

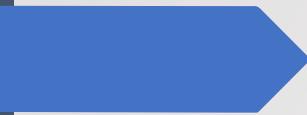
**ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр
им. Г.Е. Островерхова»**

**Диагностика и оперативное лечение злокачественных
новообразований почек**



Докладчики:

Врач – онколог отделения онкоурологии Антонов А.А
Главный врач: д.м.н. Станоевич У.

- 
- ▶ Рак почки в России занимает 9-е место по заболеваемости среди злокачественных новообразований.

(Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. Под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Москва 2023 г.)

- 
- ▶ Клиническая картина рака почки складывается из проявлений первичной опухоли, метастазов.
 - ▶ На ранних стадиях рак паренхимы почки, как правило, **не вызывает жалоб.**

- 
- ▶ КТ – стандарт диагностики рака почки. КТ позволяет оценить локализацию, размеры, количество опухолей почки, их синтопию с внутрипочечными структурами и окружающими органами. **оценить состояние зон регионарных лимфоузлов и органов брюшной полости.**
 - ▶ При выявлении противопоказаний к КТ с в/в контрастированием допускается заменить на МРТ (с в/в контрастированием)

- Все выявленные в рамках КТ и МРТ кистозные образования почек необходимо распределять по классификации **Bosniak**

Категория по Босниаку	Особенности	Результат исследования
I	Тонкая (толщина менее 2 мм) стенка, в структуре отсутствуют септы или солидный компонент, отсутствуют кальцинаты. Плотность/сигнальные характеристики содержимого соответствуют серозной жидкости (воде), отсутствует накопление контрастного вещества	Простая доброкачественная киста
II	Киста четко очерченная, тонкая (толщина менее 2 мм) стенка, одиночные тонкие (толщиной менее 1 мм) септы, волосяной (неизмеримой) толщины или точечные кальцинаты в стенке или септах. Видимое, но неизмеримое накопление контрастного вещества стенкой или септами не накапливающие контрастное вещество кисты с содержимым несерозного характера размером менее 3 см, плотность/сигнальные характеристики соответствуют белковому/геморрагическому содержимому	Доброкачественная, минимально осложненная киста
IIF	Киста четко очерченная, множественные тонкие (толщиной менее 1 мм) септы или минимально утолщенные стенка или септы, нодулярные, линейные измеримой толщины кальцинаты в стенке или септах. Интраrenalально расположенные не накапливающие контрастное вещество кисты с содержимым несерозного характера размером более 3 см, плотность/сигнальные характеристики соответствуют белковому/геморрагическому содержимому. Видимое, но неизмеримое накопление контрастного вещества стенкой или септами	Минимально осложненная киста
III	Утолщенные ровные или неровные стенка и септы, накапливающие контрастное вещество (измеримое накопление контрастного вещества)	Киста неопределенного характера
IV	Утолщенные ровные или неровные стенка и септы, солидный компонент, прилежащий к стенке и септам, накапливающие контрастное вещество (измеримое накопление контрастного вещества)	Киста определенно злокачественного характера

- 
- Пациентам с подтвержденным диагнозом ПКР стадии \geq cT1b и/или cN1 и/или имеющих общие симптомы заболевания, **рекомендуется** проведение КТ органов грудной клетки.
 - *ПЭТ/КТ в настоящее время не является стандартным методом исследования у пациентов с ПКР.*

- 
- ▶ Наиболее эффективным методом лечения почечно – клеточного рака остается **хирургический**.

