя надпочечников: феохромоцитома, нейробластома, ганглиома, симпатогониома.

Крайне редко в надпочечниках могут встречаться гемангиомы, ангиосаркомы, лимфангиомы, лейомиомы, лейомиосаркомы, лимфомы, опухоли стромы гонадального тяжа, первичные меланомы. Первичная лейомиосаркома надпочечника – очень редкая мезенхимальная опухоль, развивающаяся из гладкомышечных клеток стенки центральной надпочечниковой вены или ее ветвей, поэтому опухоли склонны к инвазии нижней поллой вены и тромбозу [1]. Подавляющее большинство опухолей характеризуется быстрым ростом, что затрудняет диагностику заболевания на ранних стадиях. В англоязычной литературе опубликовано менее 50 случаев лейомиосаркомы надпочечника [2].

Для лейомиосаркомы надпочечников характерен широкий спектр симптомов, что связано со сдавлением соседних органов или метастазированием в кости, легкие и печень. Одной из наиболее частых жалоб у пациентов с лейомиосаркомой надпочечников является боль в боку или в животе (83 %). Другие симптомы в виде наличия отеков

Секция «Внутренние болезни»

нижних конечностей, варикозного расширения вен передней брюшной стенки, «паучьих ангиом», парестезий в конечностях, связанные с прорастанием опухоли в нижнюю полую вену. Для предоперационной диагностики лейомиосаркомы надпочечников используют компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), что позволяет определить размеры опухоли, ее локализацию, резектабельность опухоли, края резекции и наличие метастазов. Основным методом лечения лейомиосаркомы надпочечников является хирургическое удаление опухоли в пределах здоровых тканей, в том числе с удалением органов, подверженных опухолевой инвазии.

Цель

Демонстрация клинического случая и диагностического поиска лейомиосаркомы правого надпочечника.

Материалы и методы исследования

Пациентка 53-х лет поступила в хирургическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» с предварительным диагнозом киста печени. Пациентка предъявляла жалобы, которые появились около 5 месяцев назад: дискомфорт в правом подреберье, субфебрильное повышение температуры тела. Ранее была госпитализирована: произведено дренирование образования печени (материал не получен) и проведена антибактериальная терапия. Для дообследования и решения вопроса о хирургическом лечении была направлена в хирургическое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

При поступлении пациентка не предъявляла жалоб, температура – 36,6. По данным анализов : повышен С-реактивный белок – 64 мг/л, печеночные ферменты в норме. При ультразвуковом исследовании в проекции правого надпочечника и 7-го сегмента печени визуализируется гипозоногенное неоднородное образование с участками локального обызвествления, деформирующее печень, неправильной формы р. 4,7*8,4*7,0см, с четкими контурами; в режиме цветного картирования кровотока в образовании не определялся. Увеличенных лимфоузлов в забрюшинном пространстве на уровне исследования не выявлено. Рекомендовано дообследование.

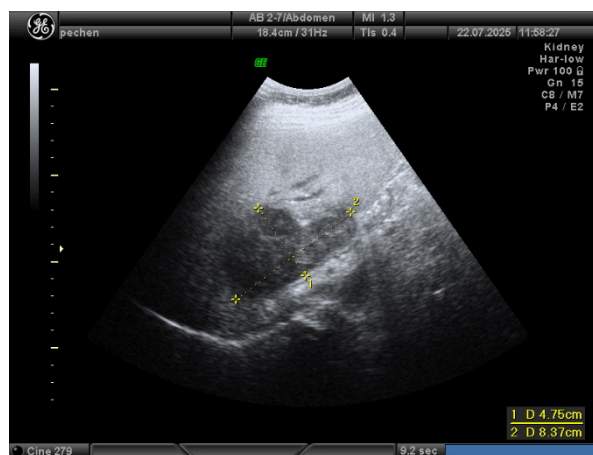


Рисунок 1 – эхограмма лейомиосаркомы правого надпочечника.

Данные МРТ-исследования брюшной полости и забрюшинного пространства: в области правого надпочечника определяется многоузловое неоднородное образование с ровным четким контуром размером 63*77*47 мм, изо- гипоинтенсивный на

T2, изо- гиперинтенсивный на STIR, гипоинтенсивный на T1, с невыраженным ограничением диффузии (ИКД 1,3). Образование прилежит к верхнему полюсу правой почки, выраженно деформирует нижний край печени. Почки обычно расположены, релаксационные характеристики в пределах нормы, ЧЛС не расширены. Параренальная клетчатка не изменена. Увеличенных лимфоузлов в забрюшинном пространстве на уровне исследования не выявлено. Для уточнения диагноза рекомендована МРТ с в/в контрастированием.

