



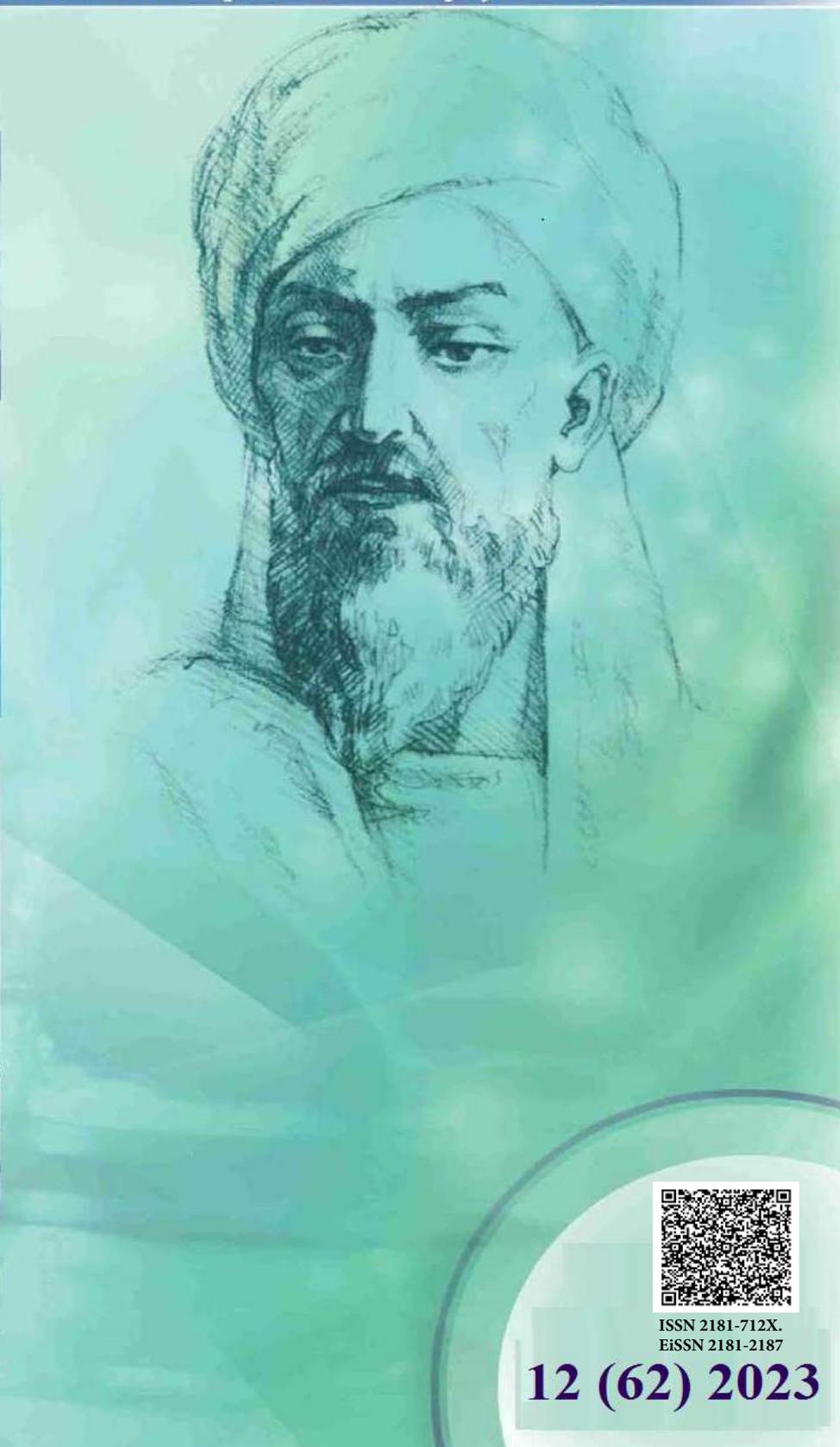
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12 (62) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (62)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2023, Accepted: 27.11.2023, Published: 10.12.2023.

