

Секция «Внутренние болезни»

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: клиничко-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 объёмное 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.

Секция «Внутренние болезни»

Материалы и методы исследования

Пациентка, 51 года, с основным диагнозом моноклональная гаммапатия, была направлена гематологом на ультразвуковое исследование в рамках ежегодной диспансеризации. Ультразвуковое исследование было выполнено на ультразвуковом сканере MINDRAY DC-80 с применением конвексного датчика с диапазоном частот 1–6 МГц, в 2D-режиме и режиме цветового доплера (CDI).

Результаты исследования и их обсуждение

При осмотре в 2D-режиме ультразвукового исследования в левой почке, помимо многолетних кист (рисунок 1), в паренхиме верхнего полюса по дорзальной поверхности между кистами было обнаружено изоэхогенное, однородное, округлое образование с четкими, ровными контурами размерами 20*17мм (рисунок 2). В режиме CDI выявлен периферический кровоток (рисунок 3), что требовало дальнейшего анализа и оценки. В связи с этим было проведено МСКТ-исследование брюшной полости с в/в контрастированием, по данным которого в верхнем полюсе левой почки по задней поверхности, кзади от кист, определяется округлое образование с ровным, четким контуром, неоднородным, интенсивным накоплением контрастного препарата во все последующие фазы, размером 21x18x17 мм; простые кисты 16 мм, 36 мм и 12 мм. В верхнем полюсе правой почки определяется киста размером 10x7 мм. Дополнительных образований и увеличенных лимфоузлов в забрюшинном пространстве на уровне исследования не выявлено. Заключение: КТ-признаки заболевания левой почки.



Рисунок 1 – ультразвуковое изображение простых паренхиматозных кист левой почки в 2-D режиме сканирования



Рисунок 2 – ультразвуковое изображение объемного образования паренхимы верхней трети левой почки в 2-D режиме сканирования

Секция «Внутренние болезни»

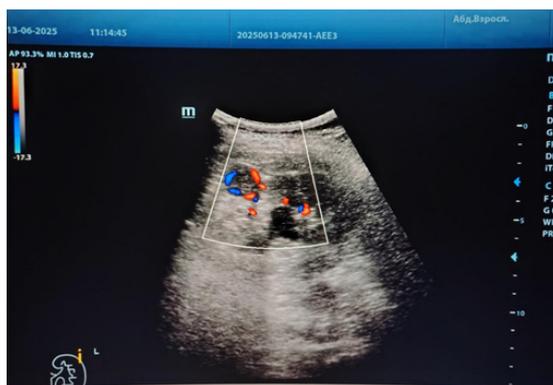


Рисунок 3 – ультразвуковое изображение объемного образования паренхимы верхней трети левой почки с периферическим типом кровотока в CDI-режиме сканирования

Выводы

Данный случай демонстрирует, что при наличии кист в почках ультразвуковое исследование должно проводиться более тщательно и обязательно полипозиционно. Такой подход способствует минимизации диагностических ошибок, обеспечивает раннее выявление опухолевых образований и, следовательно, позволяет начать лечение на ранних стадиях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Renal cell carcinoma / M. Young, F. Jackson-Spence, L. Beltran [et al.] // The Lancet. – 2024. – Vol. 404. – № 10421. – P. 476–491. – DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00917.
2. Body size and risk of renal cell carcinoma in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) / T. Pischon, P. H. Lahmann, H. Boeing [et al.] // Int. J. Cancer. – 2006. – Vol. 118. – P. 728–738.
3. Petejova, N. Renal cell carcinoma: Review of etiology, pathophysiology and risk factors / N. Petejova, A. Martinek // Biomed. Pap. – 2016. – Vol. 160, № 2. – P. 183–94. – DOI: 10.5507/bp.2015.050.