

Медицинский университет “Астана”

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЧЕК

Подготовила: Калиева М.Т. 737гр ВБ

Проверила: Кумпекеева А.С.

Астана 2014г

Доброкачественные опухоли почек

- *Доброкачественные опухоли почек отличаются медленным ростом, не прорастают в окружающие ткани и имеют благоприятный прогноз. Тем не менее, по мере прогрессирования заболевания, состояние больного может резко ухудшиться за счет компрессионного давления опухоли на почечную паренхиму, кровеносные сосуды и мочевыводящие пути. В этой статье мы поговорим о современных методах диагностики и лечения доброкачественных опухолей почек.*
- **Доброкачественные опухоли почечной ткани имеют ряд особенностей:**
 - Благоприятный прогноз заболевания
 - Медленный неинвазивный рост
 - Отсутствие способности давать метастазы
 - Нет нарушения функции почек (если опухоль небольшая). По мере роста доброкачественная опухоль начинает сдавливать окружающие ткани, но никогда не прорастает в них.
 - Нет непосредственной угрозы жизни больного, но всегда есть возможность перерождения доброкачественной опухоли в злокачественное образование

Название доброкачественной опухоли.

Краткое описание патологии.

Распространенность заболевания среди населения.

Киста.

Широко распространенными доброкачественными образованиями почечной ткани являются кисты.

Киста представляет собой объемное образование - пузырек, наполненный лимонно-желтой жидкостью.

Оболочка кисты - тонкая и состоит из соединительной ткани.

**Диагностика.
Симптомы и течение.**

Большая часть кист не проявляет себя симптомами и обнаруживается случайно, при исследовании по поводу другого заболевания.

Кисты могут быть единичными и множественными, их размер варьируется от миллиметра до нескольких сантиметров. Причины возникновения почечной кисты неизвестны.

При ультразвуковом обследовании киста имеет четкие края и ровный контур, отграничена от почечной паренхимы. При достижении крупных размеров киста начинает влиять на функции почки (сдавливает кровеносные сосуды и мочевыводящие пути).

Большие кисты могут причинять дискомфорт больному, а также вызывать почечную недостаточность, в результате обструкции мочевыводящих путей.

Лечение.

В случае если кисты небольшие - динамическое наблюдение.

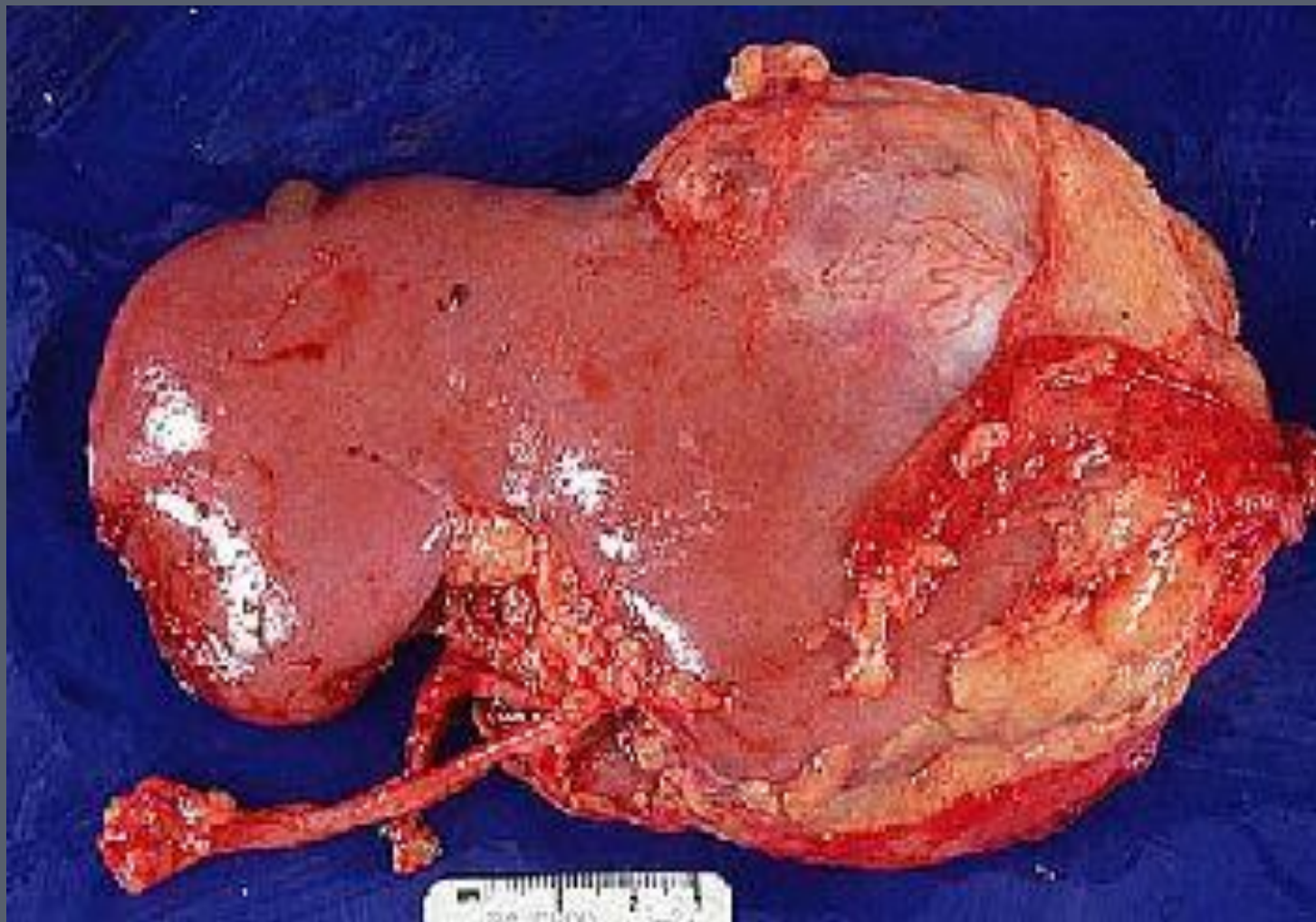
Некоторые врачи расценивают кисту, как предзлокачественное образование и удаляют ее хирургически.

