

Рак почки

Рак почки

- Занимает 10 место по уровню заболеваемости среди новообразований
- По уровню прироста уступает только раку простаты
- Мужчины болеют чаще (примерно в 2 раза)
- Преимущественный возраст выявления приходится на 70 лет
- У 30% больных при выявлении опухоли почки обнаруживают метастазы.
- Среди опухолей почки доброкачественные обнаруживаются редко

Этиология неизвестна.

Факторы риска:

- Влияние : наследственности, травмы, хронического воспалительного процесса, аномалий
- Воздействие химических раздражителей (углеводороды, нитрозамины, ароматические амины)
- Лучевая энергия
- Радиоактивные вещества
- Гормональная теория
- Табакокурение
- Ожирение
- АГ
- Использование диуретических препаратов
- Сахарный диабет

Опухоли почки:

1. Опухоли почечной паренхимы.

1.1 Доброкачественные опухоли: аденома, липома, фиброма, миома, ангиома и гемангиома, лимфангиома, миксома, дермоид.

1.2 Злокачественные опухоли: почечно-клеточный рак, фибро-, мио-, липо-., ангиосаркома, смешанная опухоль Вильмса.

1.3 Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль почки.

2. Опухоли почечной лоханки.

2.1 Доброкачественные опухоли: папиллома, ангиома лейомиома

2.2 Злокачественные опухоли: переходно-клеточный рак, плоскоклеточный рак, слизисто-железистый рак, саркома.

Гистологическое строение:

- Светлоклеточный тип 60 – 85%
- Хромофильный 7 -14%
- Хромофобный 4 – 10%
- Онкоцитарный 2 – 5%
- Протоковый 1 – 2%

Классификация рака почки:

T – первичная опухоль

*Tx – первичная опухоль не может быть оценена

*T0 – нет признаков первичной опухоли

*T1 – опухоль ≤ 7 см, ограниченная почкой

*T1a – опухоль ≤ 4 см

*T1б – опухоль > 4 см, но < 7 см

*T2 – опухоль > 7 см, ограниченная почкой

*T3 – опухоль распространяется в крупные вены или за пределы капсулы почки, но находится в пределах фасции Герота

*T3a – опухоль распространяется на надпочечник или паранефральную клетчатку, но находится в пределах фасции Герота

*T3б – опухоль распространяется в почечную вену(вены) или в полую вену ниже диафрагмы

*T3с – опухоль распространяется в полую вену выше диафрагмы

*T4 – опухоль распространяется за пределы фасции Герота

Классификация рака почки:

N – регионарные лимфатические узлы

- Nx – невозможно выявить наличие увеличенных л.у.
- N0 – при обследовании нет изменений регионарных л.у.
- N1 – метастаз в одном л.у.
- N2 – метастазы более чем в одном л.у.

Классификация рака почки:

М – отдаленные метастазы

- Mx – о.м. не могут быть оценены
- M0 – о.м. не определяются
- M1 – имеются о.м.
- M1a – одиночный метастаз
- M1b – множественные метастазы

Классификация рака почки:

P – гистологические категории, определяемые после операции

- **P1** – опухоль, инфильтрирующая только паренхиму почки
- **P2** – опухоль выходит за пределы почки, но не инфильтрирует интратрениальные или экстрарениальные вены и лимфатические сосуды
- **P3** – опухоль инфильтрирует интратрениальные или экстрарениальные вены и лимфатические сосуды

Группировка по стадиям

Стадия	T	N	M
I	1a-1b	0	0
II	2	0	0
III	1a-3c	1	0
	3a-3c	0-1	0
IV	4		
		2	
			1

Метастазирование

- Легкие 32%
- Кости 25%
- л/у 20%
- Печень 7,5%
- Инвазия
венозных
сосудов 10%

Клиника:

- Боль
- Макрогематурия
- Пальпируемая опухоль

Классическая триада - встречается редко

Клиника:

- Общие (паранеопластические) симптомы
 - следствие метаболических процессов в опухолевой ткани, интоксикации организма, эктопической гормональной активности опухоли
 - АГ
 - эритроцитоз
 - гипертермия
 - развитие печеночной недостаточности
 - потеря аппетита, похудание, слабость
- Местные симптомы
 - Гематурия
 - Боль
 - Прощупываемая опухоль
 - Признаки обструкции в системе нижней полой вены
- Признаки, которыми проявляются метастазы

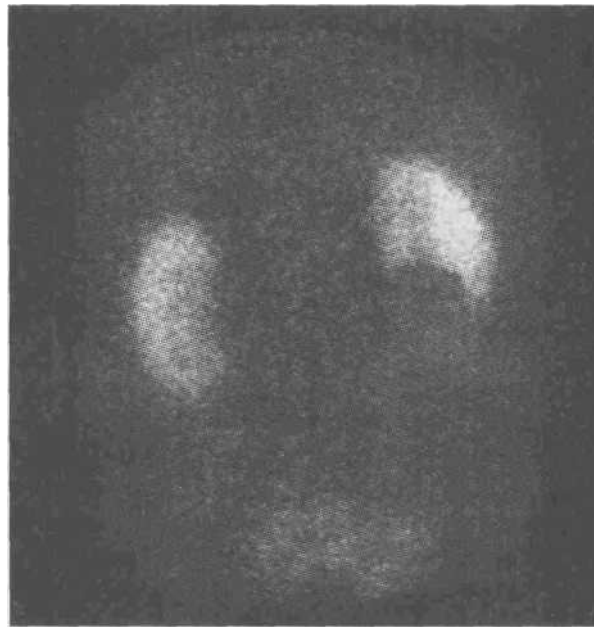
Диагностика:

- Характерные жалобы
- Данные анамнеза
- Объективная картина
- Лабораторная диагностика
- Ультразвуковое сканирование
- Рентгенодиагностика
- Радиоизотопная диагностика
- Компьютерная томография
- Магнитно-резонансная томография

Ультразвуковая сканограмма. Опухоль почки с распадом



радиоизотопная
нефросцинтиграмма. Дефект
накопления препарата.



