Нейроэндокринные новообразования почки

Д. В. Аббасова, аспирант кафедры онкологии¹

С. Б. Поликарпова, д.м.н., проф. кафедры онкологии¹

А. А. Маркович, к.м.н., с.н.с. научно-консультативного отделения амбулаторных методов диагностики и лечения²

В. Ю. Кирсанов, к.м.н., доцент¹

Н. А. Козлов, к.м.н., врач-патологоанатом отделения патологической анатомии отдела морфологической и молекулярно-генетической диагностики опухолей²

С. Б. Поликарпова

Н. А. Козлов

¹Институт клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва
²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

Neuroendocrine neoplasms of kidney

D. V. Abbasova, S. B. Polykarpova, A. A. Markovich, V. Yu. Kirsanov, N. A. Kozlov

Institute of Clinical Medicine named after N. V. Sklifosovsky of First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov, National Medical Research Centre of Oncology n.a. N. N. Blokhin, Moscow, Russia

Резюме

Наиболее частой анатомической локализацией нейроэндокринных новообразований (НЭН) являются пищеварительная и бронхолегочная системы, суммарная доля которых превышает 90% случаев данной группы опухолей. В свою очередь, оставшиеся случаи представлены исключительно редкими первичными НЭН головы и шеи, кожи, женских половых органов, молочной железы, мочевого пузыря и почки. В связи с крайней редкостью наблюдений и отсутствием стандартизированных подходов к диагностике и лечению НЭН, почки представляют значительный клинический интерес. Истинная частота встречаемости НЭН почки в настоящее время не установлена. Нами был проведен ретроспективный анализ пациентов, проходивших лечение в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина (г. Москва) с 1992-го по 2015 год. По результатам проведенной выборки пациентов среди зарегистрированных 12013 случаев злокачественных новообразований почки с НЭН почки количество морфологически верифицированных случаев НЭН почки составило 9 наблюдений (0,07%). Среди вошедших в исследуемую группу пациентов основная часть была представлена высокодифференцированными нейроэндокринными опухолями (7 случаев; 77,8%), мелкоклеточным раком (1 случай; 11,1%), крупноклеточным нейроэндокринным раком (1 случай; 11,1%). Средний возраст пациентов составил 51 год (от 40 до 63 лет; медиана – 55 лет), среди них было 4 женщины и 5 мужчин. Дополнительно нами проведен анализ клинико-морфологических и молекулярно-биологических особенностей опухолей с изучением и оценкой уровня индекса пролиферации (индекс Ki-67), что явилось определяющим фактором прогноза выживаемости и выбора тактики лечения.

Ключевые слова: нейроэндокринные новообразования почки, нейроэндокринные неоплазии, нейроэндокринные неоплазии редких локализаций.

Summary

The most common anatomical localization of neuroendocrine neoplasms (NEN) are the digestive and bronchopulmonary systems, the total proportion of which exceeds 90% of cases of this group of tumors. In turn, the remaining cases are represented by extremely rare primary neuroendocrine neoplasms of the head and neck, skin, female genital organs, mammary gland, bladder and kidney. Due to the extremely rare observations and the lack of standardized approaches to the diagnosis and treatment of neuroendocrine neoplasms of the kidneys are of significant clinical interest. The true incidence of NENs of the kidney has not yet been established. We carried out a retrospective analysis of patients undergoing treatment in National Medical Research Centre of Oncology n.a. N. N. Blokhin (Moscow, Russia) from 1992 to 2015. According to the results of a sample of patients among registered 12,013 cases of malignant neoplasms of the kidney with NEN of the kidney, the number of morphologically verified cases of NEN of the kidney was 9 cases (0.07%). Among the patients included in the study group, the main part was represented by highly differentiated neuroendocrine tumors (7 cases; 77.8%), small cell cancer (1 case; 11.1%), large cell neuroendocrine cancer (1 case; 11.1%). The average age of the patients was 51 years (40–63 years; median – 55 years), among which there were 4 women and 5 men. In addition, we conducted an analysis of the clinical, morphological and molecular biological characteristics of tumors with the study and assessment of the grade Ki-67, which was a determining factor in predicting survival and choosing treatment tactics.

Key words: neuroendocrine neoplasms of the kidney, neuroendocrine neoplasia, neuroendocrine neoplasia of rare localizations.

Введение

Нейроэндокринные новообразования (НЭН) могут развиваться в любых органах из клеток диффузной эндокринной системы, обладают свойствами, отличающими их от других злокачественных новообразований той же локализаций, и имеют сходные внутргрупповые клинико-морфологические характеристики. В ряде случаев клиническая картина может сопровождаться развитием специфических функциональных

синдромов, вызванных продукцией биологически активных пептидов или гормонов. Наиболее распространенной локализацией НЭН являются пищеварительная и бронхо-легочная системы, однако НЭН могут возникать и в других органах, таких как почка, что представляет значительный клинический интерес ввиду редкости подобных наблюдений и отсутствия стандартизированных подходов к диагностике и лечению этой группы опухолей [1].