Хирургическое лечение показано также, если киста большая и сдавливает своей тяжестью окружающие ткани.

Эпителиальные доброкачественные опухоли

| | | |
|---|--|---|
| <p>Аденома.</p> <p>На долю почечных аденом относится 5-9 % всех опухолевых образований этого органа.</p> | <p>Почечные аденомы являются самыми распространенными доброкачественными опухолями почек. Причины появления аденом неизвестны.</p> <p>Аденома представляет собой плотное твердое образование, характеризующееся медленным неинвазивным ростом. Симптомы заболевания чаще всего отсутствуют.</p> <p>Несмотря на отсутствие непосредственной угрозы жизни, при крупных размерах опухоли происходит сдавление паренхимы почки, что приводит к функциональному нарушению этого органа. Поэтому крайне важной проблемой является своевременная диагностика и лечение аденомы.</p> <p>Классификация почечных аденом:</p> <ul style="list-style-type: none">• Солидные аденомы• Кистозные аденомы• Папиллярные аденомы• Тубулярные аденомы• Смешанные аденомы <p>Диагностика аденомы:</p> <ul style="list-style-type: none">• Рентгенологическое исследование (можно получить лишь признаки, характерные для всех опухолевых образований)• Компьютерная томография, ультрасонография (невозможно дифференцировать доброкачественное образование от злокачественного). <p>Дифференциальная диагностика:</p> <p>Многие врачи настороженно относятся к почечным аденомам, классифицируя их, как предраковое состояние.</p> <p>Гистологическое строение аденомы сходно со строением низкодифференцированного плоскоклеточного рака.</p> <p>Точные результаты можно получить только с помощью операционной диагностики.</p> | <p>Тактика лечения при почечных аденомах такая же, как при лечении рака почки - хирургическое лечение.</p> <p>Даже, если результаты гистологического исследования указывают на почечную аденому (а не на рак), динамическим наблюдением ограничиваться нельзя.</p> |
|---|--|---|

Аденома почки



Онкоцитома.

Онкоцитома - это редкое заболевание, встречаются как единичные онкоцитомы (в большинстве случаев), так и множественные (почечный онкоцитоматоз).

Опухоль локализуется в паренхиме почки.

Онкоцитома - это четко дифференцированное доброкачественное образование, состоящее из онкоцитов.

Иногда «соседствует» с почечной кистой, тогда оба заболевания развиваются одновременно.

Развитие опухоли протекает без симптомов - состояние больного практически не нарушается, даже когда онкоцитома достигает крупных размеров.

