

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© АХМЕДОВ В.А., СЕЗИНА И.А., КУЗОВКИН А.Н., КЕРУЧЕНКО А.Л. — 2013
УДК 616.24-006.6

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА КАК ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЧКИ

Вадим Адильевич Ахмедов¹, Инесса Анатольевна Сезина²,
Александр Николаевич Кузовкин², Александр Леонидович Керученко²
(¹Омская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.И. Новиков;
²Медико-санитарная часть № 9 города Омска, гл. врач — к.м.н. Ю.В. Шаповалов)

Резюме. В статье приводится случай генерализованного метастатического поражения миокарда, в сочетании с метастазами в легкие, листки плевры, листки брюшины, левую почку, правый надпочечник, сердце, диафрагму из первичного злокачественного новообразования правой почки в виде светлоклеточного гипернефроидного рака.

Ключевые слова: гипернефроидный рак почки, метастаз в сердце.

A RARE CASE OF METASTATIC HEART INVOLVEMENT AS MANIFESTATION OF KIDNEY CANCER

V.A. Akhmedov¹, I.A. Sezina², A.N. Kuzovkin², A.L. Keruchenko²
(¹Omsk State Medical Academy; ²Medical Sanitary unit 9 of the city of Omsk, Russia)

Summary. In the paper is presented a clinical case of generalized metastatic involvement of heart in combination with lungs, pleura, abdominal cavity, diaphragm, left kidney from primary malignant tumor of the right kidney in the form of clear-cell hypernephroid cancer.

Key words: hypernephroid cancer, metastasis in heart.

Метастазы различных опухолей в сердце встречаются значительно чаще, чем первичные его опухоли и составляют от 6% до 20% случаев аутопсий по поводу злокачественных новообразований [1]. Данные случаи являются чаще всего случайной находкой.

Подавляющее большинство вторичных опухолей различных отделов сердца относится к карциномам, реже встречаются саркомы [5]. Метастазы злокачественных новообразований проявляются в виде одиночных или множественных мелких плотных белых узелков, иногда встречается и диффузная инфильтрация [3]. В редких случаях возможно формирование эмболии частицами опухоли разветвлений коронарных артерий или их сдавление с развитием инфаркта.

В большинстве случаев первичные опухоли могут локализовываться в бронхах, однако встречаются метастазы опухолей пищевода, средостения, печени, щитовидной железы, шеи, матки и других органов [2].

Метастазы опухоли сердца и прорастание в него в подавляющем большинстве случаев протекают бессимптомно из-за быстрого прогрессирования первичной опухоли и обнаруживаются только на аутопсии [4], являясь редкими клинико-анатомическими наблюдениями, иллюстрацией чему может служить следующее наблюдение.

Пациент С.В.Ю., 54 лет, пенсионер, наблюдался в Поликлинике № 7 города Омска и в Омском областном онкологическом диспансере с диагнозом злокачественное новообразование почки ст. 4, кл. гр. 4. Метастазы в паранефральную клетчатку, легкие. Кахексия. Интоксикация с мая 2012 года, находясь на симптоматической терапии. 16.11.2012 при явлениях прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности была констатирована смерть.

При проведении аутопсии было выявлено:

Наружный осмотр: Труп мужчины пожилого возраста, нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожный покров чистый, бледный, с незначительным цианозом носогубного треугольника и кистей рук.

Грудная полость: Органы сформированы правильно. Листки плевры справа гладкие, блестящие. Слева листки плевры с множественными гроздевидными белесоватыми образованиями эластической консистенции, занимающие около 70 % плевры. Во всех отделах уме-

ренное количество спаек. В плевральной полости слева 400 мл желтоватой мутноватой жидкости, справа — 500 мл. Сердце визуально увеличено. Листки перикарда гладкие, блестящие, в области верхушки определяется белесоватое образование размером 1,0 x 0,5 x 0,6 см эластической консистенции, в полости следы прозрачной желтоватой жидкости. Диафрагма с множественными белесоватыми полями, занимающими более 60 %.

Брюшная полость: Органы сформированы правильно. Листки брюшины блестящие с множественными белесоватыми гроздевидными образованиями эластической консистенции, занимающие более 50 % брюшины. Петли кишечника лежат свободно, тощая кишка спаивающаяся, подвздошная и толстая умеренно раздуты. В полости следы прозрачной желтоватой жидкости. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги.