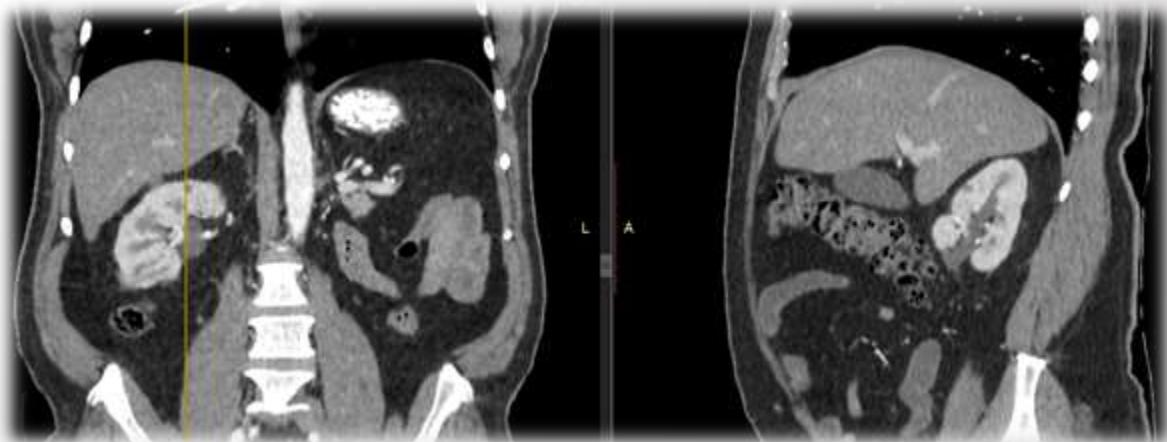
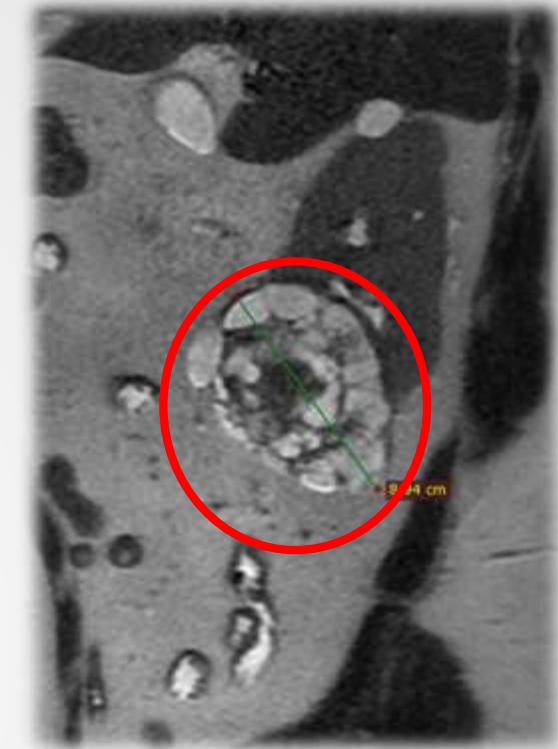
1-й Клинический случай.

Пациент 58 лет. В анамнезе нефрорадикальнаяэктомия слева по поводу почечно – клеточного рака.

При контрольном обследовании по данным КТ ОБП с в/в усилением: объемное образование единственной правой почки **65*82*91 мм.**

08.06.2020 г. в КОНКЦ им. Г.Е. Островерхова выполнена лапаротомия. резекция единственной правой почки **R.E.N.A.L. 8.** Время ишемии 8 мин.