По этим причинам диагностика данного заболевания представляет собой определенные сложности. Чаще всего опухоль обнаруживается случайно, при обследовании больного по поводу другой патологии.

Лечение хирургическое (удаление почки).

Мезенхимальные доброкачественные опухоли
состоят из перерожденной ткани почечной паренхимы.

Липома.

Причины появления липомы до сих пор точно неизвестны современной науке.

Размер липомы может варьироваться от нескольких миллиметров до 25 сантиметров в диаметре. Липома представляет собой хорошо дифференцированное обособленное образование с четкими краями и ровными контурами.

Сверху опухоль покрыта тонкой гладкой и блестящей оболочкой. Внутри липома содержит жировую ткань, содержащую множество сосудов и разделенную фиброзными перегородками.

Клинические симптомы заболевания появляются по мере роста липомы. Когда липома достигает больших размеров, она начинает сдавливать окружающие структуры - паренхиму почки, кровеносные сосуды, почечную лоханку и чашечки.

Липомы, которые протекают без проявлений, не требуют лечения.

Ангиомиолипома. Выделяют две формы ангиомиолипомы: в сочетании с туберозным склерозом и без.

Ангимиолипома

состоит из жировой ткани, мышечных волокон и

кровеносных сосудов. Опухоль имеет сложную структуру.

- Симптомы заболевания (ангиомиолипомы, протекающей вместе с туберозным склерозом):**
- Эпилепсия
 - Наличие узелков в головном мозге
 - Изменение ткани важнейших внутренних органов: печени, почек
 - Интеллектуальная недостаточность
 - Множественные ангиолипомы
 - В большинстве случаев, врожденный характер заболевания

Ангиомиолипома без туберозного склероза:

- единичные, односторонние опухоли, которые, как правило, выявляются в зрелом возрасте.

Важным отличительным признаком ангиомиолипомы является боль в пояснице и брюшной области. Эти ощущения вызваны кровоизлияниями, которые происходят внутри опухоли.

Множественные кровоизлияния могут вызвать массивное забрюшинное кровотечение. Это состояние опасно развитием геморрагического шока и сопровождается клинической картиной острого живота.

Иногда ангиомиолипома приобретает свойства злокачественной опухоли и прорастает в почечную вену.

Но озлокачествление ангиомиолипом встречается настолько редко, что по отношению к данным образованиям применима сдержанная органосохраняющая тактика.

Тактика динамического наблюдения применяется по отношению к опухолям, имеющим не более 4-5 сантиметров в диаметре (при бессимптомном течении заболевания).

Раз в год таким больным необходимо проходить ультразвуковое исследование почек или КТ (компьютерную томографию).

Если за время динамического наблюдения развитие опухоли не прогрессирует, то хирургическая операция не проводится ввиду отсутствия показаний.

Лечение крупных ангиомиолипом (более 5 сантиметров в диаметре):

- При отсутствии симптомов:
 - Динамическое наблюдение. Раз в год - контрольное обследование (УЗИ или компьютерная томография)
- При значительном увеличении опухоли:
 - В этом случае однозначно показана хирургическая операция. Безоговорочная необходимость хирургического вмешательства связана с опасностью забрюшинного кровотечения и геморрагического шока (при отсутствии лечения).

Ангиомиолипомы редко имеют корреляцию с почечно-клеточным раком, поэтому предпочтительнее проведение нефронсберегающей операции.

Проведение нефронсберегающей операции особенно актуально для больных, у которых ангиомиолипома сочетается с туберозным склерозом. Для этой патологии характерно наличие множественных опухолевых очагов в обеих почках.

Ангиолипома



Лейомиома.

Почечная лейомиома - это доброкачественное образование, формирующееся из гладкой мускулатуры почки.

На ранних стадиях развития опухоли симптомы заболевания отсутствуют и появляются лишь тогда, когда лейомиома достигает крупных размеров.

Клинические проявления:

- Боль в пояснице
- Опухоль, которая прощупывается при пальпации

Дифференциальная диагностика проводится с аденокарциномой почки.

Хирургическая операция по удалению лейомиомы.

Методом выбора является органосохраняющее хирургическое вмешательство. Прогноз заболевания относительно благоприятный.

Гемангиома.

Гемангиома почек - это редкая доброкачественная опухоль. Обычно гемангиомы почек не вырастают до больших размеров и протекают бессимптомно.

Гемангиома состоит из переплетений стенок кровеносных сосудов и является следствием их дефекта, имеющего врожденный характер.

