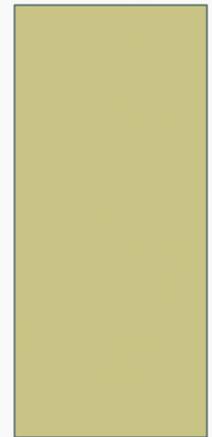


РАК ПОЧКИ

БГМУ
КАФЕДРА ОНКОЛОГИИ

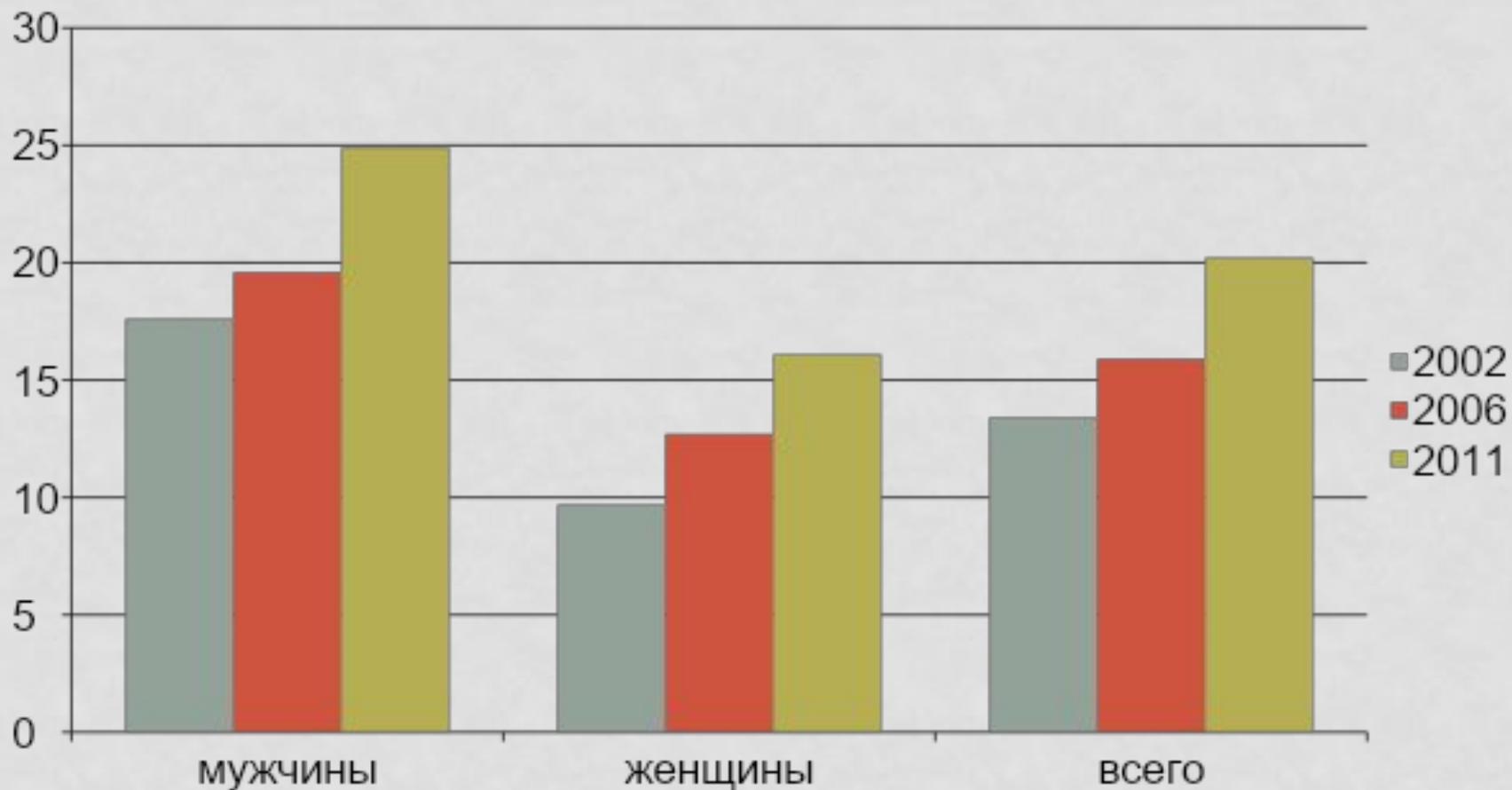
Е.Г.МОРОЗ, К.М.Н.