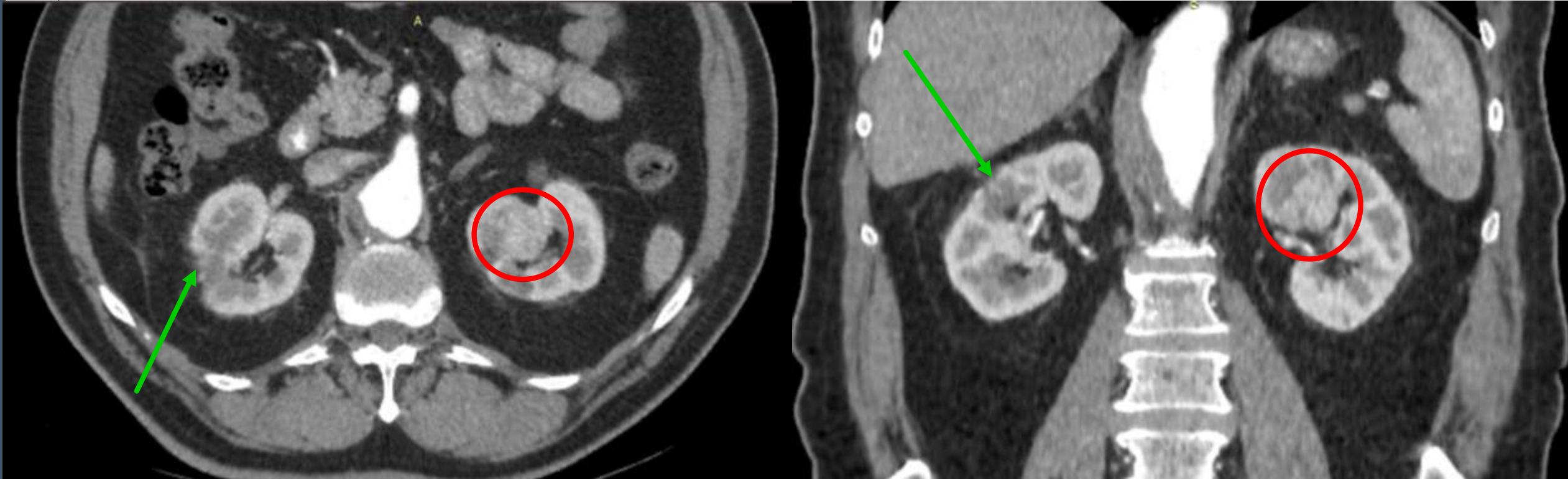
Кровопотеря 300 мл, время операции 120 минут



Контроль КТ через 1,5 года – данных за рецидив и прогрессирование нет.