Частая локализация почечных гемангиом:

- стенка почечной лоханки
- мозговое вещество почек.

В редких случаях гемангиома формируется в корковом веществе почки, такое расположение опухоли может спровоцировать массивное кровоизлияние.

Отличительной особенностью гемангиомы является то, что она склонна к бурному росту во время интенсивного развития организма - в детском и подростковом возрасте. Известны случаи самостоятельного уменьшения и исчезновения почечных гемангиом у взрослых и пожилых людей.

Клинические проявления:

- Появление крови в моче
- Апатия, слабость
- Тянущая боль в поясничной области
- Почечная колика

Гемангиома опасна своими осложнениями - при ее разрыве возникает состояние, опасное для жизни (острый живот, гематурия, резкое падение артериального давления, слабость, обморок). При подозрении на разрыв гемангиомы больного нужно немедленно госпитализировать.

Всегда существует возможность озлокачествления гемангиомы (маглинизации), поэтому при обнаружении опухоли в почках необходимо тщательно обследовать больного, и при малейшем подозрении на начало злокачественного процесса удалить новообразование.

Фиброма.

Редкая опухоль, чаще встречается у женщин среднего возраста.

Фиброматозные узлы в почках могут быть единичными и множественными, причем единичные фибромы, как правило, крупнее множественных.

Фиброма почки состоит из волокнистой ткани. Если рассматривать фиброматозные узлы под микроскопом, то можно увидеть небольшие беловато-серые очаги плотной ткани.

Размер средней фибромы составляет от 1 миллиметра до 2 сантиметров в диаметре. Однако были зарегистрированы случаи гигантских фибром, достигающих 17 сантиметров в длину.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с раком почки. Несмотря на точность современных методов диагностики, до сих пор не выявлены критерии, позволяющие отличить фиброму от ракового образования. Обычно фибромы обнаруживаются случайно, при исследовании по поводу другого заболевания.

Что может показать исследование фибромы под электронным микроскопом?

Фиброма не имеет гистологически отчетливой капсулы, которая отделяла бы ее от окружающей почечной ткани.

Из чего состоит фиброма?

- Коллагеновые волокна
- Фиброциты
- Фибробласты
- Кровеносные сосуды

От количественного отношения вышеперечисленных структур зависит консистенция фибромы - ее твердость или мягкость.

Мягкая фиброма содержит в себе большое количество фибробластов, твердая состоит из пучков коллагеновых волокон.

Фиброма является доброкачественной опухолью - она не прорастает в окружающие ткани, а оказывает на них компрессионное давление.

Сжатие опухолью почечной ткани постепенно приводит к ее атрофии, и как следствие, орган полностью теряет свои функции. Крупные фибромы могут сдавливать почечную лоханку и деформировать чашечки.

При сомнениях в диагнозе целесообразно проведение хирургического вмешательства.

Существует 2 вида хирургического вмешательства по удалению фибромы:

- резекция почки
- радикальная нефрэктомия

Злокачественные опухоли почек

- Рак почки – злокачественная опухоль, происходящая либо из проксимальных канальцев почки (почечно-клеточный рак) либо из эпителия чашечно-лоханочной системы (уротелиальный рак). Также у детей выделяют опухоль Вильмса – эмбриональная аденомиосаркома почки.*

- ***Рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований. Мужчины страдают данной патологией в два раза чаще, чем женщины. Несмотря на то, что заболевание преимущественно встречается у пожилых людей, участились случаи выявления заболевания у лиц молодого возраста.***



Предрасполагающие факторы

Курение - риск появления опухоли почки у курильщиков возрастает с 30% до 60% по сравнению с некурящим населением. После отказа от курения риск появления рака почки снижается