Истинная частота встречаемости НЭН почки в настоящее время неизвестна. Данная группа опухолей была впервые введена в классификацию ВОЗ лишь в 2004 году и в мировой литературе представлена лишь в виде отдельных клинических случаев. НЭН почки описаны как в почечной лоханке, так и в паренхиме органа, однако нормальные нейроэндокринные клетки были идентифицированы только в лоханке [2]. Патогенез данного вида опухоли малоизучен.

Таблица 1
Клинические особенности больных НЭН почки

Стадия	Размер опухоли, см	Ki-67, %	Симптомы	Метастазы
Высокодифференцированные НЭО				
I	4–6	2–3	Нет	–
II	10	2–8	Нет	Регионарные лимфоузлы (1)
III	12	15	Нет	Регионарные лимфоузлы (7)
Низкодифференцированные НЭН				
IV	21	50	Нет	Кости, лимфоузлы средостения
III	8	60	Нет	Регионарные лимфоузлы

Согласно новой классификации ВОЗ опухолей мочеполовой системы (WHO, 2014) выделяют три гистологические формы нейроэндокринных неоплазий почки.

Высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль (НЭО) – опухоль с низким потенциалом злокачественности (синонимы: карциноид, атипичный карциноид), являющаяся довольно редкой среди всех новообразований почки, к настоящему времени в литературе описано менее ста случаев [4, 6] самой распространенной среди НЭН почки. Как правило, это медленно растущая нефункционирующая опухоль.

Крупноклеточный нейроэндокринный рак (ККНЭР) обладает высоким злокачественным потенциалом и является крайне редким заболеванием. В настоящее время в литературе насчитывается лишь семь подобных случаев [8–13].

Мелкоклеточный рак (МКР) – высокозлокачественная низкодифференцированная опухоль, гистологически и иммуногистохимически соответствующая аналогам в легких и пищеварительной системе. МКР почки – также довольно редкое заболевание [5].

Клиническая картина НЭН почки схожа с другими злокачественными новообразованиями этой локализации. Микроскопически все морфологические формы НЭН почки имеют строение аналогичное НЭН других локализаций и демонстрируют иммуногистохимическую экспрессию нейроэндокринных маркеров: синаптофизин (наибо-

лее чувствительный), хромогранин А, нейронспецифическая энолаза, CD 56 [1, 16, 17].

Материалы и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ частоты встречаемости НЭН почки у пациентов, проходивших лечение в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина (г. Москва) с 1992-го по 2015 год. По результатам поиска в базе данных НМИЦ было выявлено 12013 случаев злокачественных новообразований почки, из них гистологически верифицированные случаи НЭН почки составили 9 (0,07%) наблюдений.

Среди вошедших в исследуемую группу пациентов основная часть была представлена высококодифференцированными нейроэндокринными опухолями (7 случаев; 77,8%), мелкоклеточным раком (1 случай; 11,1%), крупноклеточным нейроэндокринным раком (1 случай; 11,1%). Средний возраст пациентов составил 51 год (от 40 до 63 лет; медиана – 55 лет), среди них было 4 женщины и 5 мужчин.

В данном исследовании проведен анализ клинико-морфологических и биологических особенностей опухолей с оценкой уровня индекса пролиферации (индекс Ki-67). А также проанализированы демографические показатели, алгоритм диагностики и лечения данной группы пациентов. Результаты лечения оценивались на 01.05.2019.

Результаты

Клиника и диагностика. По данным обследования, на момент обращения все 7 (77,8%) пациентов с высококодифференцированными НЭО и 1 (11,1%) пациент с ККНЭР почки имели локализованную форму заболевания (I–III стадии). У 1 (11,1%) пациента с МКР почки на момент обращения

диагностирован диссеминированный опухолевый процесс: метастазы локализовались в костях и лимфоузлах средостения. У всех пациентов, вне зависимости от стадии и морфологической формы НЭН, отсутствовали клинические проявления заболевания, а опухоль выявлена случайно при плановом обследовании. На момент обращения карциноидный синдром отсутствовал во всех случаях. Только у одного пациента с НЭН была выявлена подковообразная почка.

У 4 (44,4%) пациентов с I стадией заболевания размер опухолевого узла варьировал от 4 до 6 см (в среднем 5 см) при отсутствии метастатического поражения регионарных лимфоузлов, индекс Ki-67 находился в пределах 2–3%. У 4 (44,4%) пациентов со II–III стадией заболевания размер опухолевого узла варьировал от 8 до 12 см (в среднем 10 см), число метастазов в регионарных лимфатических узлах варьировало от 1 до 7, индекс Ki-67 составлял 2–15% (медиана – 8%) (табл. 1).

