

Пациентку повторно вызвали на осмотр в 2004 году. Жалоб не предъявляла. Чувствовала себя хорошо. При объективном осмотре: вид цветущей, здоровой женщины, волосы густые, тёмные, кожные покровы чистые, влажные. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Печень не пальпируется. Селезенка пальпируется лежа на боку, плотная, безболезненная. выполнено УЗИ брюшной полости. Печень 14,8 см, *v. portae* — 18 мм, *v. lienalis* — 10 мм, площадь селезенки 95 см², желчный пузырь обычных размеров, чистый. На ФГДС поверхностный гастродуоденит. При лабораторном обследовании щелочная фосфатаза, трансаминазы, протеинограмма, ГГТП, холестерин, билирубин в пределах нормы, в ОАК явлений панцитопении нет. Больной рекомендована урсодеооксиголевая кислота по 250 мг вечером постоянно. Больная после терапии интерфероном вернулась к прежней работе.

Больная в 2005, 2006, 2009 проходила стационарное обследование с диагнозом: Цирроз печени, ассоциированный с вирусом С, (НСV отрицательный), стойкий вирусологический ответ на интерферонотерапию, компенсированный (класс А по Чайлд-Пью), портальная гипертензия: спленомегалия. Все это время больная отмечала появление слабости после физических нагрузок. При осмотре печеночные знаки отсутствуют, печень не увеличена и при пальпации безболезненна, уплотнена, край закруглен и не ровный. Лежа на правом боку пальпируется увеличенная селезенка, при пальпации безболезненна. При УЗИ брюшной полости увеличения размеров печени нет, диффузно неоднородна. Площадь селезенки 105 см², *v. portae* — 13 мм, *v. lienalis* — 13 мм. С 2006 года выявлена ЖКБ (камень желчного пузыря до 1 см в диаметре). На ФГДС варикозно-расширенные вены пищевода 2 ст. При лабораторном обследовании щелочная фосфатаза, трансаминазы, протеинограмма, ГГТП, холестерин, билирубин в пределах нормы. ПТИ

до 62%, в анализе крови патологии не выявлено. РНК гепатита С не обнаружена, (количественное определение). Больная принимала Урсосан в дозе 500 мг в день, соблюдала диету №5. В 2012 году с приступообразными болями в правом подреберье пациентка доставлена в Клиническую больницу №1 г. Иркутска, при обследовании был выставлен диагноз: ЖКБ, фаза обострения, хронический калькулезный холецистит, болевая-торпидная форма, камень желчного пузыря до 19 мм. Сопутствующий диагноз: цирроз печени, в исходе вирусного гепатита С, компенсация, стойкий вирусологический ответ с 2004 года, стадия регрессии (вирус С не обнаружен), портальная гипертензия: гиперспленизм. На УЗИ: печень не увеличена, площадь селезенки 110 см², ЖКБ, перихолецистит, камень в просвете желчного пузыря 19 мм. На ФГДС поверхностный гастродуоденит. В анализе крови панцитопения: *Er* — $3,9 \times 10^{12}/л$, *Tr* — $108 \times 10^9/л$, *L* — $2,2 \times 10^9/л$, *Hb* — 98 г/л, холестерин — 2,9 ммоль/л, щелочная фосфатаза, билирубин, трансаминазы в пределах нормы. Больной назначен мебеверин по 200 мг 2 раза в день, цефатоксим 2,0 2 раза в день, урсодеооксиголевая кислота 1000 мг в день. Холецистэктомия не выполнена из-за тромбоцитопении. Выписана с положительной динамикой. Рекомендована холецистэктомия в плановом порядке после нормализации тромбоцитов. Больная принимает урсодеооксиголевая кислота 1000 мг в день. Больная обследована в отделении портальной гипертензии Иркутской ОКБ в хирургическом лечении было отклонено. Рекомендовано консервативная терапия у гастроэнтерологов.

Данный пример показывает положительную динамику противовирусной терапии с длительным стойким вирусологическим ответом. Противовирусная терапия позволила не только продлить жизнь, но и повысить качество жизни, восстановить работоспособность, вернуться к трудовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калягин А.Н., Рожанский А.А. Осложнения циррозов печени. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2003. — Т. 13. №5. Прил. №21. — С. 87.
2. Калягин А.Н., Рожанский А.А. Осложнения циррозов печени и прогноз при них. // Актуальные вопросы интенсивной терапии. — 2003. — №2(13). — С. 52-54.
3. Калягин А.Н., Рожанский А.А., Казакова Р.В., Пошкайте И.А. Наблюдение эффективного лечения интроном А цирроза печени, ассоциированного с вирусом гепатита С. // 4-я Восточно-Сибирская гастроэнтерологическая конференция «Клинико-эпидемиологические и этно-экологические

проблемы заболеваний органов пищеварения» 7-9 апреля 2004 г. Абакан. / Под ред. В.В. Цуканова. — Абакан, 2004. — С. 118-122.