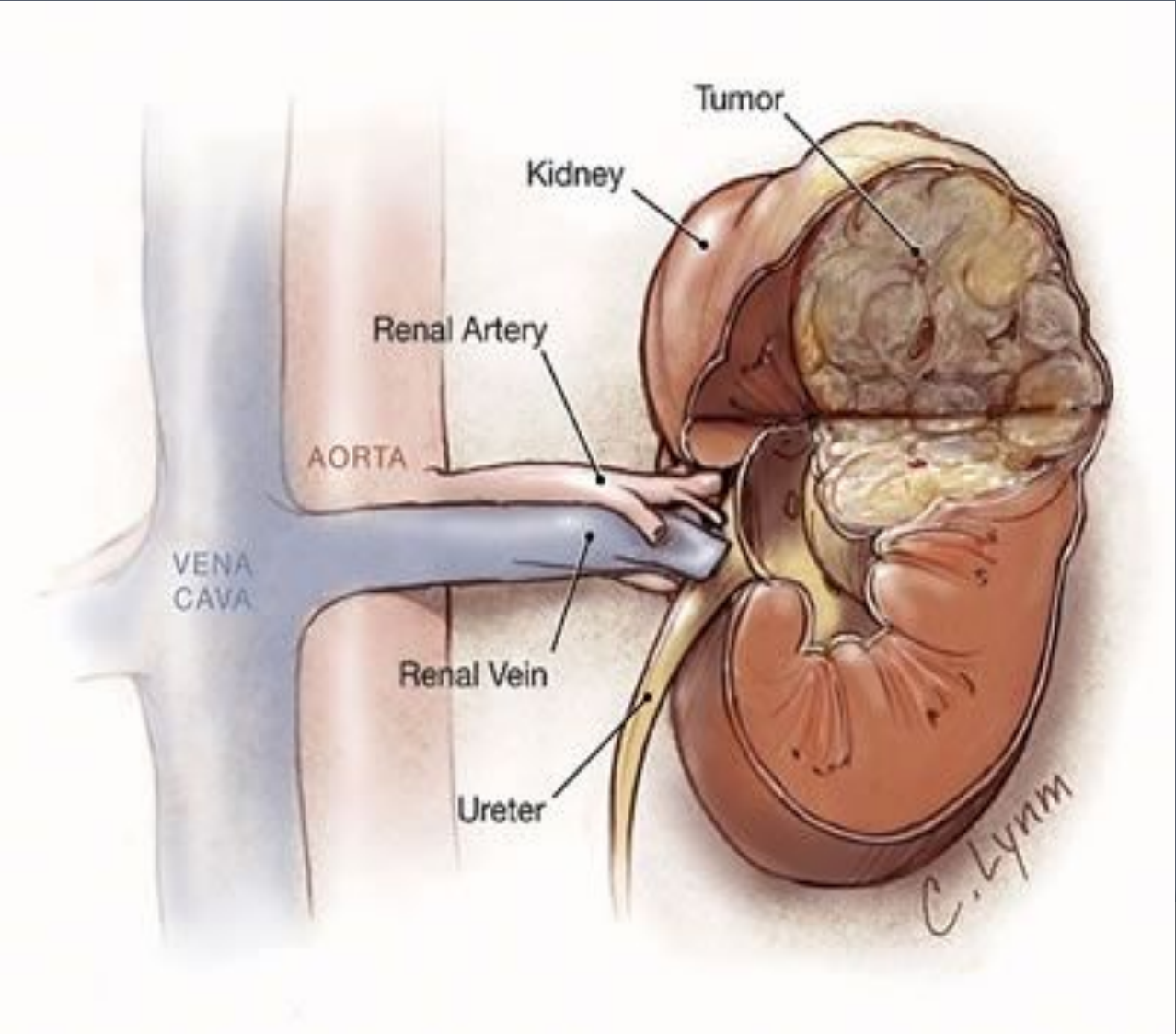
Ожирение - приводит к увеличению частоты заболеваемости почечно-клеточным раком на 20%.

Артериальная гипертензия

Мочегонные лекарственные препараты - ряд авторов связывают появление почечно-клеточного рака с использованием диуретических препаратов. Риск развития данной патологии у больных, получавших мочегонные средства по различным показаниям, составляет более 30%.

Сахарный диабет - в ряде исследований отмечено увеличение заболеваемости почечно-клеточным раком у больных, страдающих сахарным диабетом.

