

3. Lebedeva A.Yu., Klykov L.L., Zaitseva V.V. Ischemic disease in young women: problems of diagnosis and prevention // Russian Journal of Cardiology. — 2011. — № 6 (92). — P. 90-97

4. Thygesen K., Alpert J., Jaffe A., Simoons M., Chaitman B., White H. The third universal definition of myocardial infarction // Russian Journal of Cardiology. — 2013. — Vol. 100, № 2, Appendix 1. — P. 1-16.

Сведения об авторах

Цибульская Наталья Юрьевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и терапии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2469408; e-mail: solna33@yandex.ru.

Харьков Евгений Иванович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и терапии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2469408; e-mail: Harkov-50@mail.ru.

Authors

Tsibulskaya Nataliya Yurievna — Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Internal Medicine Propaedeutics and Therapy, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022. Phone: 8 (391) 2469408; e-mail: solna33@yandex.ru.

Harkov Evgeny Ivanovich — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Internal Medicine Propaedeutics and Therapy, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russia, 660022. Phone: 8 (391) 2469408; e-mail: Harkov-50@mail.ru.

© ГАВРИЛЮК Д. В., ЗУКОВ Р. А.

УДК 616.61-006.6-033.2:616.288.1

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАЗА ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА В НАРУЖНЫЙ СЛУХОВОЙ ПРОХОД

Д. В. Гаврилюк, Р. А. Зуков

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра онкологии и лучевой
терапии с курсом ПО, зав. — д. м. н., доц. Р. А. Зуков.

Резюме. В статье представлен случай редкой локализации отдаленного метастазирования почечно-клеточного рака в наружный слуховой проход со сложной морфологической диагностикой.

Ключевые слова: метастаз, почечно-клеточный рак, наружный слуховой проход.

CLINICAL OBSERVATION OF METASTASIS THE RENAL CELL CARCINOMA IN THE EXTERNAL AUDITORY MEATUS

D. V. Gavrilyuk, R. A. Zukov

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The paper presents a rare case of localization the distant metastases of renal cell carcinoma in the external auditory meatus with a complex morphological diagnosis.

Key words: metastasis, renal cell carcinoma, the external auditory meatus.

Почечно-клеточный рак (ПКР) — одно из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Ежегодно в мире выявляют более 270 000 новых случаев ПКР, что составляет около 3% в структуре онкологической заболеваемости, причем две трети больных выявляют в развитых странах. В структуре злокачественных новообразований в России ПКР составляет 4,5% у мужчин и 3% у женщин. По темпам прироста онкологической заболеваемости за период с 2003 по 2013 гг. ПКР устойчиво занимает второе место среди всех злокачественных опухолей (41,0%). Несмотря на улучшение методов диагностики данной патологии, высокую частоту (40-60%) локализованного ПКР, у 25-30% больных ПКР при первичном обследовании выявляют отдаленные метастазы. Прогрессирование заболевания отмечается у 40% больных, получавших лечение по поводу локализованной формы рака почки [1,2,5].

В настоящее время общепризнанной для почечно-клеточных опухолей является классификация ВОЗ (2004) [4]. Согласно данной классификации в клинической практике наиболее часто встречаются 3 варианта ПКР: светлоклеточный (70-80% случаев), папиллярный (10-15%) и хромофобный (4-5%). Саркоматоидный подтип не является самостоятельным гистологическим вариантом и в той или иной степени может встречаться при любых гистологических формах ПКР, одновременно указывая на неблагоприятный прогноз.

Показаниями к метастазэктомии при ПКР являются возможность радикального удаления солитарных или единичных метастазов у больных с ранее выполненной радикальной или паллиативной нефрэктомией. Противопоказания к метастазэктомии:

- невозможность радикального удаления всех определяемых опухолей (опухоль почки и метастазы);
- промежуточный или неблагоприятный прогноз по шкале Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC);
- бурное прогрессирование опухолевого процесса или появление новых метастазов в короткие сроки во время предшествующего лечения или динамического наблюдения;
- высокий операционный риск [1].

Неблагоприятными прогностическими факторами ПКР (прогностическая модель MSKCC), негативно влияющими на общую выживаемость больных, являются:

- соматический статус (<70% по шкале Карновского);
- повышение уровня лактат-дегидрогеназы >1,5 от верхней границы нормы;
- уровень гемоглобина < нижней границы нормы;
- уровень скорректированного кальция Ca^{2+} в сыворотке крови >10мг/дл или >2,5 ммоль/л;
- интервал от первичного установления диагноза до начала терапии <1 года.

В соответствии с моделью MSKCC все пациенты с диссеминированным ПКР подразделяются на 3 группы:

- группа благоприятного прогноза (нет факторов риска, медиана выживаемости ~30 месяцев);
- группа промежуточного прогноза (1-2 фактора риска, медиана выживаемости ~14 месяцев);
- группа плохого прогноза (≥ 3 факторов риска, медиана выживаемости ~6 месяцев) [3].