УДК 616.6;616-006

ПЕРИТУМОРОЗНАЯ ЗОНА РАКА ПОЧКИ

Атаханов М. <https://orcid.org/0009-0005-5449-0601>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

В работе показано, что морфология соединительной ткани ПЗ зависит от биологических свойств опухоли. В опухолях высокой степени злокачественности, в отличие от раков низкой злокачественности, ПЗ характеризовалась выраженным склерозом, эластозом, значительной шириной, активностью миофибробластов и плотностью распределения тучных клеток (ТК). Ширина ПЗ коррелировала со стадией опухоли, наличием регионарных и отдаленных метастазов, наличием инвазии в псевдокапсулу, плотностью сосудов в ПЗ. Обнаружены корреляционные взаимосвязи между активностью соединительной ткани ПЗ и важнейшими прогностическими клинико-анатомическими параметрами опухолей.

Ключевые слова: рак почки; злокачественность; перитуморозная зона; патоморфология.

BUYRAK SARTONI PERITUMORAL ZONASI

Ataxanov M. <https://orcid.org/0009-0005-5449-0601>

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali O'zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri, Al-Xorazmiy ko'chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Rezyume

Ish o'simtaning biriktiruvchi to'qimalarining morfologiyasi o'simtaning biologik xususiyatlariga bog'liqligini ko'rsatadi. Yuqori darajadagi o'smalarda, past darajadagi saratondan farqli o'laroq, PD aniq skleroz, elastoz, sezilarli kenglik, miyofibroblast faolligi va mast hujayra (MC) taqsimot zichligi bilan ajralib turardi. PZ ning kengligi o'simta bosqichiga, mintaqaviy va uzoq metastazlarning mavjudligiga, psevdokapsulaga invaziya mavjudligiga va PZdagi tomirlarning zichligiga bog'liq. Prostata biriktiruvchi to'qimalarining faolligi va o'smalarning eng muhim prognostik klinik va anatomik ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi.

Kalit so'zlar: buyrak saratoni; malignite; peritumoral zona; patomorfologiya.

PERITUMORAL ZONE OF KIDNEY CANCER

Atakhanov M. <https://orcid.org/0009-0005-5449-0601>

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

The work shows that the morphology of the connective tissue of the tumor depends on the biological properties of the tumor. In high-grade tumors, in contrast to low-grade cancers, the PD was characterized by pronounced sclerosis, elastosis, significant width, myofibroblast activity and mast cell (MC) distribution density.

The width of the PZ correlated with the stage of the tumor, the presence of regional and distant metastases, the presence of invasion into the pseudocapsule, and the density of vessels in the PZ. Correlations were discovered between the activity of the connective tissue of the prostate and the most important prognostic clinical and anatomical parameters of tumors.

Key words: kidney cancer; malignancy; peritumoral zone; pathomorphology.

Актуальность

По данным Европейской ассоциации урологов рак почки составляет 2-3 % в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. Общемировой прирост заболеваемости ежегодно составляет до 2 %. По темпам прироста заболеваемость раком почки уступает лишь раку предстательной железы. Неуклонный рост заболеваемости, как истинный, так и связанный с улучшением выявляемости вследствие развития скрининга и диагностики, заставляет разрабатывать и внедрять все более современные хирургические методики. В России рак почки по темпам прироста онкологической заболеваемости устойчиво занимает 3-е место и в 50 % всех случаев уже имеет или приобретает позднее метастатический характер [4]. Более 80 % новообразований почки составляет почечно-клеточный рак (ПКР) [5]. Увеличение заболеваемости многие авторы связывают с расширением диагностических возможностей современных методов обследования, которые позволяют выявить ранние, бессимптомные формы рака. Однако у 10-30 % пациентов с впервые выявленным раком определяются отдаленные метастазы [6]. У почти 50 % больных с локализованным раком в течение первого года после операции появляются отдаленные метастазы [7]. Почечно-клеточный рак (гипернефрома, опухоль Гравитца) — заболевание, этиология которого остается неизученной. Наследственные факторы, ожирение, прием препарата «Псорален» по поводу псориаза рассматриваются как предрасполагающие, единственным доказанным фактором риска является курение, однако корреляция между заболеваемостью раком почки и курением невелика. Рак почки в 1,5 раз развивается чаще у мужчин, чем у женщин, пик заболеваемости приходится на возраст 60—70 лет.

