

Д.А. Корнейчик, Е.В. Старовойтова
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. З.Н. Брагина
Кафедра патологической анатомии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.A. Korneichik, E.V. Starovoitova
**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF RENAL CELL CARCINOMA**

Tutor: associate professor Z.N. Bragina
Department of Pathological Anatomy
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Почечно-клеточный рак – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток почечных канальцев. Целью исследования являлось установить локализацию, возраст пациентов, а также макро- и микроскопические формы почечно-клеточного рака. Изучая 29 карт биопсийного исследования, было обнаружено, что больше болеют мужчины, чаще встречается светлоклеточный рак и в основном в правой почке.

Ключевые слова: рак почки, почечно-клеточный рак.

Resume. Renal cell carcinoma is a malignant neoplasm that develops from the cells of the renal tubules. The aim of the study was to determine the localization, age of patients, as well as macro- and microscopic forms of renal cell carcinoma. Studying 29 biopsy study cards, it was found that men are more ill, light cell cancer is more common and mainly in the right kidney.

Keywords: kidney cancer, renal cell carcinoma.

Актуальность. Почечно-клеточный рак (ПКР) – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток почечных канальцев. Он составляет 4% от всех злокачественных новообразований. Рак почки встречается преимущественно у пациентов пожилого возраста, с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин.

Выделяют следующие гистологические варианты почечно-клеточного рака: светлоклеточная карцинома, папиллярная (хромофильная) карцинома, хромофобная карцинома, онкоцитома и карцинома из собирательных трубочек (Беллини). Наиболее часто встречается светлоклеточный вариант рака. [1]

Клинически рак почки классифицируется, как и все другие злокачественные образования, по системе TNM:

Компонент T:

- T_x — невозможно оценить первичную опухоль;
- T₀ — данных о первичной опухоли нет;
- T₁ — первичная опухоль не более 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой:
 - 1) T_{1a} — опухоль до 4 см в диаметре;
 - 2) T_{1b} — опухоль 4—7 см в диаметре;
- T₂ — опухоль более 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой;

• T₃ — опухоль распространяется на крупные вены, или в надпочечник либо окружающие ткани, но при этом не выходит за пределы фасции Герота:

• 1) T_{3a} — опухоль прорастает надпочечник или паранефральную клетчатку в пределах фасции Герота;

• 2) T_{3b} — опухоль распространяется на почечную вену или нижнюю полую вену ниже диафрагмы;

• 3) T_{3c} — опухоль распространяется на нижнюю полую вену выше диафрагмы или прорастает в её стенку;

• T₄ — опухоль распространяется за пределы фасции Герота.

Компонент N:

• N_x — невозможно оценить регионарные лимфатические узлы;

• N₀ — метастазов в регионарных лимфатических узлах нет;

• N₁ — метастаз в одном регионарном лимфоузле;

• N₂ — метастазы более чем в одном регионарном лимфоузле.

Компонент M:

• M_x — невозможно оценить отдалённые метастазы;

• M₀ — отдалённых метастазов нет;

• M₁ — отдалённые метастазы есть.

Кроме классификации TNM, существует также классификация Робсона:

• Стадия I. Опухоль ограничена почкой и не проникает через её капсулу.

• Стадия II. Опухоль проникает через капсулу почки.

• Стадия III. Опухоль проникает в лимфоузлы или переходит на почечную вену или нижнюю полую вену.

• Стадия IV. Опухоль переходит на соседние с почкой органы, либо имеют место отдалённые метастазы.

Рост опухоли в почечную вену обнаруживается у 40% больных без метастазов. Инвазия в лоханку и мочеточник встречается редко. В моче опухолевые клетки обнаруживаются менее чем у 7% ПКР.

Для ПКР гематогенная диссеминация опухолевых клеток является основным путём развития отдалённых метастазов. Раковые эмболы через почечную вену могут распространяться по нижней полой вене через сердце и лёгкие, через паравerteбральные вены в различные органы по ходу осевого скелета и сам осевой скелет к тазовым венам. При лимфогенном метастазировании в первую очередь поражаются регионарные лимфатические узлы, особенно вблизи почечного синуса, так же раковые клетки, переносимые лимфой, могут собираться в грудном лимфатическом протоке и через систему верхней полой вены попадать в правую половину сердца и систему легочной циркуляции.

Чаще всего метастазы локализуются в лёгких. У 20-35% первично выявленных больных ПКР уже имеются отдалённые метастазы. [1]

К основным факторам риска относят: возраст и половую принадлежность. Мужчины болеют в 2,5 раза чаще, риск развития рака достигает максимума к 70 годам. Другими факторами риска могут быть: курение, ожирение, артериальная гипертензия, приём некоторых лекарственных препаратов, хроническая почечная недостаточность; особенности питания; постоянный контакт с различными

канцерогенными веществами. Так же Генетические исследования у больных ПКР продемонстрировали возможность транслокации хромосом 3 и 11. Определенное значение в развитии рака почки имеют наследственные факторы, причем наследуется не само новообразование, а предрасположенность к нему. [4]

В мировой статистике рак почки занимает 2% от всех злокачественных новообразований. Почечно-клеточный рак составляет около 90% всех злокачественных новообразований почки. В 2008 году в мире диагностировано около 271 тыс. новых случаев ПКР, что соответствует 13 месту в общей структуре онкозаболеваемости. [3] Ежегодно в мире выявляется около 190000 новых случаев почечно-клеточного рака. В Республике Беларусь за 2010 год было диагностировано 1833 новых случаев ПКР. За последние годы заболеваемость раком почки растёт (по данным РНПЦ онкологии и медицинской радиологии).[2]

Цель: определить клиничко- морфологические особенности почечно-клеточного рака.