Всем пациентам проводились рутинные методы лучевой диагностики: УЗИ, КТ и МРТ с внутривенным контрастированием. Необходимо отметить, что в сравнении с другими злокачественными новообразованиями почки рентгенологическая картина НЭН принципиальных отличий не имела.

Клинически значимые отклонения уровней хромогранина А в сыворотке крови, а также серотонина и 5-ГИУК в моче выявлены не были. Цитологическую верификацию диагноза до начала лечения имели лишь два пациента, у остальных при цитологическом исследовании диагностирован почечноклеточный рак почки.

Морфологическая характеристика. Морфологическое строение НЭН всех гистологических форм было идентично аналогам бронхолегочной и гастроинтестинальной локализации; все опухоли демонстрировали иммуногистохимическую экспрессию маркеров нейроэндокринной и эпителиальной дифференцировки.

При иммуногистохимическом исследовании в группе высококодифференцированных опухолей индекс Ki-67 варьировал от 2 до 15%. Экспрессия синаптофизина выявлена в 56,8% случаев, хромогранина А – в 42,6%, СК18,

Таблица 2
Показатели выживаемости у больных высокодифференцированными НЭ опухолями (I–III стадия)

Стадия	Ki-67, %	Период до прогрессирования, мес.	Период наблюдения, мес.	Лечение	Статус
I	2	158	159 (более 13 лет)	ОП	Жив
I	3	–	90,1 (7,5 года)	ОП	Жив
I	2	–	17,8	ОП	Жив
II	8	11,8	114 (9,5 лет)	ОП	Умер
II	2	35	168,8 (14 лет)	ОП	Жив
III	15	22,4	121,2 (10 лет)	ОП+ХТ	Жив

панцитокератина (АЕ 1/3), виментина и CD56 – в 28,4%, экспрессия CD10, типичного для почечноклеточного рака, не была выявлена ни в одном из наблюдений. У пациента с МКР почки индекс Ki-67 составил 60%, в опухоли отмечалась диффузная экспрессия синаптофизина, хромогранина А, CK19, NSE. Отсутствовала экспрессия CK7 и CK20, виментина.

В клетках ККНЭР почки выявлена очаговая экспрессия CK18, слабая экспрессия панцитокератина, выраженная очаговая синаптофизина и диффузная мембранная CD56. Реакция с антителами к цитокератинам 5/6, 7, 20 и 19, p63, PSA, CK19, CDX2, PAX2, TTF-1, CD117, Villin, CEA, хромогранину А и CD10 отсутствовала. Индекс Ki-67 первичной опухоли и метастатического узла составил 50 и 60% соответственно.

Лечение. Вне зависимости от стадии и морфологической формы заболевания на первом этапе 8 (88,9%) пациентам выполнено радикальное хирургическое лечение в объеме нефрэктомии или резекции почки с регионарной лимфодессекцией. В одном случае выполнена циторедуктивная операция с резекцией более 70% от общей опухолевой массы. Комбинированное лечение проведено одному (11,1%) пациенту.

Пациентам с НЭО I и II стадиями заболевания (66,6%), проведено только радикальное хирургическое лечение. Пациенту с III стадией заболевания проведено комбинированное лечение (радикальное хирургическое лечение в объеме нефрэктомии с регионарной лимфодессекцией и адъювантной химиотерапией препаратами платины в сочетании с Этопозидом).

Заключение. У пациентов с НЭО почки I стадии заболевания период наблюдения составил от полутора

до 13 лет. Индекс Ki-67 составил 2–3%, размер опухолевого узла варьировал от 4 до 6 см. У одного из пациентов прогрессирование наступило через 13 лет с момента постановки диагноза в виде появления рецидивной опухоли и отдаленных метастазов в лимфоузлы средостения. Двое других пациентов на момент последнего контроля были живы без признаков рецидива заболевания (1,5 года и 7,5 года).

У пациентов с НЭО II стадии заболевания выживаемость до прогрессирования в среднем составила 23,4 месяца (11,8 и 35 месяца соответственно), при этом индекс Ki-67 составил 2 и 8% соответственно. В обоих случаях размер опухолевого узла составил 10 см. У пациента с индексом Ki-67, равным 8% на момент обращения, имелся один пораженный регионарный лимфатический узел, через 9,5 года пациент умер от прогрессирования заболевания на фоне метастатического поражения печени. Другой пациент с индексом Ki-67, равным 2%, жив спустя 14 лет с локальным рецидивом и метастазами в печень.