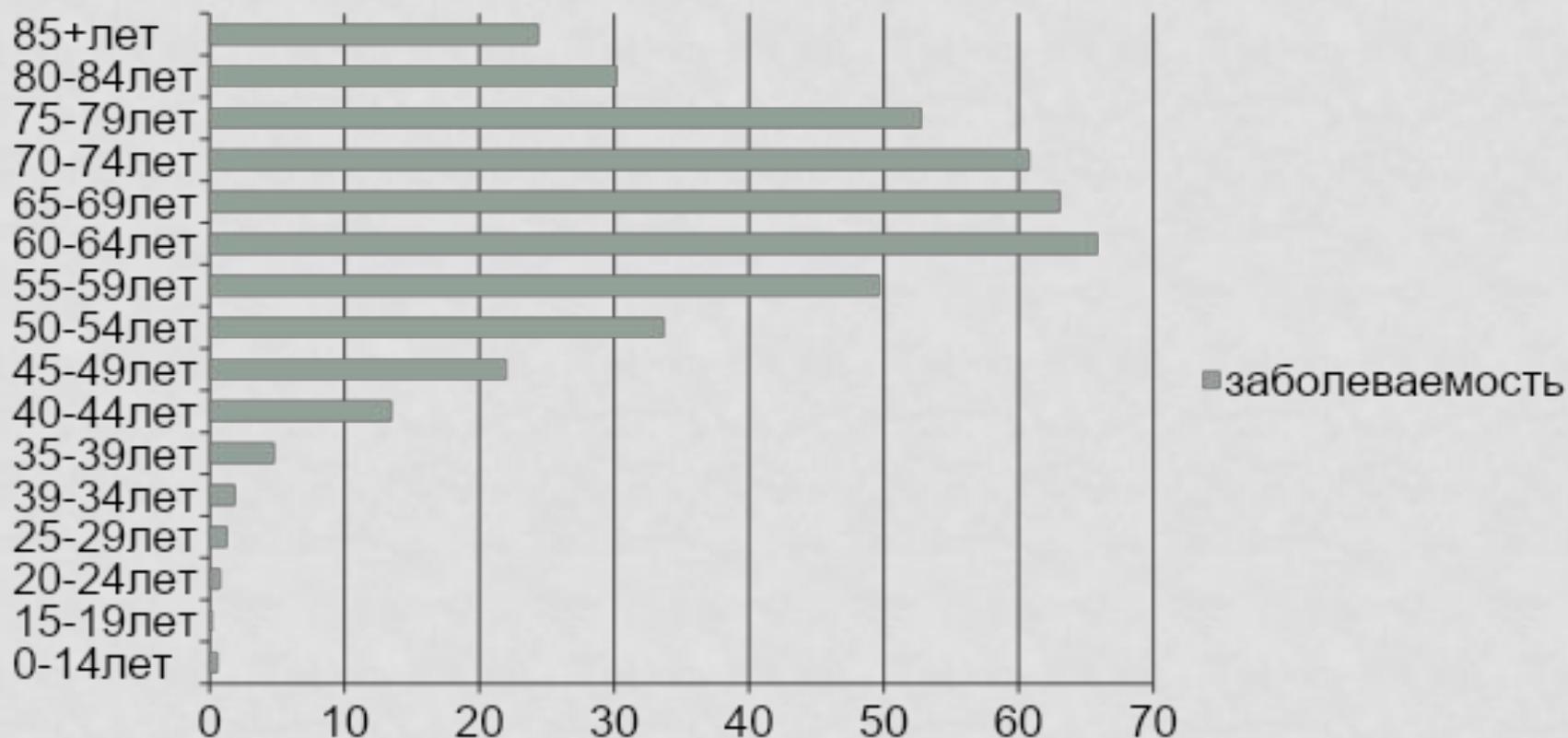
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