Органы дыхания: Слизистая гортани, трахеи и крупных бронхов красноватая, гладкая, в просвете умеренное количество светлой слизи. Стенки бронхов неравномерно утолщены, уплотнены, на разрезе белесоватые, просвет с неравномерными сужениями и расширениями (деформирован). Легкие плотно-эластической консистенции, темно-красного цвета. На разрезе паренхима легких серо-красного цвета, мелкосетчатого вида, с черной тяжистостью с множественными полями белесоватого цвета с четкой границей, занимающие более 70 % паренхимы легких. Лимфоузлы средостения и бронхопульмональные плотные, диаметром до 3,2 см, на разрезе серого цвета.

Сердечно-сосудистая система: Интима аорты желтоватая с множественными желтоватыми полосами и изъязвившимися бляшками с шероховатыми темно-красными наложениями, в брюшном отделе и в области бифуркации при разрезании слышен характерный хруст. Площадь поражения 60%. Венечные артерии извиты, проходимы, просвет их сужен желтоватыми бляшками на 70%. Почечные, мезентеральные артерии уплотнены, просвет их сужен за счет желтоватых бляшек на 40%. Сердце массой 450 г, толщина левого желудочка 1,8 см, правого 0,4 см. В стенки левого предсердия определяется белесоватый узел, эластической консистенции, диаметром 1,0 см. Отмечается гипертрофия сосочковых мышц. Полости сердца расширены, содержат сгустки темно-красного цвета, а также опре-

деляется образование не тонкой ножке выступающее в полость левого желудочка растущее с передней стенки. Данное образование размером 1,5 x 1,0 x 0,8 см, поверхность несколько бугристая, на разрезе белесоватое, эластической консистенции. Пристеночный эндокард полупрозрачный, клапаны сердца шероховатые, неравномерно уплотнены, подвижны. Интима основного ствола легочной артерии сероватая, гладкая, просвет ее свободен. Миокард на разрезе красновато-коричневый, волокнистый, неравномерного кровенаполнения, с большим количеством белесоватых и желтоватых прожилок.

Мочевыделительная система: Масса правой почки 180 г., представлена в виде пестрого конгломерата дряблой консистенции размером 8 x 4 x 3 см, плотно спаянный с паранефральной клетчаткой. На разрезе серо-желтоватого цвета с множественными полями темно-красного цвета, отечна. Окружающая жировая клетчатка отечна, уплотнена, с полями красного цвета. Масса левой почки 130 г. На разрезе корковое вещество красноватое с неравномерным кровенаполнением с множеством белесоватых очагов диаметром до 1,5 см. Толщина коркового слоя до 0,5 см. Мозговое вещество красноватое, пирамиды серого цвета. Граница между корковым и мозговым веществом четкая. Слизистая лоханок и мочеточников тускловата, полнокровна. Слизистая мочевого пузыря серовато-красноватая, складчатая.

Надпочечники: Листовидной формы, 3 x 4 x 1 см справа, в мозговом веществе белесоватый очаг диаметром 0,8 см, и 3 x 4 x 1 см слева. Корковый слой желтого цвета, мозговой коричневого цвета. Граница между мозговым и корковым веществом четкая.

Результаты гистологического исследования:

Сердце: Полнокровие сосудов, стаз эритроцитов, лимфоциты. Гипертрофия, фрагментация и разволокнение кардиомиоцитов. Определяются кардиомиоциты с некробиотическими и некротическими изменениями, с отечным бледным ядром с неравномерным распределением хроматина. Умеренный склероз, отек стромы, слабая лимфогистеоцитарная инфильтрация. Определяются метастазы светлоклеточного гипернефроидного рака во всех слоях сердца (рис. 1).

Легкие: Сосуды расширены, полнокровны. Выраженный периваскулярный и перибронхиальный склероз. В просвете альвеол эозинофильное содержимое, лимфоциты, гемосидерофаги, слущенный эпителий. В паренхиме отложения гемосидерина. Участки дистелектазов и ателектазов. Метастазы светлоклеточного гипернефроидного рака. Листки плевры слева с метастазами опухолевой ткани.

Парабронхиальные лимфоузлы: Выраженный склероз, увеличение количества и полнокровие сосудов капиллярного типа, отложение пылевого пигмента.

Печень: Центральные вены расширены, полнокровны. По периферии диафрезные кровоизлияния, отложения гемосидерина. Гепатоциты с признаками выраженной белковой и умеренной жировой дистрофии, репаративными признаками. Слабый перипортальный и периваскулярный склероз со слабой лимфогистеоцитарной инфильтрацией.

Диафрагма: Метастазы светлоклеточного гипернефроидного рака.