Проведен анализ амбулаторной карты и истории болезни из организационно-методического отдела КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского» (КККОД).

Больной К., 64 г. в начале 2012 г. направлен к онкоурологу КККОД по поводу случайно выявленного при УЗИ объемного образования правой почки. Результаты УЗИ от 08.02.12 г.: в проекции верхнего полюса правой почки визуализируется объемное образование неправильной формы, с четкими неровными контурами, средней эхогенности, с участками пониженной эхогенности, размерами 8,3×6,5×5,8 см. МСКТ с контрастированием от 13.02.12 г.: правая почка увеличена в размерах, с неровным бугристым контуром. По передне-латеральному краю в верхнем полюсе и среднем сегменте определяется образование неправильной формы, неоднородной плотности, с нечеткими контурами, размерами 9,2×5,9×6,1 см, неравномерно накапливающий контраст, паранефральная клетчатка справа инфильтрирована. Данных за диссеминацию опухолевого процесса до операции не выявлено.

Установлен диагноз: опухоль правой почки, 28.02.12 г. произведена лапаротомия, радикальная нефрэктомия справа, дренирование забрюшинного пространства. Послеоперационный диагноз: рак правой почки II стадии (T2aN0M0). Плановый гистологический ответ № 13025-34: почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант, без инвазии в капсулу. При выписке рекомендовано диспансерное наблюдение.

На очередном диспансерном осмотре через 2 года онкоурологом клинически заподозрена диссеминация опухолевого процесса по наличию пальпируемых лимфоузлов в надключичной области справа. УЗИ брюшной полости от 13.01.14 г.: гепатомегалия, очаговой патологии не выявлено. Рентгенография грудной клетки от 15.01.14 г.: сердце и легкие без патологии. УЗИ шеи от 17.01.14 г.: лимфаденопатия справа в надключичной области. Пункция № 1737: кровь, роговые чешуйки (не информативна). Сканограмма щитовидной железы от 14.02.14 г.: в области пальпируемого образования на шее справа накопление радиофармпрепарата отсутствует.

В отделении опухолей головы и шеи КККОД 12.03.14 г. произведена биопсия опухоли надключичной области справа. Плановый гистологический ответ № 14403-05: среди фиброзной ткани разрастание комплексов светлоклеточного почечно-клеточного рака. Соматический статус по шкале Карновского соответствовал 80% (ECOG 1). Уровень гемоглобина в пределах физиологической нормы.

В условиях радиотерапевтического отделения КККОД с 07.04.14 г. по 16.05.14 г. проведен паллиативный курс дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на шейно-надключичные лимфоузлы в СОД 42-49 Гр, с учетом СОД в тах 60 Гр. Далее локально на основной лимфоузел уменьшенным полем СОД увеличена до 52 Гр.

Очередная диспансеризация 21.06.14 г. – по МСКТ в обоих легких определяются очаговые образования (10 справа и 6 слева) повышенной плотности, с четкими ровными контурами, округлой формы, расположенные преимущественно в кортикальных отделах легких, размерами 0,1-0,5 см в диаметре. На врачебной комиссии (ВК) КККОД 18.08.14 г. назначен курс иммунотерапии интерфероном-альфа2b.

03.10.14 г. больной поступил с кровотечением из левого уха в ЛОР-отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С. Берзона». Выполнен гемостаз, произведена биопсия опухоли уха, плановый гистологический ответ №394549-57: пласт многослойного плоского эпителия, под ним скопление пролиферирующих разнокалиберных сосудов, светлые клетки типа ксантомных с очаговыми кровоизлияниями (картина возможна при опухоли сосудистого генеза, рекомендована иммуногистохимическое исследование).

В КККОД 16.10.14 г. пересмотр гистологических препаратов №1516: фрагменты капиллярной гемангиомы с нагноением и некрозами, установлен диагноз – гемангиома наружного слухового прохода левого уха. На ВК рекомендовано провести курс ДЛТ в условиях радиотерапевтического отделения №2 КККОД с консолидирующей целью и для купирования болевого синдрома. С 07.11.14 г. по 18.12.14 г. получил курс ДЛТ на паточаг в режиме РОД = 2Гр, РИП = 75 см, СОД = 44 Гр с клиническим регрессом опухоли в размерах. При дообследовании КТ от 08.12.14 г. – картина эпимезотимпанита, мастоидита слева; в проекции левой околоушной слюнной железы увеличенный лимфоузел диаметром до 3,0 см с четкими контурами, вероятно воспалительного характера, сохраняются признаки очаговых образований в легких.