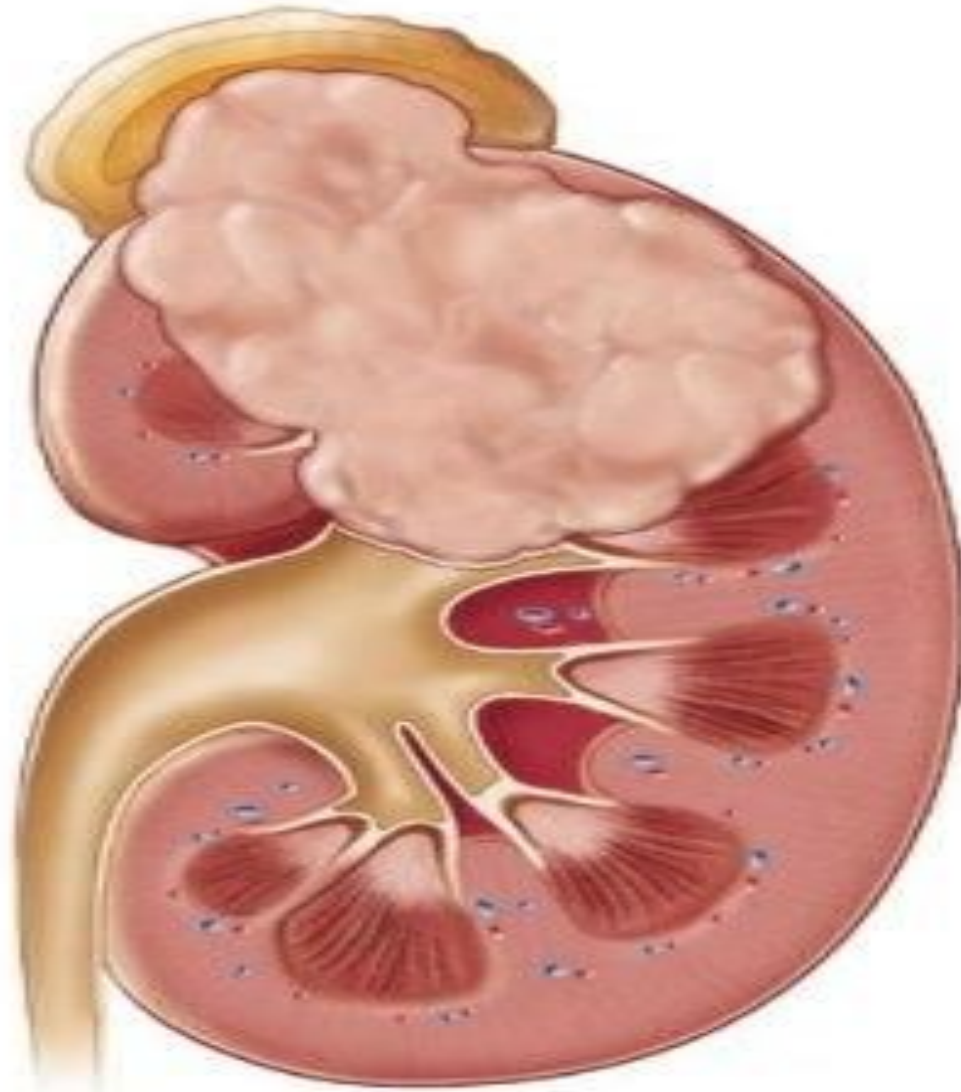
Питание - употребление овощей и фруктов, по данным большинства авторов, способствует снижению риска развития рака почки. Влияние употребления алкоголя, кофе и чая на заболеваемость опухолями почки не доказано.

