

СЛУЧАИ РЕДКИХ МЕТАСТАЗОВ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Бутолина К. М.¹, Мироненко О. Н.², Кохан Е. И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненское областное клиническое патологоанатомическое бюро,
Гродно, Беларусь

Введение. Почечно-клеточный рак (ПКР) развивается из эпителиальных клеток почечных канальцев и составляет около 90% всех злокачественных опухолей почек. Это один из 10 наиболее распространенных злокачественных новообразований в мире и заболеваемость им продолжает расти [1, 3, 4]. ПКР имеет высокую склонность к метастазированию. Метастазы на момент обращения наблюдаются у 30-40% пациентов, а в 20-50% случаев они диагностируются через какой-то промежуток времени после нефрэктомии [2]. В литературе сообщается о поздних метастазах ПКР даже спустя десятилетия после хирургического удаления первичной опухоли. Метастазы ПКР могут возникать в любой части тела. Однако наиболее распространенные органы-мишени – это легкие (75%), лимфатические узлы (65%), печень и кости (40%), а также противоположная почка, надпочечники, головной мозг. Вместе с тем у пациентов с ПКР могут появляться метастазы в необычные места: орбиту, околоносовые пазухи, язык, околоушную железу, миндалины, щитовидную железу, молочную железу, сердце, кожу и мышцы [2, 4]. Метастазы в полость носа и околоносовые пазухи встречаются редко. В литературе имеются ограниченные сообщения об этом редком явлении. Однако ПКР – наиболее распространенный рак, метастазирующий в эту область. Представляем два случая ПКР с метастазами в полость носа и околоносовые пазухи.

Цель – провести анализ наблюдений пациентов с метастазами ПКР в полость носа и околоносовые пазухи.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ наблюдений пациентов с метастазами ПКР в полость носа и околоносовые пазухи.

Результаты и их обсуждение. Случай 1. Мужчина 68 лет поступил в ЛОР-отделение с жалобами на затрудненное носовое дыхание справа, которое беспокоило пациента на протяжении нескольких лет и постепенно нарастало. После обследования выставлен диагноз «полипозная дегенерация синуса с нарушением носового дыхания (J 33.1)» и выполнена полипозно-этмоидотомия, в ходе которой из правого носового хода удалено новообразование на ножках вместе с костным основанием перегородок, клеток решетчатого лабиринта. Носовое дыхание восстановлено полностью, кровотечение умеренное, осложнений не было. При гистологическом

исследовании операционного материала выявлена опухоль, представленная гнездами опухолевых клеток, формирующих альвеолярные структуры, разделенные тонкими фиброваскулярными перегородками. Опухолевые клетки имели округлую или полигональную форму с овоидными гиперхромными ядрами и с прозрачной, местами эозинофильной, цитоплазмой. Данная морфологическая картина характерна для ПКР. Пациент рассказал о перенесенной 9 месяцев назад нефрэктомии по поводу рака. Изучение архивного операционного материала показало наличие в левой почке низкодифференцированного почечно-клеточного рака (G3) диаметром 5,5 см, прораставшего капсулу почки, но не распространявшегося на окружающую клетчатку. В тромботических массах из просвета сосудов ворот почки обнаружены элементы опухоли. Лимфогенных и гематогенных метастазов на момент нефрэктомии у пациента не выявлено.

Случай 2. 61-летняя женщина поступила в ЛОР-отделение с жалобами на затруднение носового дыхания, отек левой щеки, чувство давления в области проекции верхнечелюстной пазухи слева, которые беспокоили на протяжении месяца. При проведении передней риноскопии отмечено, что слизистая левого носового хода отечная, гипертрофирована, бледная, носовой ход слева сужен, проходимость его отсутствует. При задней риноскопии в области хоан слева выявлено образование, закрывающее проходимость хоаны полностью. После обследования выставлен диагноз: «доброкачественное новообразование полости носа и верхнечелюстной пазухи слева (D 14.0), эстезионейробластома левой верхнечелюстной пазухи?». Выполнена биопсия измененной слизистой полости носа. Кровотечение при проведении манипуляции было незначительным и остановлено спонтанно. Гистологическое исследование показало, что взятый материал имел строение светлоклеточной карциномы. У пациентки в анамнезе ПКР левой почки, по поводу которого 3 года назад произведена нефрэктомия. Был проанализирован архивный операционный материал удаленной почки. В центральной части удаленной почки имелся опухолевый узел диаметром 5 см. После микроскопического изучения узла выставлен диагноз умереннодифференцированного (G2) светлоклеточного почечно-клеточного рака. В почечной вене находился тромб, в котором обнаружены элементы светлоклеточного рака. Также исследованы 4 удаленных гиперплазированных парааортальных лимфоузла. Диаметр лимфоузлов – от 1,5 см до 2,0 см. Элементов рака в них не выявлено. В удаленном левом надпочечнике определялся узел диаметром 3 см, имеющий строение светлоклеточного рака.