Проведенные эпидемиологические исследования в России выявили территориальные различия и высокий рост в показателях заболеваемости раком почки [7]. Однако причины, объясняющие различия в заболеваемости территорий РП, изучены недостаточно. Остаются спорными вопросы связи характера питания, ожирения, сахарного диабета с распространенностью РП. Некоторые гипотезы о роли питания или иных факторов в возникновении РП требуют подтверждения.

В связи с этим является актуальным изучение и выявление комплекса факторов, влияющих на заболеваемость РП. Одним из основных методов выявления факторов риска служит метод анкетирования, который позволяет провести первичный отбор групп населения для углубленного обследования и обладает рядом преимуществ: широким охватом населения, отсутствием вреда здоровью, простотой в реализации, малозатратностью, учетом региональной специфики. Необходимость обработки больших массивов данных анкетного опроса сдерживает его использование. Применение методов автоматизированного тестирования является актуальным и поможет решить данную проблему.

Для оценки морфофункциональных изменений, происходящих в ПЗ, наиболее информативным является изучение системы «эпителий — соединительная ткань». Исследований, посвященных изучению биосинтетических и пролиферативных процессов данной системы в тканях, прилежащих к раку почки, в доступной литературе нами не обнаружено. Ангиогенез имеет важное значение для роста и распространения опухолей почки [5; 6]. Однако при сложившемся мнении о неблагоприятном значении активного опухолевого ангиогенеза, влияние развития микроциркуляторного русла в ПЗ на прогрессию рака почки изучено недостаточно.

Степень злокачественности клеток опухоли оценивали по классификации ВОЗ (2002). Согласно которой, различают 1-ю степень анаплазии (G1), когда клетки имеют мелкое гиперхромное ядро с невидимой нуклеолой и мелкодисперсным хроматином. При второй степени G2 клетки имели полиморфные ядра, в некоторых из них нуклеола была невидима, в некоторых увеличенная нуклеола определяется при увеличении в 10 раз, также фиксировались мелкие свободно лежащие гранулы хроматина. Третья степень G3 характеризовалась наличием в клетках резко полиморфных гиперхромных ядер с одной или несколькими макронуклеолами и грубодисперсным хроматином.

Морфологически почечно-клеточный рак представляет собой чаще всего округлую опухоль, часто достигающую больших размеров, на разрезе пестро-желтого цвета, имеющую полиморфную структуру, кистозные включения, очаги кровоизлияния. Чаще всего опухоль окружена псевдокапсулой, представляющей собой слои раздвигаемой почечной паренхимы.

Иногда в структуре опухоли могут встречаться очаги распада и множественные опухолевые узлы. Среди факторов риска злокачественных новообразований доля условий образа жизни составляет около половины всех воздействий, по 20 % приходится на наследственные факторы и загрязнение окружающей среды, около 10 % – на работу органов здравоохранения [2,7]. По данным World Cancer Research Fund [3,9], около одной трети всех известных на сегодняшний день видов опухолей может быть предотвращено, причем в это число не входят онкологические заболевания, избежать которых можно отказом от табакокурения [7,11].