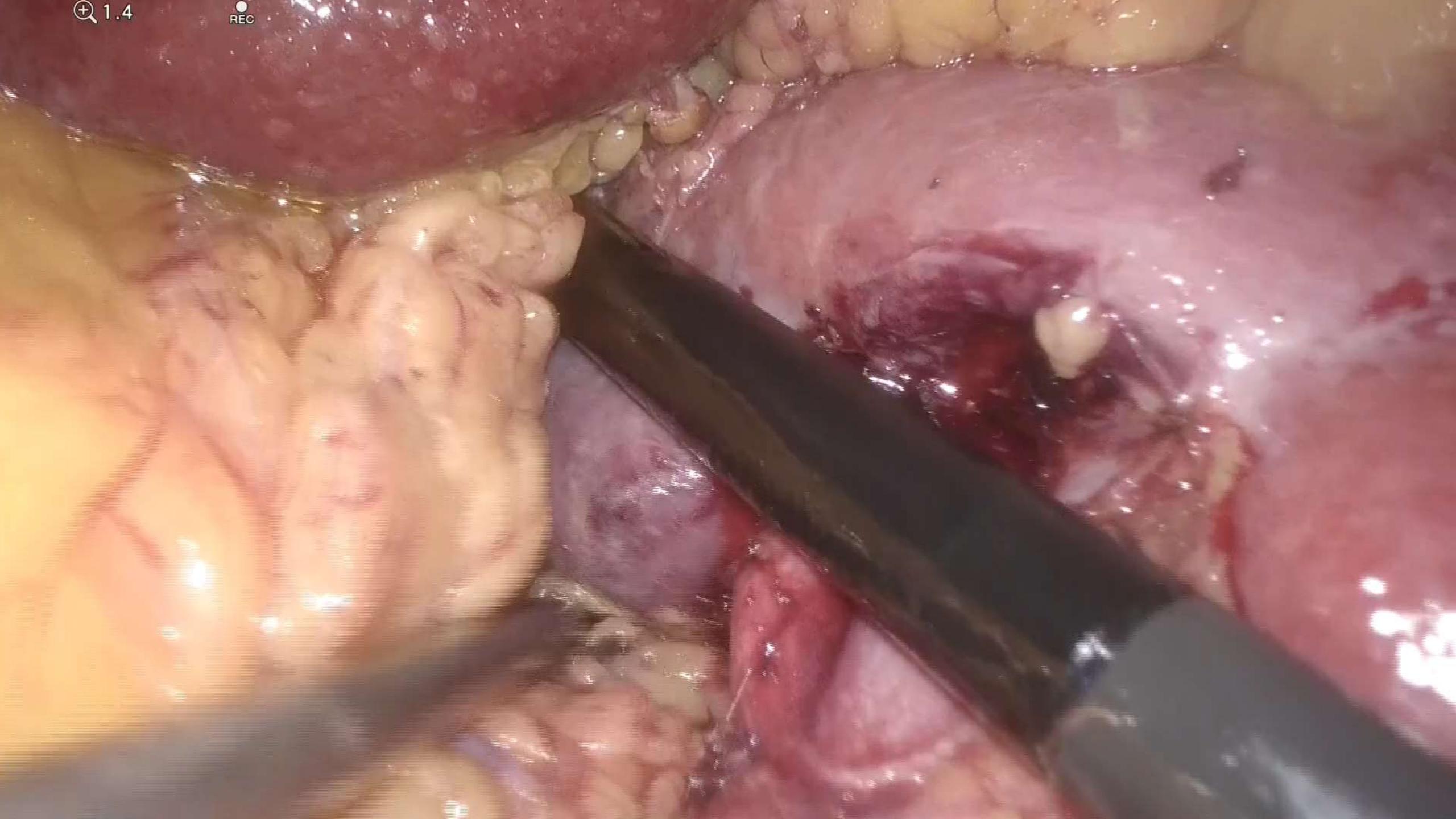
2-й клинический случай

Пациент Н., 63 года. КТ ОБП от 04.04.2022 г. – объемное образование правой почки 17x21 мм, левой почки 33,7*35,5 мм. 1 этап – лапароскопическая резекция правой почки (без ишемии). На снимках КТ через 1 месяц после операции (стрелкой указана зона резекции). Опухоль левой почки располагалась в почечном синусе, интрапаренхиматозно