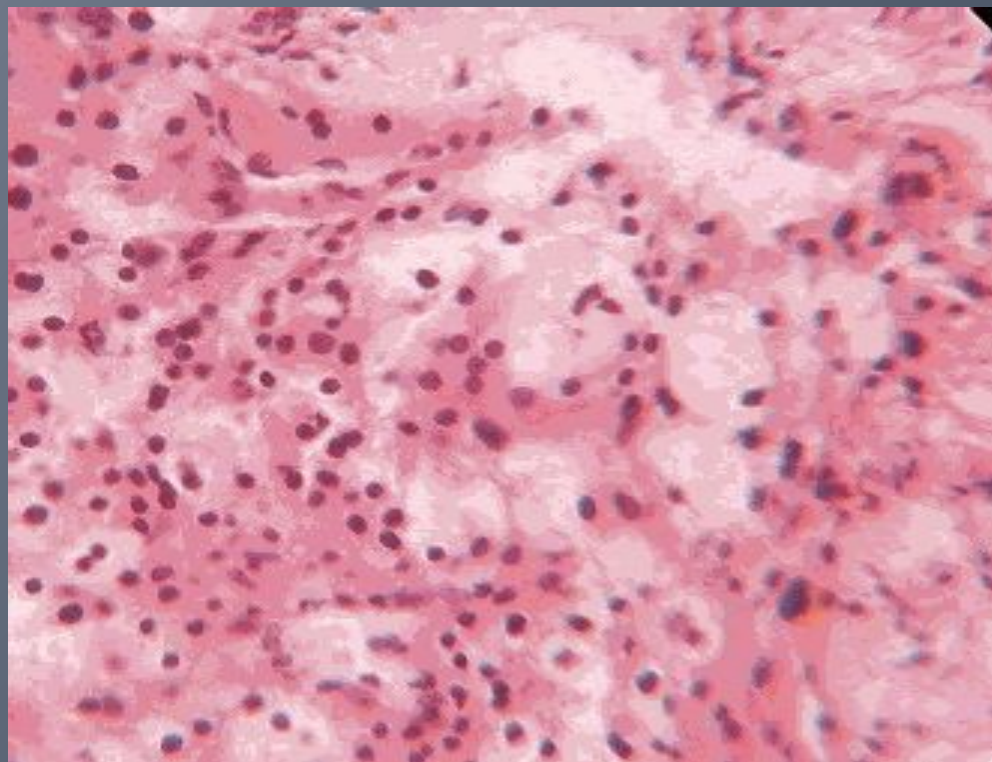


Классификация

Гистологическая классификация

- ▣ Почечно-клеточный рак(карцинома)**
- ▣ Аденокарцинома**
- ▣ Папиллярная аденокарцинома**
- ▣ Тубулярная карцинома**
- ▣ Зернисто-клеточная карцинома**
- ▣ Светлоклеточная аденокарцинома
(гипернефрома)**





Комплексы атипичных эозинофильных клеток

Классификация по tNM

- **TX** - первичную опухоль невозможно оценить
- T0** - нет данных за первичную опухоль
- T1** - опухоль 7 см и менее в наибольшем размере, ограниченная почкой
 - T1a** - опухоль до 4 см
 - T1b** - опухоль 4-7 см
- T2** - опухоль больше 7 см в наибольшем размере, ограниченная почкой
- T3** - опухоль прорастает крупные вены, или прорастает надпочечник, или окружающие ткани, но не выходит за пределы фасции Герота (ткани, окружающей почку)
 - T3a** - опухоль прорастает надпочечника или паранефральную клетчатку в пределах фасции Герота
 - T3b** - опухоль прорастает почечную вену или нижнюю полую вену под диафрагмой
 - T3c** - опухоль прорастает нижнюю полую вену над диафрагмой или прорастает ее стенку.
- T4** - Опухоль прорастает за пределы фасции Герота

- ***NX - регионарные лимфатические узлы невозможно оценить***
N0 - нет метастазов в регионарные лимфатические узлы
N1 – имеются метастазы 1, метастазы в регионарный лимфатический узел
N2 – имеются метастазы в 2 и более регионарных лимфатических узлов
- ***MX - отдаленные метастазы невозможно оценить***
M0 - отдаленных метастазов нет
M1 - отдаленные метастазы есть

Классификация по стадиям рака почки

| Стадия | Опухоль | Регионарные лимфоузлы | <u>Метастазы</u> |
|----------|----------|-----------------------|------------------|
| 1 стадия | T1 | N0 | M0 |
| 2 стадия | T2 | N0 | M0 |
| 3 стадия | T1 | N1 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N0, N1 | M0 |
| 4 стадия | T4 | N0, N1 | M0 |
| | T(любая) | N2 | M0 |
| | T(любая) | N(любая) | M1 |