Затем была проведена динамическая МР-ангиография брюшной полости и забрюшинного пространства, где было описано образование в проекции правого надпочечника неравномерно интенсивно накапливает контраст с пиком на вторую фазу контрастирования. В остальные фазы контрастирования показатели удерживаются на высоком уровне, без признаков вымывания. Других очагов патологического контрастирования не обнаружено. В заключении: больше данных за образование правого надпочечника с высоким злокачественным потенциалом. Рекомендована консультация онколога.



Рисунок 2 – МР-ангиография, коронарный срез. Лейомиосаркома правого надпочечника

Пациентка проконсультирована онкологом и прооперирована. Произведена адреналэктомия справа. При ревизии обнаружен увеличенный правый надпочечник, представленный бугристой опухолью диаметром 8 см. Патологоанатомическое заключение: злокачественная веретеноклеточная опухоль. Дополнительное молекулярно-генетическое исследование: иммуноморфологическая картина соответствует лейомиосаркоме HIGH GRADE, G3 по системе FNCLCC.

Выводы

Данный клинический случай демонстрирует важность комплексного подхода в диагностике лейомиосаркомы надпочечника. Причиной поздней диагностики является быстрый темп роста опухоли. Из-за большого размера саркомы могут возникать сложности в топической диагностике образования. Большая осведомленность специалистов ультразвуковой диагностики о данном редком варианте опухоли надпочечника поможет избежать неправильной интерпретации эхографической картины и, в последующем, избежать диагностических ошибок в постановке диагноза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Primary leiomyosarcoma of the adrenal; a case report / B. Oshidari, A. Zamani, H. Bahrami-Motlagh [et al.] // Int. J. Surg. Case Rep. – 2022. – Vol. 90. – Art. 106707P.

2. Waack, A. Primary adrenal leiomyosarcoma / A. Waack, S. Jaggernauth, V. Vattipally // Radiol. Case Rep. – 2022. – Vol. 18, № 3. – P. 741–744.
3. Primary adrenal leiomyosarcoma / B. Etten [et al.] // Sarcoma. – 2001. – Vol. 5, № 2. – P. 95–99.
4. Primary adrenal leiomyosarcoma: a case report / M. Sakellariu, D. Dellaportas, E. Grapsa [et al.] // Mol. Wedge Oncol. – 2020. – Vol. 12, № 4. – P. 317–320.
5. Опухоли надпочечников: клинко-лучевая диагностика (обзор литературы) / Ю. А. Степанова, И. Е. Тимина, О. И. Ашивкина [и др.] // Медицинская визуализация. – 2014. – № 2. – С. 48–60.
6. Первичная лейомиосаркома надпочечника: клинический случай и обзор литературы / С. В. Лукьянов, К. М. Бликян, С. С. Тодоров [и др.] // Эндокринная хирургия. – 2021. – Т. 15, № 1. – С. 36–42.

УДК 616.61-006-091-073.43

Н. И. Тимофеева

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Введение

Рак паренхимы почки, или почечно-клеточный рак (ПКР), – это группа злокачественных опухолей, которые развиваются из эпителиальных клеток проксимальных канальцев или собирательных трубочек почечной паренхимы. ПКР находится на 14-й позиции по распространенности среди всех видов злокачественных новообразований. Согласно данным за 2020 год, было зафиксировано приблизительно 400 000 случаев выявления данной патологии во всем мире. Максимальные показатели частоты встречаемости зафиксированы в таких странах как Беларусь, Литва, Латвия, тогда как минимально низкий уровень распространения отмечался в Австралии, Бельгии, Сингапуре [1]. Это наиболее распространенная форма рака почки у взрослых, составляющая примерно 2–3 % от злокачественных новообразований у взрослых. Заболевание чаще встречается у мужчин среднего возраста (от 50 до 70 лет). Установлено, что вероятность развития ПКР повышается пропорционально увеличению веса и возрасту пациентов. Клиническая картина ПКР складывается из проявлений первичной опухоли, метастазов и паранеопластических симптомов. Ранняя диагностика данной патологии затрудняется бессимптомным течением на начальных стадиях [2, 3].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является основным инструментальным скрининговым методом диагностики при подозрении на ПКР. УЗИ позволяет обнаружить объемное образование в почке, провести дифференциальную диагностику между солидной опухолью и кистозным образованием, оценить проходимость почечной и нижней полой вен, лимфатические узлы, вторую почку, надпочечники, печень и другие внутренние органы. УЗИ обладает низкой специфичностью, в связи с чем полученные результаты исследования должны быть подтверждены мультиспиральной компьютерной томографией с контрастированием (МСКТ). При этом КТ является стандартным методом диагностики ПКР, позволяющая определить расположение, размеры опухоли, обнаружить метастатические поражения.

Цель

Публикация клинического случая выявления почечно-клеточного рака при проведении УЗИ.