Гормональные факторы. Развитие опухолевого процесса в организме может явиться следствием нарушения обмена веществ и образования эндогенных канцерогенов. Однозначных доказательств о связи половых гормонов и риска развития РП у человека не получено, и канцерогенез РП не считается гормонозависимым, тем не менее, подобные исследования не являются бесперспективными, учитывая половой диморфизм данной опухоли [9]. Патогенетическое значение гормональных факторов в развитии РП доказано на животных моделях, и получены данные о возможности развития эстроген-индуцированной аденомы и карциномы почки у хорьков [2; 7]. Причиной гормональных нарушений, повышающих риск заболевания раком, может быть избыточный вес, поэтому исследования связи гормональных нарушений, метаболического синдрома и риска возникновения РП остаются актуальными [9; 10]. Генетические факторы. Все случаи почечно-клеточного рака условно разделяются на спорадические и наследственные [2; 3]. Согласно ВОЗ, учитывая данные морфологических, цитогенетических и молекулярных исследований, выделяют по меньшей мере 3 основных гистологических подтипа ПКР: светлоклеточный – 80–90 %, папиллярный (или хромофильный 1-й и 2-й типы) – 10–15%, хромофобный – 4–5 %, которые отличаются по характеру течения и прогнозу заболевания [3; 6; 12]. За морфологическими различиями и клиническими особенностями опухолей почки стоят различные совокупности молекулярно-генетических изменений в опухолевых клетках, которые могут требовать различных подходов в лечении [8]. Для развития злокачественных опухолей необходимы наследуемые терминальные мутации генов и их постепенное накопление, а также эпигенетические изменения в соматических клетках, ведущие к генетической нестабильности, приводящей к нарушениям целостности генома. Исследования генетических изменений в опухолях почки позволили идентифицировать наиболее характерные хромосомные перестройки, изменения численности отдельных хромосом и ключевые молекулярно-генетические повреждения, свойственные РП.

Опухоль почки часто может достигать больших размеров, длительное время, не проявляя себя клинически. Триада симптомов при раке почки: пальпируемая опухоль, гематурия, боли в поясничной области — в настоящее время встречается все реже, так как опухоли выявляются на более ранних стадиях. Чаще встречаются разнообразные паранеопластические синдромы: гипертонзия, кахексия, потеря массы тела, гипертермия, нейромиопатия, амилоидоз.

В настоящее время ощущается все большая необходимость для пациентов быть информированными по аспектам течения болезни, включая риск метастазирования, рецидива и вероятного исхода заболевания. Новые морфологические факторы могут помочь в разработке оптимальных алгоритмов для прогнозирования заболевания (Серегин А.В. и др., 2009). Поэтому есть необходимость в разработке прогностических шкал, включающих новые факторы прогноза при ПКР [10].

Таким образом, определение прогностического значения клинико-морфологических параметров опухоли и морфологических характеристик ПЗ у больных ПКР является актуальной проблемой, решение которой позволит объективизировать прогноз заболевания [3,6,11].

При исследовании перитуморозной зоны (ПЗ) почечно-клеточного рака (ПКР) перед морфологом встает ряд нерешенных проблем и прежде всего – это проблема ренальной интратубулярной неоплазии (РИН). Проблема предраковых изменений относительно ПКР остается малоизученной [2, 9]. Одним из первых сообщений о наличии морфологических изменений в тубулярном эпителии в виде гиперплазии извитых канальцев и их отношение к ПКР принадлежит Prinke A. (1936).

