

Почечно-клеточный (гипернефроидный) рак (опухоль Гравитца, гипернефрома) — злокачественная опухоль из канальцевого эпителия. **Выделяют следующие формы рака:**

светлоклеточный (гипернефроидный, альвеолярный);

железистый (аденокарцинома);

зернисто-клеточный (тёмноклеточный);

веретёноклеточный (полиморфноклеточный, саркомоподобный, агрессивные карциносаркомы);

смешанно-клеточный рак.

Каждая из этих опухолей может иметь разную степень дифференцировки (кроме саркомоподобного, его относят к низкодифференцированным). Наиболее часто диагностируют светлоклеточный и желези́стый рак, реже зернисто-клеточный, веретёноклеточный и другие варианты. Почечно-клеточный рак обнаруживают в 90% случаев новообразований почек у взрослых. В структуре смертности от раковых заболеваний он составляет не более 2% случаев. Пик заболеваемости — возраст 40–60 лет, мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины.

Этиология. Появлению атипичных клеток способствуют химическое загрязнение окружающей среды, курение (считают, что около трети случаев почечно-клеточного рака связано с курением), применение гормональных препаратов и цитостатиков, облучение, вирусоносительство, нитрозамины и ароматические амины.

Факторы риска: тучность (особенно у женщин), контакт с окисью тория и асбестом, наследственная и приобретённая кистозная болезнь почек, длительный гемодиализ.

Клиническая картина. Опухоль в 60% случаев проявляется [гематурией](#), в половине случаев болями в пояснице, приблизительно у трети больных при пальпации живота определяют образование в виде узла. Более редкие симптомы — артериальная гипертензия, пиурия, похудание, миопатия, артралгия, гиперкальциемия. Опухолевые клетки способны к эктопическому синтезу гормонов, что часто вызывает развитие паранеопластического синдрома. Например, секреция веществ, подобных паратиреоидному гормону, ведёт к развитию гиперпаратиреоидизма, синтез эритропоэтина вызывает эритроцитоз, высвобождение ренина сопровождается развитием артериальной гипертензии.

Патоморфология. Почечно-клеточный рак обычно имеет вид округлого или дольчатого узла мягкой консистенции, жёлтого или оранжевого цвета, очень часто с очагами некрозов и кровоизлияний. Большинство опухолей растёт экспансивно, со сдавлением прилежащей почечной ткани и формированием псевдокапсулы. Возможен инфильтративный рост с прорастанием капсулы почки, лоханки, почечной вены (встречают распространение опухоли по венам до правого предсердия — «опухолевые тромбы»).

Опухоль наиболее часто состоит из полигональных полиморфных клеток со светлой цитоплазмой и многочисленными митозами, гистохимически в них определяют гликоген и липиды. Опухолевые клетки образуют альвеолы и дольки, железистые и сосочковые структуры с небольшим количеством стромы и сосудами синусоидного типа.

Железистый рак (аденокарцинома почки) гистологически состоит из тубулярных и сосочковых структур, выстланных атипичными полиморфными клетками с гиперхромными ядрами. Опухоль прорастает ткань почки и даёт гематогенные метастазы.

Для злокачественных опухолей почки характерны выраженная васкуляризация и быстрое [метастазирование](#). Рано возникают гематогенные метастазы, наиболее частая локализация метастазов — лёгкие, затем в порядке убывания: кости, печень, надпочечник, мозг; лимфогенные метастазы возможны в регионарные лимфатические узлы (паракавальные, парааортальные, лимфатические узлы ворот почки). Приблизительно в 10–15% случаев метастазы обнаруживают в противоположной почке.

Исходы и осложнения. Прогноз различен. При отсутствии отдалённых метастазов пятилетняя выживаемость после лечения больных с почечно-клеточным раком составляет 45–70%. При прорастании опухоли в почечную вену и околопочечную клетчатку пятилетняя выживаемость — 15–20%.

Интересные статьи:

- 1) [Общие сведения о почках](#)
- 2) [Анти-ГБМ-гломерулонефрит и Синдром Гудпасчера](#)
- 3) [Патогенез туберкулеза](#)