- Рак почки составляет 3% злокачественных новообразований у взрослых.
- В мире заболеваемость растет примерно на 2% в год.
- Мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.
- Большинство случаев приходится на возраст 30-70 лет.
- В США прирост рака почки у негров выше, чем у белых.

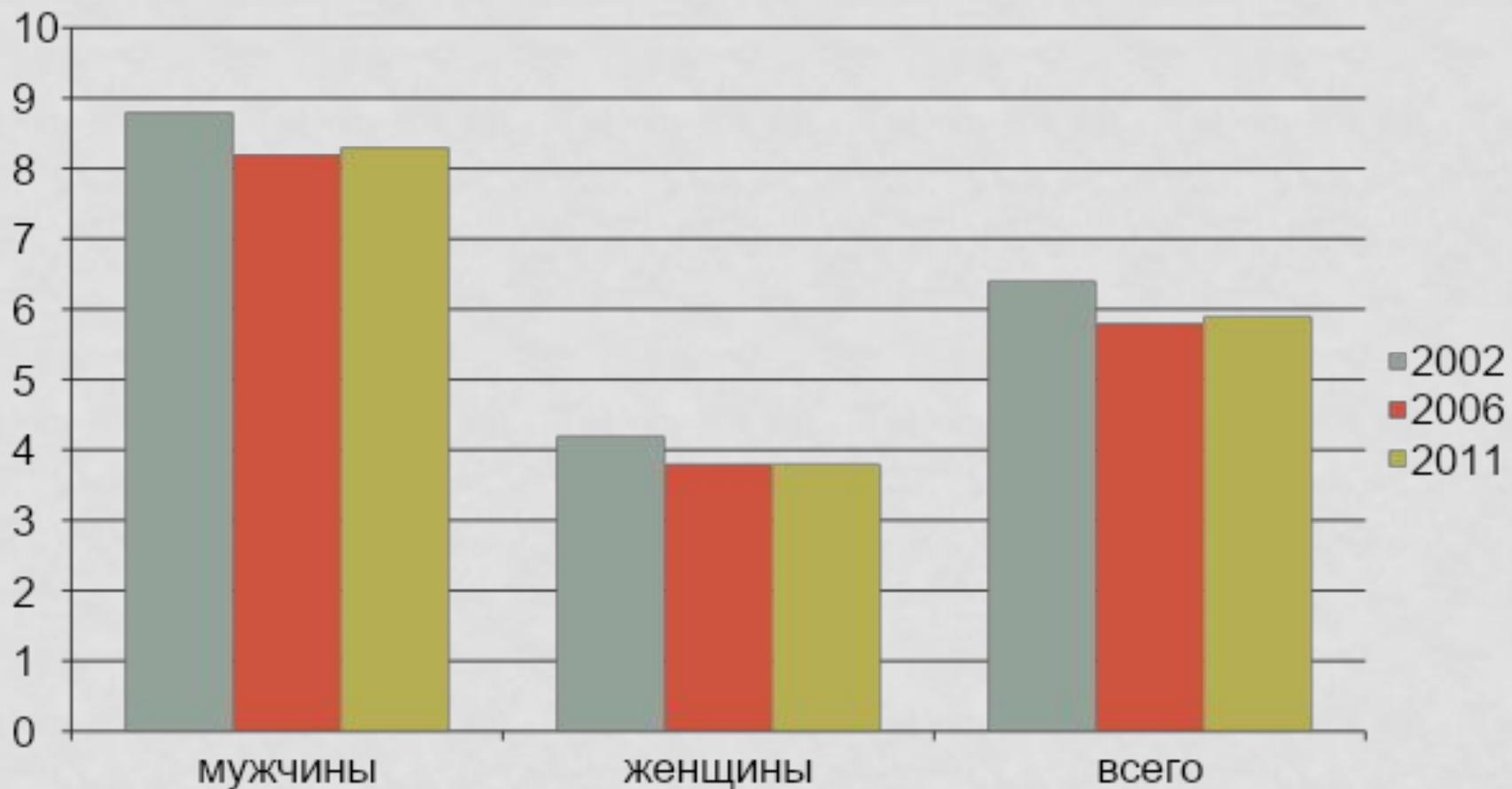
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РБ



ПОВОЗРАСТНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РБ



СМЕРТНОСТЬ В РБ



СМЕРТНОСТЬ В РБ

- Одногодичная летальность для всего населения была 19,4%, у мужчин – 22,2%, у женщин – 15,0%.
- Соотношение смертности и заболеваемости раком почки выглядело следующим образом: 0,34 – среди всего населения, 0,38 – у мужчин, 0,28 – у женщин.

ФАКТОРЫ РИСКА

- Курение – в 2,3 раза.
- Городской образ жизни.
- Рак почки у родственников.
- Наследственные синдромы:
 - ✓ болезнь Гиппеля-Линдау;
 - ✓ наследственный папиллярный рак почки;
 - ✓ синдром Берта-Хогг-Дюбе.
- Возможные факторы: поликистоз почек, сахарный диабет, хронический гемодиализ.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- светлоклеточный (типичный) рак почки (80-90%);
- папиллярный рак почки (10-15%);
- хромофобный рак почки (4-5%);
- рак типа эпителия собирательных канальцев (или протоков Беллини) (1%);
- неклассифицируемый рак почки.
- Среди папиллярного ПКР различают два подтипа опухолей с разным клиническим течением:
 - Тип I – высокодифференцированные опухоли с хромофильной цитоплазмой и благоприятным прогнозом.
 - Тип II – преимущественно низкодифференцированные опухоли с эозинофильной цитоплазмой и высоким риском развития метастазов.
- Гистологическая дифференцировка (по Fuhrman).
- GX – степень дифференцировки не может быть установлена.
- G1 – высокая степень дифференцировки.
- G2 – средняя степень дифференцировки.
- G3 – низкая степень дифференцировки.
- G4 – недифференцированный рак.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Уротелиальные опухоли:**

Инвазивная уротелиальная опухоль:

- ✓ с плоскоклеточной дифференцировкой
- ✓ с железистой дифференцировкой
- ✓ гнездный тип;
- ✓ микротубулярный тип;
- ✓ другие типы.

Неинвазивные уротелиальные опухоли:

- ✓ папиллома; инвертированная папиллома.
- ✓ папиллярная уротелиальная опухоль с низким злокачественным потенциалом
- ✓ папиллярная карцинома, low grade;
- ✓ папиллярная карцинома, high grade;
 - Плоскоклеточный рак
 - Аденокарцинома
 - Другие

КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Редкие опухоли:**
 - ✓ нефробластома (опухоль Вильмса);
 - ✓ лимфомы;
 - ✓ саркомы;
 - ✓ опухоль из юкстагломерулярных клеток (ретинома);
 - ✓ гемангиоперицитомы;
 - ✓ аденома;
- **Метастазы в почки** при раке легкого, яичников, толстой кишки, молочной железы.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

- Эритроцитоз.
- Гиперкальциемия.
- Лихорадка.
- Нарушение функции печени (синдром Штоффера).
- Артериальная гипертензия.
- Гиперглобулинемия.
- Амилоидоз.