4. Малов С.И., Малов И.В., Дагвадорж Я. и др. Эпидемиология хронической НСV-инфекции в Прибайкалье и Монголии. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2012. — Т. 112. № 5. — С. 107-110.

5. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О. и др. Протокол диагностики и лечения больных с вирусными гепатитами В и С. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2010. — №6. — С. 5-60.

Информация об авторах: Казакова Рита Владимировна — ассистент кафедры, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, кафедра пропедевтики внутренних болезней ИГМУ, тел. (3952) 229933, e-mail: kazakovarv@yandex.ru; Рожанский Андрей Александрович — заведующий отделением; Пошкайте Ирина Антоновна — врач-гастроэнтеролог; Сергеева Людмила Владимировна — врач-гастроэнтеролог.

© БАКЛАНОВА О.В., БАТОРОЕВ Ю.К., КИСЛИЦЫНА Л.Ю., КОВАЛЕВ Е.В., ЗАЙГАНОВА Е.А., ПОПОВ И.П., МАНЬКОВА Т.Л., ТАРАНЕНКО А.В. — 2013
УДК: 616.65-002-006.55-085

СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ — МЕТАНЕФРОГЕННОЙ АДЕНОМЫ

Ольга Валерьевна Бакланова^{1,2}, Юрий Климентьевич Батороев^{1,3}, Лада Юрьевна Кислицына¹, Егор Валерьевич Ковалёв¹, Елена Андреевна Загайнова¹, Иван Петрович Попов¹, Татьяна Леонидовна Манькова, Андрей Валентинович Тараненко¹

(¹Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов; ³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Статья посвящена описанию клинического случая интраоперационной морфологической диагностики редкой эпителиальной доброкачественной опухоли почки, которая клинически напоминала рак.

Ключевые слова: метанефрогенная аденома, резекция почки, срочное патоморфологическое исследование.

RARE KIDNEY TUMOR — METANEPHRIC ADENOMA (CASE REPORT)

O.V. Baklanova^{1,2}, Y.K. Batoroev^{1,3}, L.Y. Kislitsyna¹, E.V. Kovalev¹, E.A. Zagainova¹, I.P. Popov¹, T.L. Mankova¹, A.V. Taranenko¹
 (¹Irkutsk Regional Oncology Center; ²Irkutsk State Medical University,
³Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. The article describes a clinical case of intraoperative diagnosis of a rare morphologic epithelial benign kidney tumor, which clinically resembled carcinoma.

Key words: metanefrogennaya adenoma, partial nephrectomy, urgent pathomorphological study.

В группу дизонтогенетических нефрогенных опухолей почек входят метанефрогенная аденома, аденофиброма и нефрогенная стромальная опухоль.

Метанефрогенная аденома — довольно редкая эпителиальная доброкачественная опухоль почки из мелких мономорфных клеток, напоминающих эмбриональные [2, 6]. Частота встречаемости от 7 до 22% от всех доброкачественных опухолей почки [3, 5]. Опухоль встречается в любом возрасте, чаще в пятой и шестой декаде. В этом возрасте преобладают женщины (в 2 раза чаще), в возрасте от 5 месяцев до 35 лет преобладают мужчины (в 2 раза чаще) [6]. В 50% случаев опухоль представляет собой случайную находку во время УЗИ, КТ-исследования, при отсутствии клинических проявлений. В половине случаев может быть макрогематурия, полицитемия, боль в животе или боку. В литературе описано несколько случаев опухоли Вильмса и рака, ассоциированные с нефрогенной аденомой. [4] Обычно размеры опухоли 3-6 см, она как правило неинкапсулирована. На разрезе имеют цвет от серого до желтого. Возможны участки геммorrhгий и некрозов, в 20% находят кальцификаты, в 10% — мелкие кисты.

При микроскопическом исследовании в 50% случаев находят папиллярные структуры, напоминающие незрелые клубочки. Иногда присутствуют псаммомные тельца. Микроскопически построена из четко очерченных узелков эмбрионального эпителия с тубулярной, тубулопапиллярной и папиллярной дифференцировкой. Опухолевые клетки иногда напоминают бластемные: клетки со скудной цитоплазмой, округлым гиперхромным ядром. Клеточный атипизм и митозы отсутствуют. В 10% опухолей возможно наличие гиалинизированной стромы и участков костной метаплазии.

В литературе описаны случаи агрессивного течения и метастазирования. Крупнейшее клинико-патологическое исследование данных опухолей проведено в Институте патологии вооруженных Сил США С.Д. Дэйвис и соавт. [1]), ими изучены опухоли у 50 пациентов.