Макропрепараты





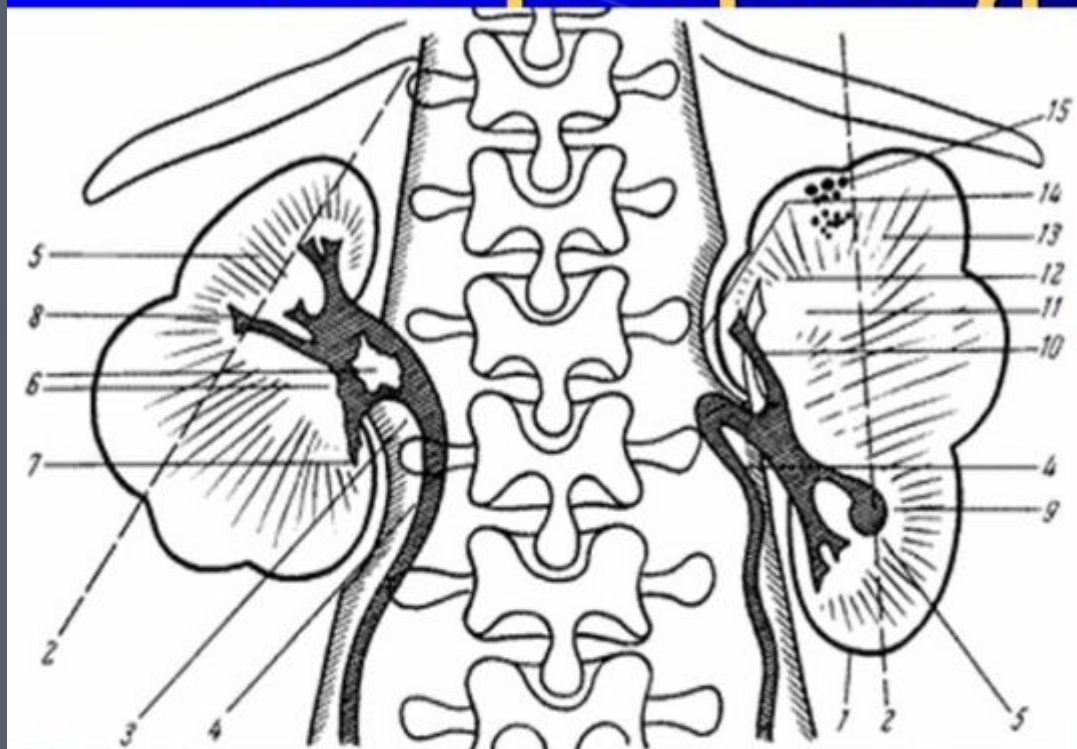
Клиника

- *Гематурия – появление крови в моче*
- *Анемия – как следствие гематурии*
- *Артериальная гипертензия*
- *Боль в поясничной области*
- *Пальпируемое образование в проекции почки*
- *Снижение массы тела*
- *Субфебрильная температура*
- *Утомляемость, слабость*

Диагностика рака почки

- сбор анамнеза
- стандартное физикальное обследование
- клинические анализы мочи и крови, биохимический анализ крови, включая определение активности АЛат, АСаТ, ЩФ
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- рентгенологическое исследование легких
- экскреторная урография
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием или магнитно-резонансная томография
- ангиография, каваграфия пораженной почки (при подозрении на тромбоз почечной и нижней полой вены, а также при больших размерах опухоли, сдавливающей магистральные сосуды)
- радиоизотопное исследование функции почек
- при малых размерах опухоли, возможной доброкачественной природе новообразования показана пункционная биопсия опухоли почки с последующим гистологическим исследованием

Экскреторная урография



Признаки рентгенологического изображения опухолей почек (схема по Trzetrzewinski, Mazurek).

1 — полициклический контур почки; 2 — изменение направления длинной оси почки; 3 — смещение мочеточника; 4 — изгиб мочеточника; 5 — смещение чашечек; 6 — неровность контуров чашечек и лоханки; 7 — ампутация чашечки; 8 — удлиненная чашечка; 9 — расширение малых чашечек; 10 — перекрещивание чашечек; 11 — значительное смещение больших чашечек; 12 — очаги в виде серых пятен; 13 — “немые почечные поля”; 14 — изменение контура поясничной мышцы; 15 — очаги обызвествления.







Лечение рака почки

Хирургический метод лечения является самым эффективным и его пытаются применить даже при наличии регионарных и отдалённых метастазов, поскольку он существенно улучшает срок выживаемости больных. Делают следующие виды операций:

Радикальная нефрэктомия:

При радикальной нефрэктомии производят удаление единым блоком: почки с паранефральной жировой клетчаткой, фасцию Герота, надпочечник и регионарные лимфоузлы.

Расширенная нефрэктомия:

В расширенную нефрэктомию дополнительно включается удаление опухоли на соседних органах если она распространилась на них.

Резекция почки

Проводится при небольших опухолях не более 3 см в диаметре.

В качестве предоперационной подготовки возможно использование селективной химиоэмболизации. На конференции «Внутри- и внесосудистые интервенционные радиологические вмешательства в онкологии» 2010 г, была показана эффективность предоперационного применения в качестве эмболизата микросфер насыщенных доксирубицином. Масляная химиоэмболизация почек не показала эффективности как предоперационная подготовка.

Также в лечении рака печени применяется химиотерапия, как правило, доксорубицином. Часто в сочетании с гипертермией и гипергликемией.

Возможно применение иммунотерапии и лучевой терапии.

Спасибо за внимание!