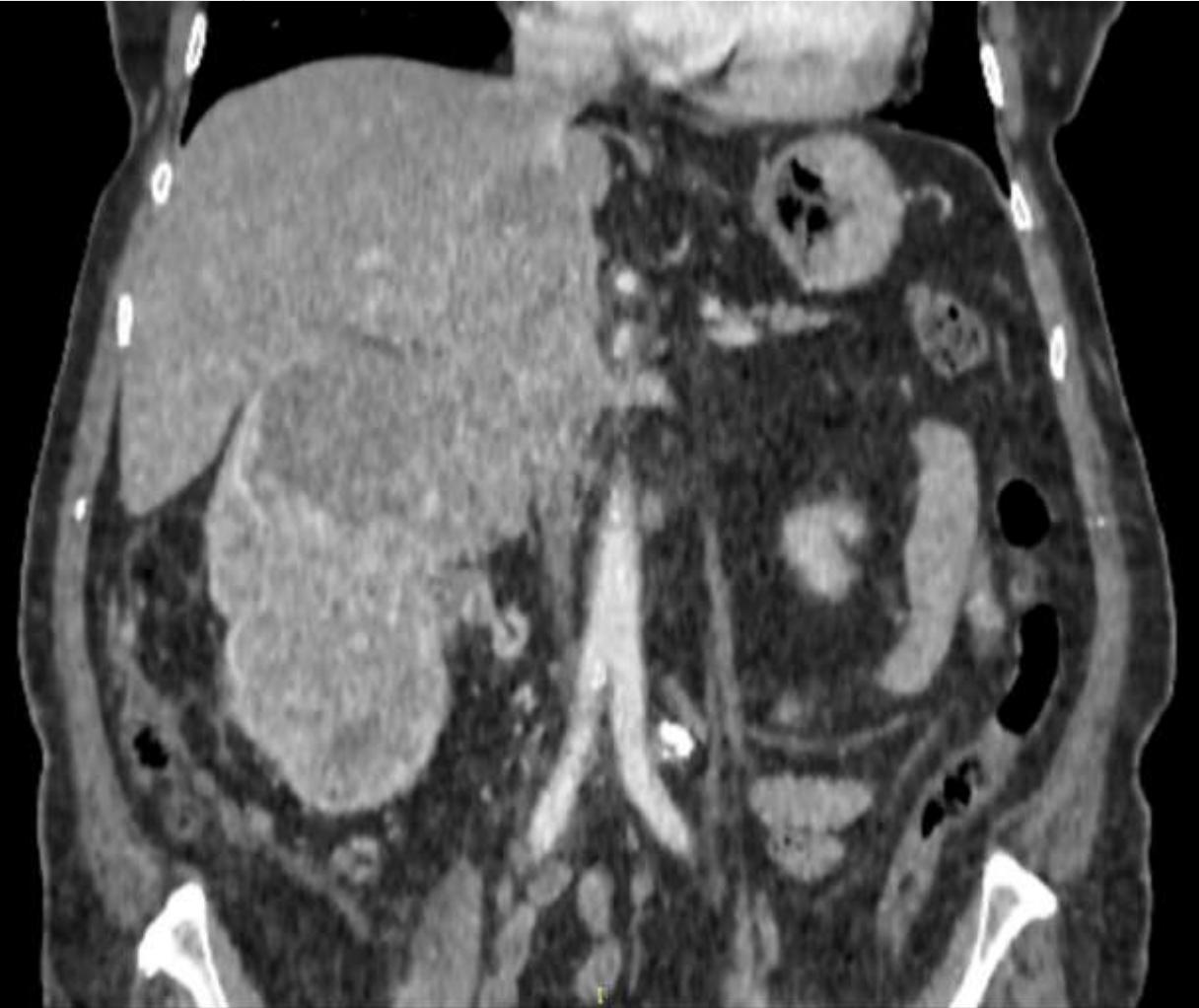


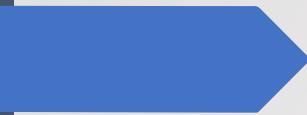
1.4

REC



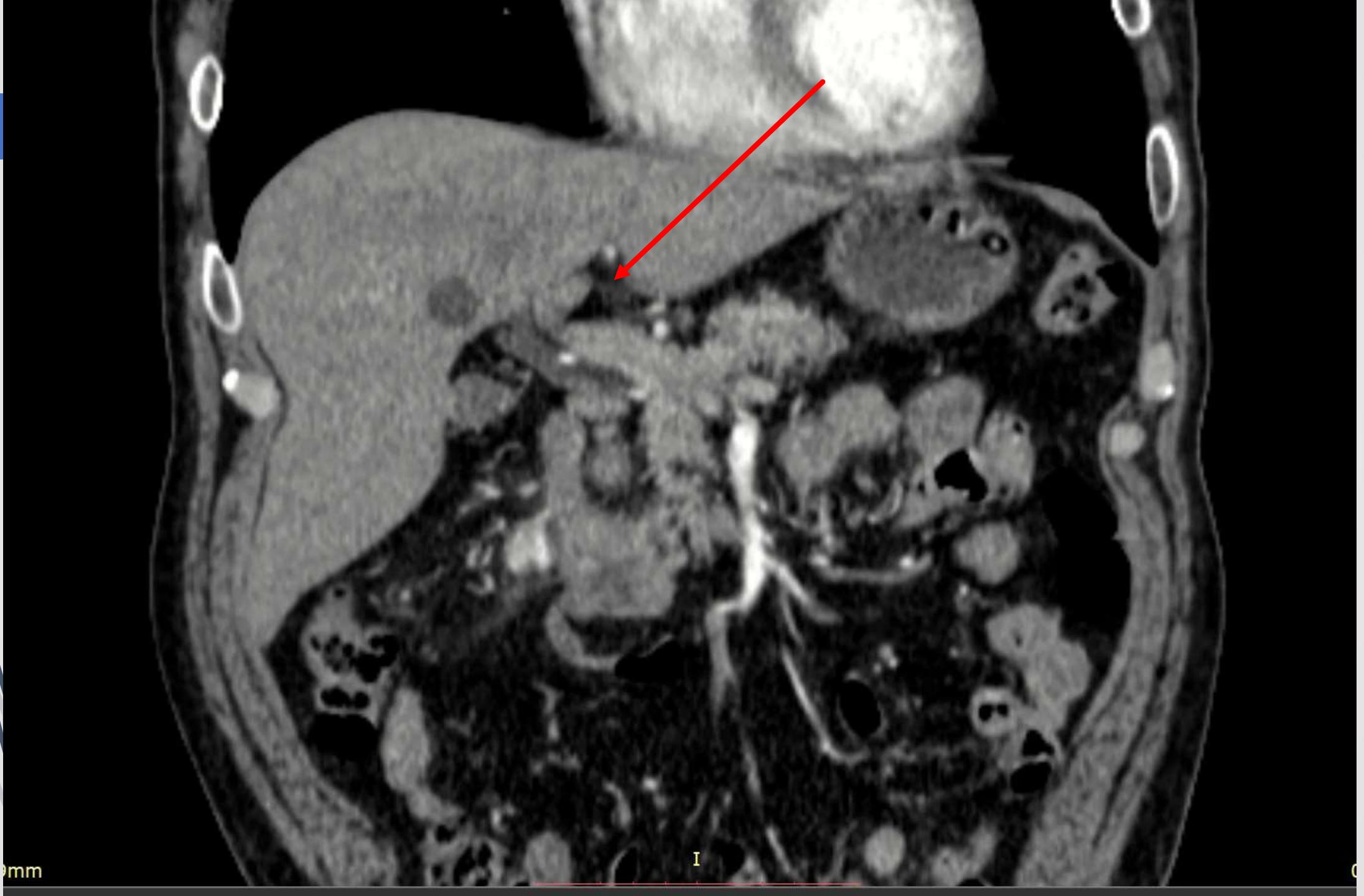
Внутрисосудистый рост опухоли по ходу ПВ в нижнюю полую вену (НПВ) встречается у 4-10% больных ПКР.





3-й клинический случай

КТ ОБП с в/в усилением: в среднем и нижнем сегменте правой почки с распространением в синус узловое неоднородное образование 41*55*66 мм неравномерно накапливающее контраст, с распространением в просвет почечной вены с ее расширением и полным перекрытием просвета, с распространением в просвет НПВ с перекрытием ее просвета до 90% на протяжении до 79 мм от уровня на 30 мм ниже впадения печеночных вен до уровня на 15 мм ниже впадения почечных вен.