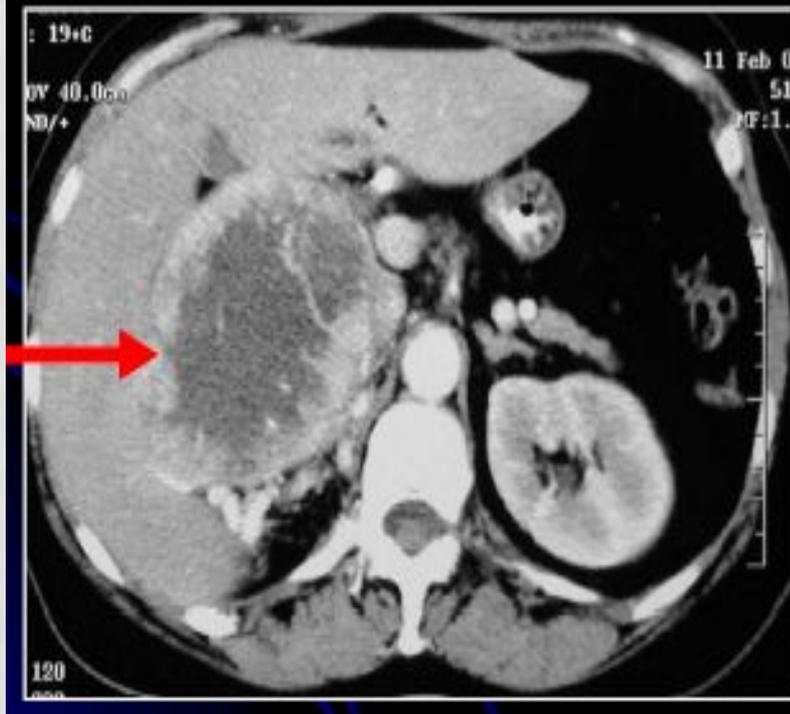
КЛИНИКА

- **Классическая триада:** боль, гематурия, объемное образование в боковых отделах живота (10%).
- Гематурия (40%).
- Изредка бывает сочетание гематурии с анемией и лихорадкой.
- Похудание (35%).
- Внезапное появление варикоцеле справа или слева.

ДИАГНОСТИКА

- Стандартные исследования.
- Рентгенография ОГК (большие округлые тени «пушечные ядра»).
- КТ.
- МРТ.
- Дуплексное УЗИ (опухолевый тромб).
- Сцинтиграфия костей.
- КТ головного мозга.
- Чрескожная пункция (крайне редко).
- Открытая биопсия или нефрэктомия.

КТ с контрастированием



МРТ

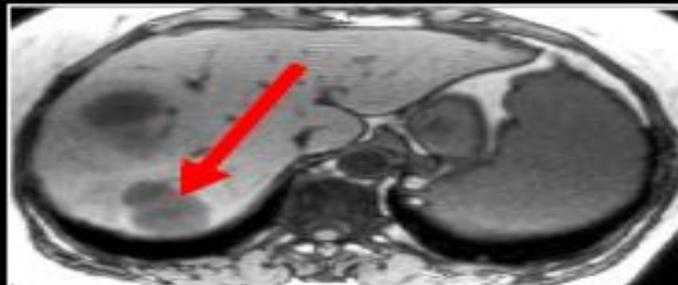
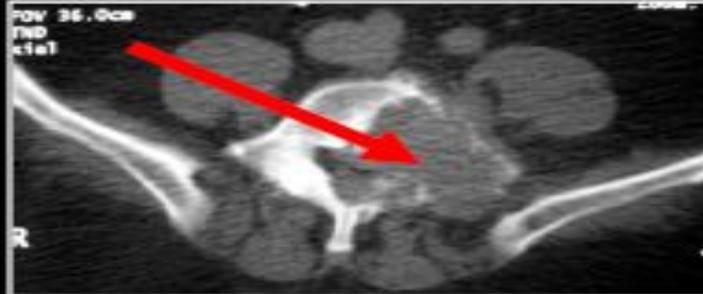
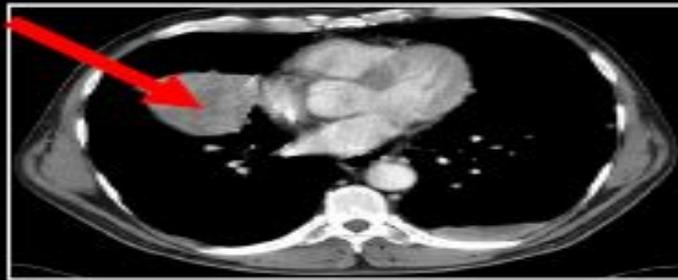
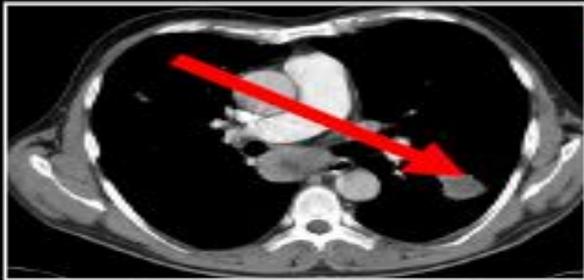