Задачи:

1. Установить локализацию почечно-клеточного рака
2. Определить средний возраст пациентов
3. Выявить макро- и микроскопические формы рака почки

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение 29 случаев биопсийного материала и гистологических препаратов пациентов в возрасте от 20 до 78 лет с диагнозом почечно-клеточный за 2019-2020 годы в онкологическом отделении МГКПАБ. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином. Использовались морфологический, статистический и аналитический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой группе было 29 пациентов, из них 17(58,6%) мужчин в возрасте от 43 до 69 (средний возраст 57,2) и 12(41,4%) женщин в возрасте от 20 до 78 (средний возраст 59,9). Почечно-клеточный рак чаще встречался в правой почке 18(62%) случаев, реже в левой 10(34,5%) и 1(3,5%) локализовался в обеих почках. Размеры новообразований варьировались от 1,6 до 12 см, средний составил 5 см. При гистологическом исследовании диагностированы следующие формы:

Светлоклеточная карцинома была диагностирована в 26 (89,7%) случаях: гистологически диагностированы светлые, зернистые или обоих типов клетки. Светлые клетки округлой или полигональной формы, в их цитоплазме содержится большое количество липидов (холестерин и его эфиры, фосфолипиды) и гликогена (рис.1). Также при этом подтипе могут преобладать и зернистые клетки с эозинофильной цитоплазмой и множеством митохондрий, что чаще встречается при низкодифференцированных опухолях [2];

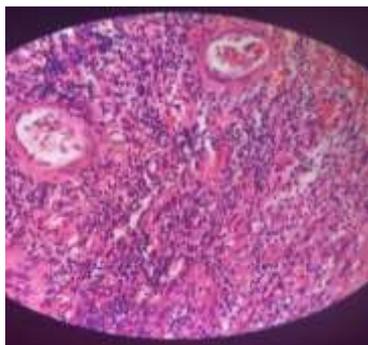


Рис. 1– Микропрепарат светлоклеточной карциномы (окраска гематоксилин эозином, увеличение x100)

Хромофобная карцинома была обнаружена в 2(6,9%) случаях: гистологически диагностированы клетки с относительно прозрачной пенистой цитоплазмой с тонкой ретикулярной сетью (напоминает клетку растительного происхождения), отличительным признаком является наличие просветления вокруг ядра. Клетки формируют солидные, трабекулярные и альвеолярные структуры (рис.2);

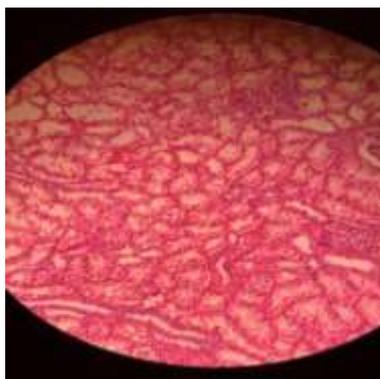


Рис. 2 – Микропрепарат хромофобной карциномы (окраска гематоксилин эозином, увеличение x100)

Папиллярная карцинома была выявлена в 1(3,4%) случае: гистологический диагностированы базофильные клетки, которые организованны в папиллярные структуры. Фиброваскулярная строма содержит пенистые макрофаги, кальцификаты и гранулы гемосидерина. (рис.3)



Рис. 3 – Микропрепарат папиллярной карциномы (окраска гематоксилин эозином, увеличение x100)

Выводы:

1. Почечно-клеточный рак чаще встречается у пациентов мужского пола – 17(58,6%) случаев.

2. Соотношение случаев выявления рака почек у пациентов мужского и женского пола 1:0,7.

3. В большей степени ПКР локализуется в правой почке – 18(62%) случаев. Реже в левой 10(34,5%) и 1(3,5%) случай локализации в обеих почках

4. Наиболее часто встречающимся гистологическим вариантом почечно-клеточного рака является светлоклеточная карцинома – 26(89,7%) случаев. Также было выявлено 2(6,9%) случая хромофобного варианта и 1(3,4%) случай папиллярного.

Литература

1. Мавричев А.С. Почечно-клеточный рак/ А.С. Мавричев [и др.] – Минск: Белорусский центр науч. Мед. Информации, 1996 – С. 33-39

2. Дубровский А.Ч., Климова С.М., Суконко О.Г. Морфологическая классификация эпителиальных опухолей паренхимы почки / А. Ч. Дубровский [и др.] // Онкологический журнал. – 2010. – Т. 4, № 2(14). – С. 68-75.

3. Зуков Р.А. Эпидемиологические особенности и факторы риска почечно-клеточного рака /Р.А. Зуков// Сибирское медицинское обозрение. –2013. – №5. – С.15-19.

4. Аляев, Ю. Г., Шпоть Е.В. Рак почки: прошлое, настоящее и будущее / Ю. Г. Аляев [и др.]// Фарматека. – 2010. – № 18-19(212). – С. 14-19.