Селезенка: Склероз и гиалиноз сосудов. Капилляры

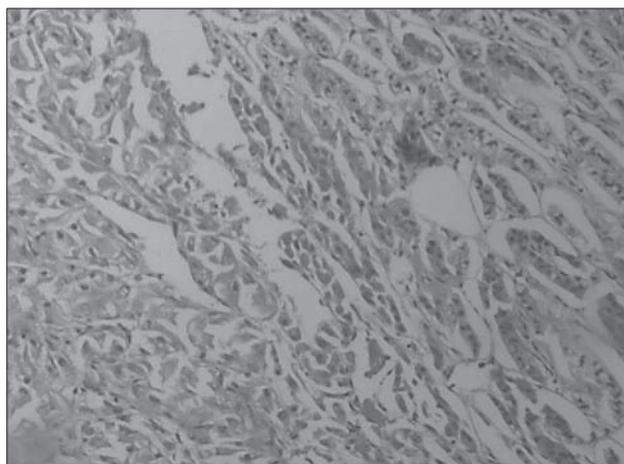


Рис. 1. Метастаз светлоклеточного гипернефроидного рака в миокард.

резко расширены, полнокровны. Отек паренхимы. Паренхима пропитана эритроцитами, отложения гемосидерина.

Правая почка: определяются поля с папиллярными структурами, со светлыми клетками, с гиперхромным некрупным ядром расположенным в центре. Участки некрозов, кровоизлияния. Прорастание опухолевой ткани в паранефральную клетчатку.

Левая почки: Сосуды полнокровны, стенки их склерозированы. Сосудистые клубочки отечны, полнокровны, отдельные — склерозированы. Эпителий канальцев с признаками дистрофии и некробиоза. Умеренная диффузная лимфоцитарная инфильтрация. Отек и склероз паренхимы. Определяются метастазы светлоклеточного гипернефроидного рака.

Правый надпочечник: Метастаз светлоклеточного гипернефроидного рака.

Патологоанатомический диагноз: Основное заболевание: С 64 Злокачественное новообразование правой почки (гистологически — светлоклеточный гипернефроидный рак), с прорастанием в паранефральную клетчатку, с метастазами в легкие, листки плевры, листки брюшины, левую почку, правый надпочечник, сердце, диафрагму. Вторичные изменения опухоли (некрозы, кровоизлияния).

Осложнения: Отек головного мозга. Отек легких. Какехсия: бурая атрофия миокарда, подкожножировой клетчатки. Застойное полнокровие внутренних органов: «мускатная печень», цианотичная селезенка. Двусторонний гидроторакс).

Сопутствующие: Атеросклероз аорты и магистральных артерий стадии IV, степень 4, степень stenоза 2. Гипертоническая болезнь: масса сердца 450 г., толщина стенки левого желудочка 1,8 см, Нефроагио-артериолосклероз. Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический деформирующий бронхит, внеобострения.

Таким образом, представленное наблюдение демонстрирует редкий случай метастаза почки в сердечную мышцу, что явилось случайной клинико-анатомической находкой при проведении аутопсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cheruvu B., Cheruvu P., Boyars M. An unusual case of metastasis to the left side of the heart: a case report // J. Med. Case Rep. — 2011. — №5. — P. 23.
2. Kavanagh M.M., Janjanin S., Prgommet D. Cardiac metastases and a sudden death as a complication of advanced stage of head and neck squamous cell carcinoma // Coll. Antropol. — 2012. — №36. — P.19-21.
3. Ngow H.A., Wan Khairina W.M. Cardiac metastasis: a rare involvement of primitive neuroectodermal tumour of the lung // Pathol. Oncol. Res. — 2011. — Vol. 17, №3. — P. 771-774.
4. Son J.W., Hong G.R. Unusual left ventricular endocardial metastasis from primary lung cancer // J. Cardiovasc. Ultrasound. — 2012. — Vol. 20, №3. — P.157-160.
5. Tastekin E., Usta U., Ege T., et al. Cardiac metastasis of hepatocellular carcinoma in a young non-cirrhotic patient, to the left ventricle // Ann. Hepatol. — 2012. — Vol. 11, № 3. — P. 392-394.

Информация об авторах: Ахмедов Вадим Адильевич — д.м.н., профессор кафедры, e-mail: v_akhmedov@mail.ru; Сезина Инесса Анатольевна — врач-патологоанатом, 644099, г. Омск, ул. 5-я кордная, 73, МУЗ МСЧ № 9, патологоанатомическое отделение; Кузовкин Александр Николаевич — заведующий отделением; Керученко Александр Леонидович — заведующий отделением.