КТ с контрастированием



MPT





ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- Стадия.
- Размер опухоли >10 см.
- Опухолевый тромб.
- Степень дифференцировки в зависимости от опухоли.
- Пloidность опухолевых клеток.
- Безрецидивный период.
- Номограмма.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение локализованного ПКР
- 300.1.1. Радикальная нефрэктомия
- Стандартом лечения локализованного ПКР является радикальная или расширенная нефрэктомия. Радикальная нефрэктомия подразумевает удаление единым блоком почки с окружающей жировой клетчаткой, фасцией Герота, надпочечником и регионарными лимфоузлами. При расширенной нефрэктомии дополнительно выполняется резекция окружающих органов в случае распространения на них опухоли.

ЛЕЧЕНИЕ

- При распространении опухолевого тромба в просвет почечной или нижней полой вены выполняется удаление тромба. В случае распространения опухолевого тромба в просвет НПВ вена пережимается выше и ниже тромба, а также противоположная почечная, с последующим его извлечением после рассечения вены над тромбом. При прорастании сосудистой стенки опухолью производится резекция данного участка НПВ на всю толщину сосудистой стенки.
- В случае распространения опухоли на окружающие органы и ткани производятся комбинированные операции с резекцией пораженных органов и тканей с интраоперационным исследованием краев отсечения

ЛЕЧЕНИЕ

- Лапароскопическая нефрэктомия.
- Может выполняться при локализованных опухолях почки (T1-2N0) в центрах, обладающих соответствующим оборудованием и опытом при обязательном соблюдении принципов открытой хирургии

ЛЕЧЕНИЕ

- Резекция почки при ПКР.

Абсолютными показаниями для резекции почки являются:

- ✓ отсутствие контралатеральной почки;
- ✓ рак обеих почек;
- ✓ почечная недостаточность, связанная с нарушением функции контралатеральной почки.
- ✓ Относительные показания к резекции почки:
- ✓ Заболевание контралатеральной почки, могущее привести к нарушению почечной функции в будущем
- ✓ Наследственные формы рака почки

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ



ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ



Нефрэктомия



Перфузия почки



Охлаждение почки



Резекция ex sigra



Макропрепараты



Аутотрансплантат

ЛЕЧЕНИЕ

- У первичных больных ПКР с резектабельными отдаленными метастазами и удовлетворительным общим состоянием показана радикальная или расширенная нефрэктомия с удалением метастазов, поскольку полное удаление метастатических опухолей улучшает прогноз.
- У больных ПКР с множественными и/или нерезектабельными отдаленными метастазами, удовлетворительным общим состоянием и низким риском оперативного вмешательства показано проведение комплексной терапии с циторедуктивной нефрэктомией на первом этапе и последующей системной терапией.
- В лечении распространенного ПКР при возможности могут применяться препараты таргетной терапии (сунитиниб, бевацизумаб с интерфероном-альфа, сорафениб).