0mm

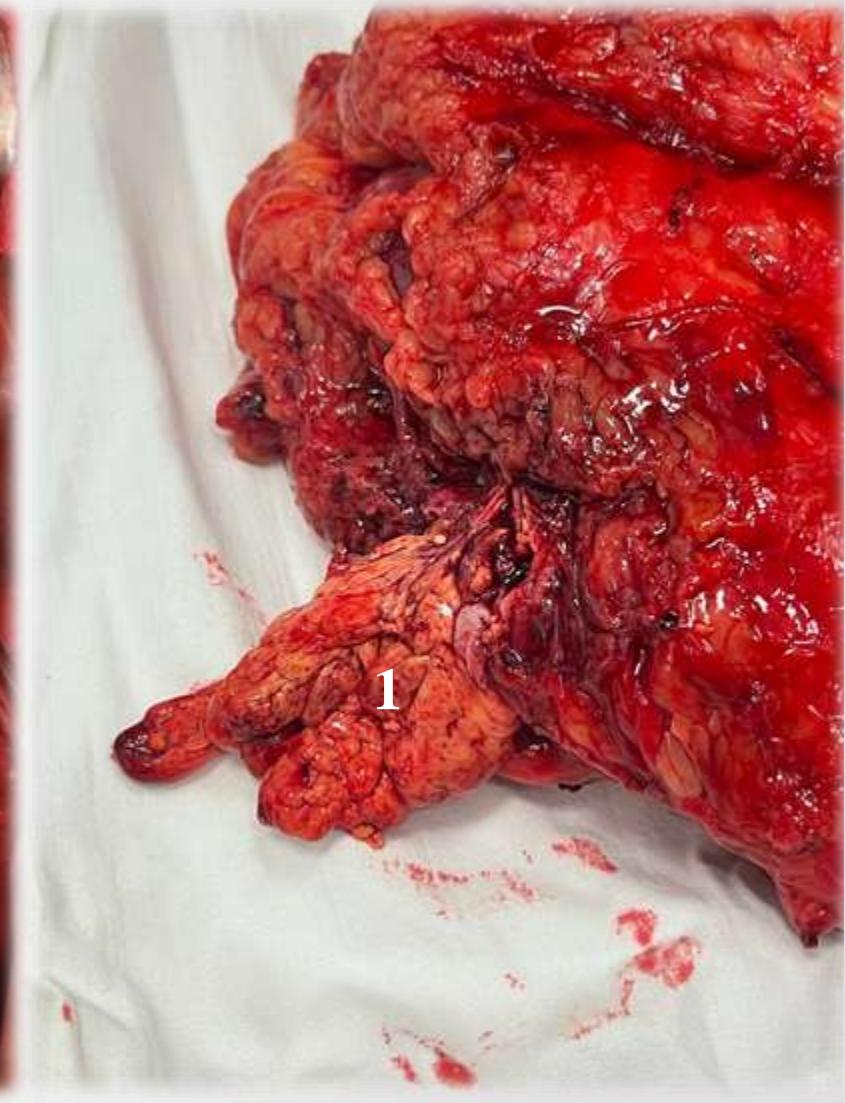
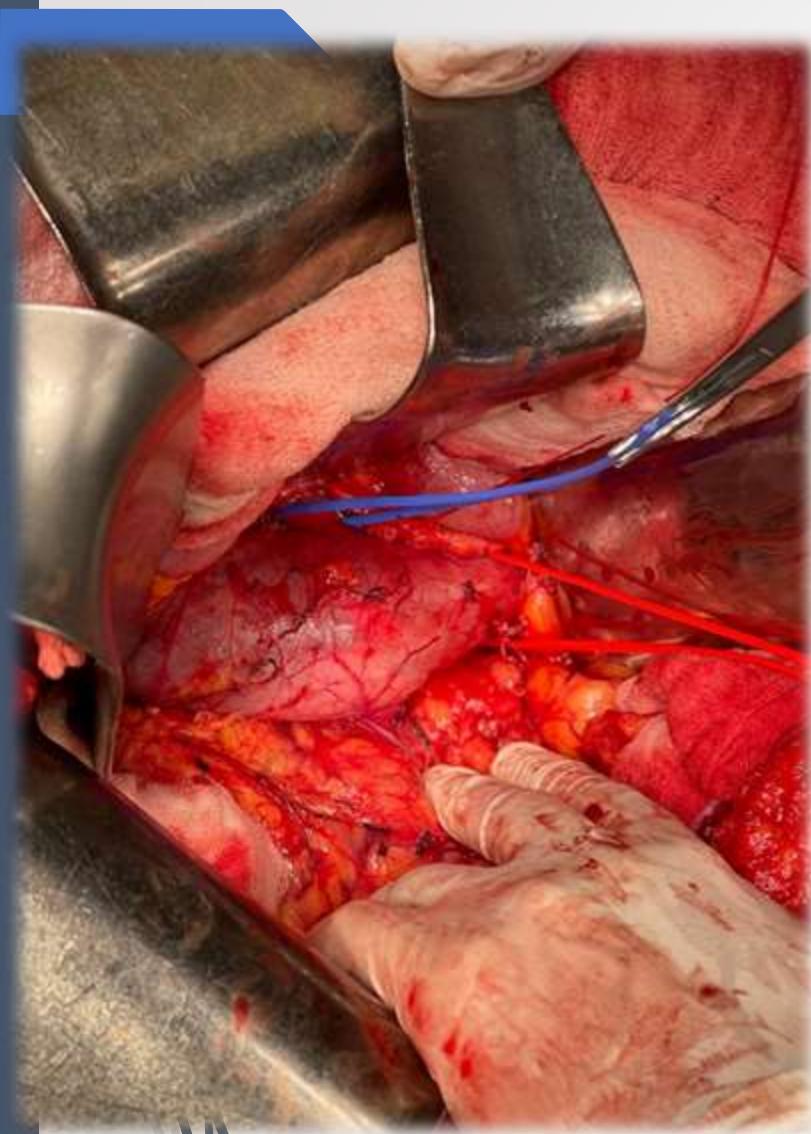
I