ПКР обычно наблюдается в шестом десятилетии и встречается в 1,5 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Среди гистологических вариантов преобладает светлоклеточный вариант ПКР (70%) [1]. ПКР обычно растет медленно, бессимптомно, поэтому часто обнаруживается на поздних стадиях.

Характерная триада симптомов в виде гематурии, реберно-позвоночной боли и пальпируемого образования в брюшной полости отмечается только в 9% наблюдений. В 25-35% случаев метастазы – первое проявление ПКР.

В ряде публикаций представлены наблюдения, в которых метастазы в полость носа и придаточные пазухи носа стали единственным проявлением ПКР и способствовали его диагностике. Описаны случаи выявленных метастазов ПКР в придаточные пазухи носа и через несколько лет после первичного хирургического лечения с помощью нефрэктомии. Более короткий интервал между нефрэктомией и развитием метастазов связан с худшим прогнозом. Пятилетняя выживаемость при раннем выявлении ПКР достигает 93%, однако у пациентов с ПКР с метастазами она низкая – 12% [2, 4].

ПКР наряду с раком молочной железы, простаты и легких – наиболее частое злокачественное новообразование, метастазирующее в околоносовые пазухи. Чаще метастазы выявляются в верхнечелюстных пазухах (36%), реже – в решетчатых (25%), лобных (17%) и клиновидных пазухах. Полость носа поражается в 11% случаев. Изолированные метастазы в нос встречаются крайне редко. Редко могут вовлекаться обе верхнечелюстные пазухи [2].

Наиболее распространенный симптом метастазов ПКР в полость носа и придаточные пазухи носа – носовое кровотечение. Это связано с высокой васкуляризацией стромы опухоли вследствие активации VEGF и усиления ангиогенеза [3]. Среди других распространенных симптомов выделяют заложенность носа, образование в носу и боль. При ПКР симптомы метастазирования часто предшествуют симптомам первичной опухоли [2].

В приведенных нами наблюдениях обоих пациентов беспокоило затруднение носового дыхания, которое в первом случае было единственным симптомом на протяжении нескольких лет и постепенно нарастало. При этом ПКР диагностирован за 9 месяцев до настоящего обращения пациента, и при изучении операционного материала в тромботических массах почечных сосудов выявлены элементы рака, что свидетельствовало о раковой эмболии.

Особенность этих наблюдений – отсутствие характерных носовых кровотечений, и даже при проведении оперативного вмешательства в первом случае, и взятия биопсии во втором случае кровотечение было незначительным.

Выводы. Таким образом, несмотря на редкость метастазов ПКР в околоносовые пазухи, их необходимо исключать у пациентов с объемным образованием в полости носа и околоносовых пазухах, особенно после хирургического удаления опухоли. У пациентов с ПКР при наличии симптомов со стороны ЛОР-органов следует также учитывать возможность его

метастазирования в полость носа и околоносовые пазухи, что будет способствовать ранней диагностике и лечению метастазов ПКР, повышению выживаемости и улучшению качества жизни пациентов.

Литература

1. Bukavina L., Bensalah K., Bray F. et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma: 2022 Update // Eur Urol. – 2022. – Vol. 82, № 5. – P. 529–542.
2. Dalakoti P., Pujary K., Ramaswamy B. Sinonasal Metastatic Renal Cell Carcinoma: A Report of Two Cases with Varied Presentation and a Review of Literature // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. – 2019. – Vol. 71(Suppl 3). – P. 2072–2077.
3. Kanwal R. Metastasis in renal cell carcinoma: Biology and treatment // Advances in Cancer Biology – Metastasis. – 2023. – Vol. 7. – 100094.
4. Singla A., Sharma U., Makkar A. et al. Rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a case series // Pan Afr Med J. – 2022. – Vol. 42. – P. 26.

ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В УСЛОВИЯХ РАЗНЫХ ВЕЛИЧИН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ

Бяловский Ю. Ю., Ракитина И. С.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия

Введение. У пациентов с респираторными заболеваниями наблюдается нарушение функции дыхательной мускулатуры, при котором сократительная способность снижается для компенсации повышенной мышечной вентиляционной нагрузки [2]. Показано, что существует тесная связь между увеличением дополнительного респираторного сопротивления (ДРС) и активацией грудино-ключично-сосцевидной (ГКС) и лестничных мышц, а активация диафрагмы (Д) и межреберных (МР) мышц увеличивается во время повышения инспираторной мышечной нагрузки [4]. При этом с увеличением ДРС активация вспомогательных дыхательных мышц, включая ГКС и лестничные мышцы, также будет увеличена. В результате движение грудной клетки увеличится, а грудина приобретает приподнятое положение. Кроме того, движение живота будет уменьшаться во время вдоха, что приводит к снижению активности Д. Таким образом, эти данные указывают на то, что при увеличении величины ДРС может изменяться относительная активность основных и вспомогательных дыхательных мышц.

При этом до сих пор не выявлено соотношение активности между основными инспираторными мышцами, в том числе Д и наружными МР