Данные изменения автор рассматривал как компенсаторные по периферии рубца. Использование термина «дисплазия эпителия канальцев» принадлежит Warter R. (1983). В 1994 г Mourad W. и соавт. впервые описали зоны интратубулярной эпителиальной дисплазии при ПЗ при ПКР, преимущественно в корковом слое, которые выявлялись более чем в 25 %

случаев. В последующей работе данные авторы выявили такие зоны уже в 54 % случаев. Yucugoglu K. соавт. (2009) описали подобные изменения у 14 из 62 больных ПКР (23 %), причем в трех случаях – в виде карциномы *in situ* (5 %). Зоны пролиферации и дисплазии эпителия сосочковых протоков, связанные с развитием рака собирательных протоков, впервые описали Fleming S. и Lewi H. (1986), а также Kennedy S. [7]. В 2000 г. группой европейских патологов для обозначения указанных изменений был предложен термин – RIN- ренальная интратубулярная неоплазия. Последняя представлена в виде зон обычно расположенных недалеко от опухолевого узла и нередко в ассоциации с явлениями нефросклероза. Эпителиальные клетки в таких зонах варьируются в размере, и их ядра увеличены [3,12].

Заключение

В литературе имеется небольшое количество работ, посвященных иммуногистохимическому исследованию РИН. В работе показано, что морфология соединительной ткани ПЗ зависит от биологических свойств опухоли. В опухолях высокой степени злокачественности, в отличие от раков низкой злокачественности, ПЗ характеризовалась выраженным склерозом, эластозом, значительной шириной, активностью миофибробластов и плотностью распределения тучных клеток (ТК). Ширина ПЗ коррелировала со стадией опухоли, наличием регионарных и отдаленных метастазов, наличием инвазии в псевдокапсулу, плотностью сосудов в ПЗ. Обнаружены корреляционные взаимосвязи между активностью соединительной ткани ПЗ и важнейшими прогностическими клинико-анатомическими параметрами опухолей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аляев Ю.Г. Сравнение значимости шкал нефрометрической оценки RENAL, PADUA, C-index для прогноза сложности лапароскопической резекции почки / Ю.Г. Аляев, Е.С. Сирота, Л.М. Рапопорт и др. // Онкоурология. 2018;14(1):36-46.
2. Алексеев Б.Я. и др. Анализ непосредственных результатов органосохраняющего лечения у больных раком почки: сравнение лапароскопической резекции почки с резекцией почки открытым способом / Б.Я. Алексеев и др. // Материалы VII конгресса РООУ. – М., 2012;132-133.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 2002 г М., 2002.
4. Черданцева Т.М., Бобров И.П., Климачев В.В., Брюханов В.М., Лазарев А.Ф., Авдалян А.М., Долгатов А.Ю. Размер опухолевого узла и гистологическое строение перитуморозной зоны рака почки // Фундаментальные исследования. 2013;7-1:188-193.
5. Delahunt B., Eble J. N., McCredie M. R. et al. Morphologic typing of papillary renal cell carcinoma: comparison of growth kinetics and patient survival in 66 cases // Hum. Pathol. 2011;32:590-595.
6. Maldazys J.D., deKernion J.B. Prognostic factors in metastatic renal carcinoma // J. Urol. 2006;136:376-379.
7. Lam J. S., Leppert J. T., Figlin R. A., Belldegrun A. S. Surveillance following radical or partial nephrectomy for renal cell carcinoma // Curr. Urol. Rep. 2015;6:7-18.
8. Donmez T., KaleM., Ozyurek Y., Atalay H. Erythrocyte sedimentation rates in patients with renal cell carcinoma // Eur. Urol. 2012;21(1):51-62.
9. Symbas N.P., Townsend M.F., El-Galley R. et al. Poor prognosis associated with thrombocytosis in patients with renal cell carcinoma // Brit. J. Urol. Int. 2009;86:203-207.
10. Nakatani T., Yoshida N., Iwata H. et al. Clinicopathological study of renal cell carcinoma // Oncol. Rep. 2013;10(3):679-685.
11. Ohlmann C.H., Schneider T., Wille S. et al. Prognostic factors for the recurrence of renal cell carcinoma after radical nephrectomy // Eur. Urol. 2016;24(18):680-687.
12. Van Poppel, H. How important are surgical margins in nephron-sparing surgery? / H. Van Poppel, S. Joniau // Eur. Urol. Suppl. 2007;6:533-549.

Поступила 20.11.2023