0



13.05.24 г. Лапаротомия. Нефрадреналэктомия справа с тромбэктомией, паракавальной лимфаденэктомией

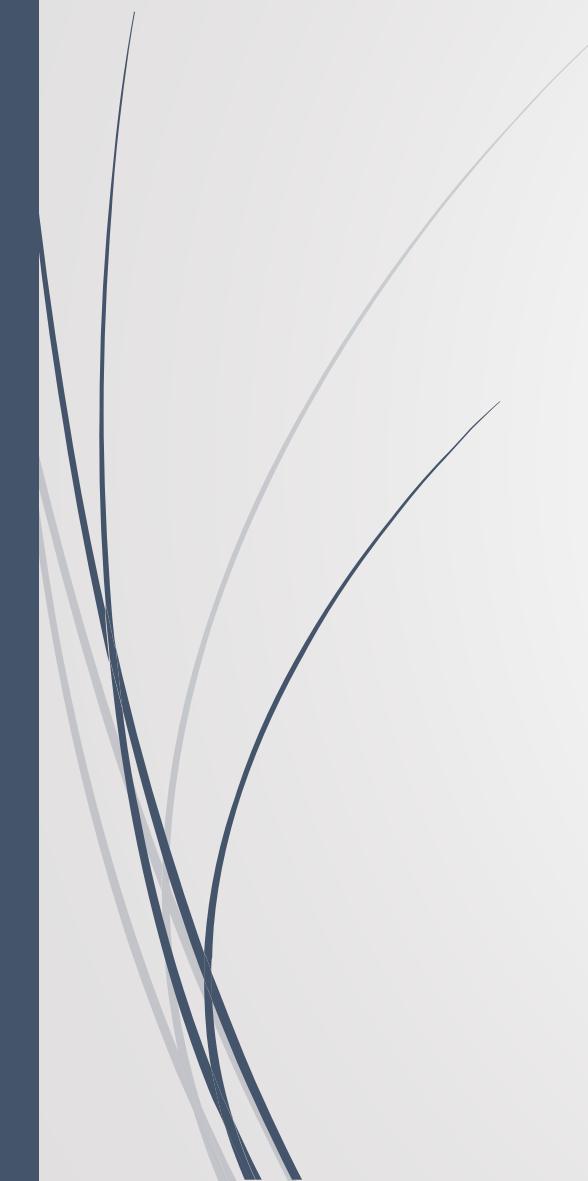
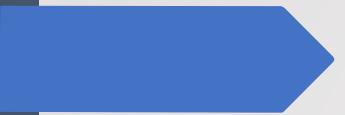
- ▶ Время операции 4,5 часа. Кровопотеря 1600 мл.
- ▶ Гистология - светлоклеточный почечно - клеточный рак G2, опухоль размерами 75/55 мм, прорастает в почечный синус, не врастает в капсулу почки и околопочечную клетчатку. В просвете почечной вены - опухолевый тромб светлоклеточного почечно - клеточного рака, врастающий в эндотелий стенки сосуда. Края резекции почечной вены, артерии и мочеточника - негативны.



1 – опухолевой тромб



Большое практическое значение имеет
ранняя диагностика рака почки, так как от
своевременного распознавания заболевания зависят
выбор тактики лечения и прогноз.



Спасибо за внимание!