Экскреторная урография. Опухоль почки. Деформация чашечек



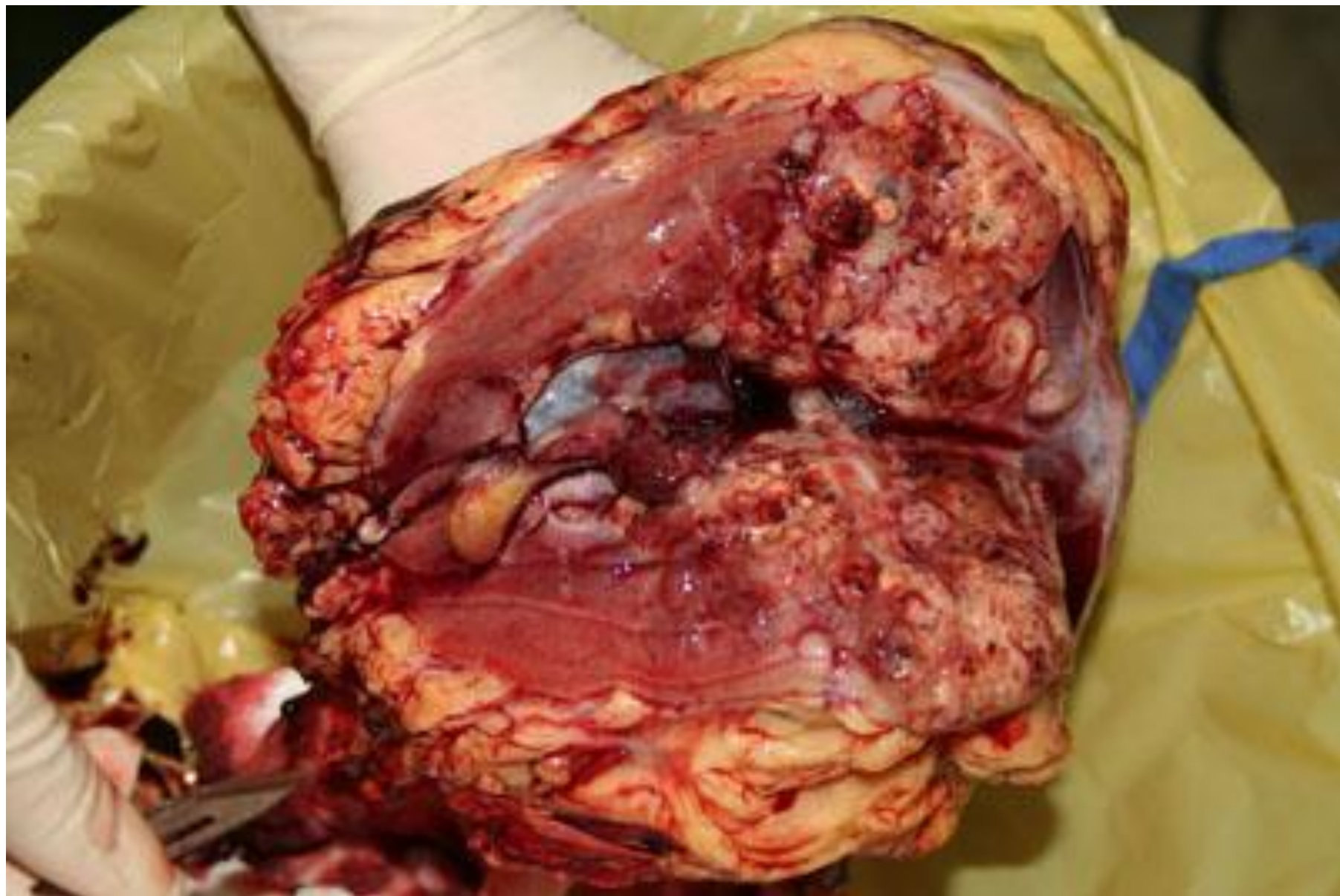
Лечение

Радикальная нефрэктомия – основной метод лечения рака почки

- Локализованный процесс (T1-2 N0 M0)
- Местно-распространенный процесс (T3-4 N0-1 M0
- Опухолевая инвазия почечной и нижней полой вен
- Паллиативная нефрэктомия – больным диссеминированным раком почки

Лимфаденэктомия – удаление всей жировой клетчатки с лимфатическими узлами, окружающей магистральные сосуды, от уровня ножек диафрагмы до бифуркации аорты и нижней поллой вены.

Лимфаденэктомию не выполняют у больных с опухолью размером менее 4 см.



Резекция почки:

- Абсолютные показания:

- * опухоль единственной почки
- * опухоли в обеих почках
- * выраженная почечная недостаточность (креатинин > 250 мкмоль/л)

- Относительные показания:

- * ХПН (креатинин 150-250 мкмоль/л)
- * адекватная функция почек при наличии других урологических заболеваний

Осложнения после резекции почек:

- Кровотечение 2%
- Формирование мочевого свища 17%
- ОПН 13% (после резекции единственной почки)
- Инфекционные осложнения 3%

Малоинвазивные методы лечения:

- Криоабляция
- Радиочастотная абляция

Консервативные методы лечения:

- Химиотерапия
- Иммунотерапия
- Лучевая терапия
- Симптоматическое лечение

Диспансерное наблюдение:

Риск	Методы лечения	График наблюдения						
		ч/з 6 мес.	ч/з 1 год	ч/з 2 года	ч/з 3 года	ч/з 4 года	ч/з 5 лет	После 5 лет
Низкий	нэ/рп	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	Снятие с учета
средний	нэ/рп/крио/ра	КТ	РГК и УЗИ	КТ	РГК и УЗИ	РГК и УЗИ	КТ	Ежегодные РГК и УЗИ
высокий	нэ/рп/крио/ра	КТ	КТ	КТ	КТ	КТ	КТ	РГК/УЗИ Поочередно каждый год