При очередном диспансерном обследовании в КККОД выполнена МСКТ органов грудной полости от 18.03.15 г. — очаговых и инфильтративных изменений в легких на видимом уровне не выявлено. МРТ области головы и шеи от 14.05.15 г. — в проекции левой околоушной слюнной железы многоузловое объемное образование неправильной формы, размерами 5,1×2,5 см с бугристым контуром и неравномерным распределением контраста; отмечается распространение опухоли в просвет левого наружного слухового прохода с его полной obturацией (картина объемного образования). Пунктат опухоли от 14.04.15 г. № 5831: кровь.

Решением ВК от 22.05.15 г. госпитализирован на оперативное лечение в отделение опухолей головы и шеи КККОД с проведением гемангиомы левого слухового прохода. 16.06.15 г. произведена комбинированная радикальная паротидэктомия слева с удалением опухоли наружного слухового прохода. Плановое гистологическое исследование № 52556-75: разрастание комплексов светлоклеточного почечно-клеточного рака, слюнная железа обычного строения. В послеоперационном периоде отмечалось профузное кровотечение из раны, 24.06.15 г. ревизия послеоперационной раны, санация и тампонирование, консервативная гемостатическая и заместительная терапия с положительным эффектом.

Послеоперационный диагноз: рак правой почки II стадии (T2N0M0), состояние после радикальной нефрэктомии в 2012 г. Диссеминация опухолевого процесса в 2014 г. (лимфоузлы шеи, легкие), ДЛТ на лимфоузлы шеи (СОД 52 Гр), иммунотерапия интерфероном-альфа2b. Полный ответ по RECIST (регрессия метастазов на шее и в легких). Прогрессирование в 2015 г.: метастаз в левый наружный слуховой проход, состояние после оперативного лечения.

Выписан в удовлетворительном состоянии 07.07.15 г. для продолжения интерферонотерапии и диспансерного наблюдения. Последний осмотр в октябре 2015 г. — сохраняется снижение слуха слева, данных за местный рецидив в области слухового прохода не выявлено.

В рассмотренном клиническом случае интервал от начала лечения первично локализованного почечно-клеточного рака до диссеминации опухолевого процесса составил около 2-х лет. Кроме множественной диссеминации опухолевого процесса по легким клинически проявилась редкая локализация метастаза в наружный слуховой проход в виде рецидивирующего кровотечения, которая была замаскирована под симптомы гемангиомы, подтвержденные гистологическим путем, в том числе по ИГХ. Таким образом, только полная метастазэктомия позволила правильно верифицировать метастатический опухолевый процесс редкой локализации почечно-клеточного рака. Инцизионная биопсия не давала возможности морфологам правильно заключить о генезе опухоли наружного слухового прохода.

Литература

1. Алексеев Б.Я., Волкова М.И., Калпинский А.С., Каприн А.Д., Матвеев В.Б., Носов Д.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака почки // Ассоциация онкологов

России. — 2014. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://oncology-association.ru/docs/recomend/jun2015/38vz-rek.pdf>. — Дата обращения 05.11.2015 г.

2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. — 2015. — 250 с.

3. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / под ред. В.М. Моисеенко. — М.: Общество онкологов химиотерапевтов, 2014. — С. 273-277.

4. Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // *Int. J. Cancer*. — 2010. — Vol. 15. — P. 2893-2917.

5. Eble J. N., Sauter G., Epstein J. I., Sesterhenn I. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. — Lyon: IARC Press, 2004. — P. 9-87.

References

1. Alekseev B. Ya., Volkova M.I., Kalpinsky A.S., Kaprin A.D., Matveev V.B., Nosov D.A. Clinical guidelines for diagnosis and treatment of kidney cancer // Russian Association of Oncologists. - 2014 - [Electronic resource]. - Access: <http://oncology-association.ru/docs/recomend/jun2015/38vz-rek.pdf>.

2. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Malignancies in Russia in 2013 (morbidity and mortality). - M.: MNIIOI named after P.A. Herzen, branch FGBI "FMITS named after P.A. Herzen" Russian Ministry of Health. — 2015. — 250 p.

3. Practical guidelines for drug treatment of malignant tumors (RUSSCO) / ed. V.M. Moiseenko. — M.: Society of Oncologists Chemotherapists, 2014. — P. 273-277.

4. Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Forman D., Mathers C., Parkin D. M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // *Int. J. Cancer*. — 2010. — Vol. 15. — P. 2893-2917.

5. Eble J. N., Sauter G., Epstein J. I., Sesterhenn I. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. — Lyon: IARC Press, 2004. — P. 9-87.

Сведения об авторах

Гаврилюк Дмитрий Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2224026; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

Зуков Руслан Александрович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2224026; e-mail: zukov_rus@mail.ru.

Authors

Dmitry Gavriluk — Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Oncology and Radiotherapy with Courses of PE, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of Russian Federation

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF, tel. 8 (391) 2224026; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

Zukov Ruslan — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Oncology and Radiotherapy with Courses of PE, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of Russian Federation

Address: 1, P. Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, 660022, RF, phone: 8 (391) 2224026; e-mail: zukov_rus@mail.ru.