Девушка 17 лет была госпитализирована в отделение урологии в плановом порядке, опухоль почки была обнаружена случайно, во время УЗИ. Клинических проявлений опухоли не имела. В ходе дообследования (по данным КТ почек) установлено, что опухоль правой почки около 3 см в диаметре располагалась в среднем сегменте по передней поверхности. Через 1 неделю после госпитализации пациентка с предварительным диагнозом: рак правой почки, T1N0M0, I стадия была взята на операцию. Интраоперационно об-

наружена опухоль по передней поверхности правой почки в среднем сегменте, возвышаясь на 1 см, патологических сосудов не выявлялось; опухоль имела четкие границы, цвет не отличался от цвета почечной паренхимы. Выполнено интраоперационное УЗИ — опухоль одиночная, других образований в почке не выявлено. Для уточнения характера опухоли и определения объема операции выполнена тонкоигольная аспирационная пункция опухоли, получена геморрагическая капля, из которой сделаны мазки на предметные стекла. Мазки направлены в цитологическую лабораторию для экспресс-исследования. При цитологическом исследовании обнаружены многочисленные отчетливые фолликулярные, ацинарные, тубулярные структуры из довольно мелких мономорфных округло-овальных опухолевых клеток, практически без цитоплазмы или с очень узким ободком цитоплазмы, обращает внимание наличие гиалинового межклеточного матрикса, в том числе в виде глобул, стромальных клеток. Присутствуют единичные псаммомные тельца. Цитологическая картина дизонтогенетической опухоли, вероятно, метанефритической аденомы. Учитывая доброкачественный характер опухоли, принято решение выполнить резекцию, что и было успешно сделано.

Операция завершена. Гистологическое исследование операционного материала: фрагмент правой почки размером 4,5х3,5х2 см, капсула гладкая, на разрезе опухолевый узел 3х2,3 см однородный, с четкими границами. Высота почечной паренхимы по нижнему краю резекции высотой 0,1-0,2 см.

При гистологическом исследовании обнаружена гиперцеллюлярная опухоль из мелких довольно мономорфных клеток с гиперхромными овальными ядрами, с формированием тубулярных, папиллярных структур, примитивных клубочковоподобных структур, наличием псаммомных телец, псевдокапсула опухоли отсутствует — метанефритическая аденома. Удаление проведено в пределах здоровых тканей.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 8 сутки. По данным УЗИ после операции — опухолевидных образований в почках не выявлено.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о значительной эффективности срочного интраоперационного цитологического исследования опухолевых и опухолевидных образований почек, а так же необходимости совместной слаженной работы онкоурологов и цитологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davis C.J. Jr., Barton J.H., Sesterhenn I.A., Mostofi F.K. Metanephric adenoma. Clinicopathological study of fifty patients. // Am J Surg Pathol. — 1995. — Vol. 19. — P. 1101-1114
2. Gatalica Z., Gruzic S., Kovatich A., Petersen R.O. Metanephric adenoma: histology, immunophenotype, cytogenetics, ultrastructure. // Mod Pathol. — 1996. — Vol. 9(3). — P. 329-333.
3. Kuroda N., Tol M., Hiroi M., Enzan H. Review of metanephric adenoma of the kidney with focus on clinical and pathobiological aspects. // Histol Histopathol. — 2003. — Vol. 18(1). — P. 253-257.
4. Muir T.E., Chevillet J.C., Lager D.J. Metanephric Adenoma, Nephrogenic Rests, and Wilms' Tumor: A Histologic and Immunophenotypic Comparison. // Am J Surg Pathol. — 2001. — Vol. 25. — P. 1290-1296.
5. Paryani J.P., Kayani N., Rafique M.Z., et al. Metanephric adenoma: a rare benign renal tumour. // JPMA. — 2005. — №11. — P. 511-512.
6. Renshaw A.A., Freyer D.R., Hammers Y.A. Metastatic metanephric adenoma in a child. // Am J Surg Pathol. — 2000. — Vol. 24(4). — P. 570-574.

Информация об авторах: Бакланова Ольга Валерьевна — к.м.н., заведующая отделением, ассистент кафедры, e-mail: urolog.irk@gmail.com; Ковалев Егор Валерьевич — врач-онкоуролог; Загайнова Елена Андреевна — врач-уролог; Попов Иван Петрович — врач-онкоуролог; Юрий Климентьевич Батороев — д.м.н., ассистент кафедры, e-mail: yuri@batoroev.ru; Кислицына Лада Юрьевна — заведующая лабораторией, e-mail: kai95@mail.ru; Манькова Татьяна Леонидовна — заведующая отделением, e-mail: tmankowa@mail.ru; Тараненко Андрей Валентинович — врач-патологоанатом.