© ОНОПКО В.Ф., АРГУНОВ А.В., ЧЕМЕЗОВ А.П. — 2013
УДК 616.643-002:616.9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН ПРИ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЕ

Виктор Фёдорович Онопко¹, Алексей Васильевич Аргунов², Александр Петрович Чемезов¹
(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н., проф. В.А. Белобородов, ²Иркутский областной кожно-венерологический диспансер, гл. врач — Н.А. Долженицина)

Резюме. Представлены результаты исследования микрофлоры 406 мужчин с различными воспалительными заболеваниями мочеполовых органов. Определена чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам различных групп. Полученные данные имеют практическое значение для правильного выбора противомикробных препаратов, разработки профилактики и лечения мужчин с воспалительными заболеваниями уrogenитального тракта.

Ключевые слова: условно-патогенная микрофлора, уrogenитальный тракт, антибиотики, чувствительность, устойчивость.

THE FEATURES OF THE COURSE OF INFLAMMATORY UROGENITAL TRACT DISEASES IN MEN WITH OPPORTUNISTIC MICROFLORA

V.F. Onopko¹, A.V. Argunov², A.P. Chemezov¹
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Regional Dermatovenereologic Dispensary, Russia)

Summary. The results of investigation of microflora in 406 men with different inflammatory diseases of urogenital organs have been presented. The sensitivity of isolated microorganisms to antibiotics of different groups has been defined. The data obtained has practical value for the right choice of antimicrobial preparations, prevention and treatment of men with inflammatory diseases of urogenital tract.

Key words: opportunistic microflora, urogenital tract, antibiotics, sensitivity, resistance.

Воспалительные заболевания занимают ведущее место в структуре патологии уrogenитального тракта мужчин, причем в качестве этиологического фактора могут выступать как специфические патогены, так и, при определенных условиях, представители условно-патогенной микрофлоры (УПМ) [3,5, 9,10,11]. Кроме того, УПМ может осложнять течение основного заболевания, вызванного специфическим патогеном уrogenитального тракта [8]. Причинами активации УПМ и последующего развития воспалительного процесса могут являться как применение антибактериальных препаратов, нарушающих микробиоценоз слизистой, снижение иммунитета, так и изменение гормонального статуса и ряд других факторов [1, 2, 4, 6].

Цель нашего исследования: изучить микрофлору уrogenитального тракта у мужчин с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов и определить чувствительность выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы

В исследовании использованы данные микробиологического обследования 406 мужчин в возрасте от 17 до 61 года с воспалительными заболеваниями мочеполовых органов, находившихся на обследовании и лечении в ОКВД г. Иркутск в 2012 г. Всем пациентам было проведено полное обследование по выявлению инфекций передающихся половым путем: забор материала из уретры на микроскопию, ПЦР диагностика. Кроме этого производился забор биологического материала из уретры, который, был обработан на аппарате «Микротакс» — современной системе идентификации микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам, основанной на различных типах диагностических планшет. После идентификации бактерий, основанной на тестировании различных биохимических реакций, в автоматическом режиме производилось считывание результатов и компьютерная обработка с

помощью программного обеспечения [7]. В результате обработки данных 207 (51%) мужчинам был выставлен диагноз: неспецифический уретрит, из которых 105 (51%) пациентов ранее перенесли ИППП, а 102 (49%) не имели данной инфекции.

Все участники исследования подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в нём.

Результаты и обсуждения

В результате проведенного исследования было выделено 327 штамма условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее часто у больных с воспалительными заболеваниями гениталий выделяли микроорганизмы, которые были идентифицированы как стафилококки — 243 штамма (74%). Большинство стафилококков было определено как коагулазоотрицательные: *S. epidermidis* (38,7%), *S. saprophyticus* (2,5%), *S. haemolyticus* (39,5%). *S. aureus* определялся в 3,3% случаев выделения стафилококков, а доля других видов стафилококков (*S. intermedius*, *S. simulans*, *S. hominis*, *S. hyicus*, *S. xylosum*, *S. warneri*, *S. gallinarum*, *S. chromogenes*, *S. capitis*) составила 16%.

Вторыми по частоте выделялись микроорганизмы семейства Enterococcaceae (8,87%), среди которых преобладал *Enterococcus faecalis* (93,1% всех выделенных энтерококков), *Enterococcus durans* составил всего лишь 6,9%.

Среди грамотрицательных микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* (6,42%), выделенных от больных, наибольший удельный вес приходился на *Escherichia coli* (52,3% среди всех выделенных энтеробактерий). Бактерии родов *Proteus*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella* выделялись в значительно меньшем количестве случаев (19,1%, 4,8%, 14,3%, 9,5% соответственно), что согласуется с данными М.А. Гомберг (2006) [1]. Микроорганизмы родов *Candida* (5,2%), *Streptococcus spp.* (5%), *Pseudomonas* (0,31%), как и М.А. Гомберг (2006), Г.А. Дмитриев (2003) выявляли редко [1, 3].