У пациента с III стадией заболевания, получившего комбинированное лечение (хирургическое и адъювантную химиотерапию), уровень Ki-67 = 15%, размер опухолевого узла – 12 см, прогрессирование наступило через 22,4 месяца. На момент последнего контроля жив, период наблюдения – 10 лет (табл. 2).

Локальный рецидив диагностирован у 3 (33,2%) пациентов, а метастазы преимущественно локализовались в печени у 4 (49,8%) пациентов, также отмечалось метастатическое поражение забрюшинных лимфатических узлов, лимфоузлов средостения и мягких тканей.

Наиболее частыми клиническими проявлениями у пациентов с НЭО при прогрессировании заболевания являлись симптомы общей интоксикации, а также проявления карциноидного синдрома (49,8%). Основным методом лечения больных при прогрессировании заболевания было проведение паллиативной химиотерапии с использованием препаратов платины и аналогов соматостатина.

Общая выживаемость пациентов с НЭО почки III стадии заболевания и более высоким индексом пролиферации при проведении комбинированного лечения (радикальное хирургическое и адъювантная химиотерапия) сопоставима с показателями выживаемости у пациентов с I и II стадией, получивших только хирургическое лечение. Таким образом, можно предположить, что проведение комбинированных методов лечения пациентов с более ранними стадиями может улучшить показатели общей выживаемости при НЭО почки.

Пациенту с МКР почки IV стадии заболевания, с размером первичного опухолевого узла 21 см, на первом этапе проведена циторедуктивная операция. В последующем проведено шесть курсов паллиативной химиотерапии с использованием Винкристина, препаратов платины и Доксорубина. С учетом недостаточного ответа проведено еще два курса химиотерапии с использованием Цисплатина и Этопозидом, далее пациент длительное время получал Сутент. При сроке наблюдения 56,2 месяца – без признаков прогрессирования заболевания.

С ККНЭР почки выявлен один случай у мужчины 59 лет с III стадией заболевания. Клинические проявления отсутствовали, опухоль выявлена слу-

чайным образом при плановом обследовании. Проявлений карциноидного синдрома не отмечалось. Повышение опухолевых маркеров в сыворотке крови не выявлено. На первом этапе было выполнено хирургическое лечение в объеме радикальной нефрэктомии с регионарной лимфодиссекцией, последующего лечения не получал. Прогрессирование заболевания наступило через 4 месяца в виде множественных метастазов в печени, в связи с этим проводилась химиотерапия с использованием препаратов платины и таксанов. С учетом положительной динамики выполнена резекция печени (условно радикальный объем). После проведенного хирургического лечения химиотерапию не получал. Через 4 месяца пациент умер от прогрессирования заболевания (множественные метастазы в печень с развитием печеночной недостаточности). Период до прогрессирования составил 4 месяца, общая продолжительность жизни – 24 месяца.

Обсуждение

В настоящее время ввиду редкости патологии проведение проспективного исследования невозможно. Большинство полученных данных основаны исключительно на ретроспективном анализе небольших групп больных или же на единичных клинических случаях, что, безусловно, является актуальной проблемой.

По результатам обширного ретроспективного исследования 56 пациентов, описанного в литературе, средний возраст с высокодифференцированными нейроэндокринными опухолями почки составил 49 лет [4]. В нашем исследовании средний возраст пациентов составил 51 год (от 40 до 63 лет, медиана – 55 лет) и примерно равное распределение по половому признаку (4 женщин и 5 мужчин), что сопоставимо с мировыми данными. Наибольшая группа пациентов (7 случаев), вошедших в исследование, представлена НЭО, и все пациенты на момент обращения имели локализованную форму заболевания, что характеризует их низкий злокачественный потенциал. Среди высокозлокачественных форм (МКР и ККНЭР) в двух представленных

случаях пациенты имели местнораспространенную и диссеминированную формы заболевания.

При анализе мировой литературы и полученных данных в нашем исследовании, НЭН почки не имеют специфических клинических симптомов. Клинические проявления и карциноидный синдром на момент обращения отсутствовали у всех пациентов, однако в 49,8% случаев карциноидный синдром присутствовал при прогрессировании заболевания среди НЭО. Это не является характерным признаком для НЭН почки, однако подтверждает единое происхождение этих опухолей.

Результаты лучевых методов диагностики (КТ, МРТ, УЗИ) существенно не отличаются от таковых при других злокачественных новообразованиях почки. При выявлении НЭН ключевым моментом является дифференциальная диагностика с метастатическим поражением почки при НЭН иной первичной локализации. Единственным методом, подтверждающим нейроэндокринную природу опухоли, является морфологическое исследование с иммуногистохимией. Однако ввиду редкости патологии органоспецифические маркеры и их комбинации не выявлены, что затрудняет диагностику при наличии первичного диссеминированного процесса.

Иммуногистохимически все НЭН почки имели положительную реакцию как минимум с двумя нейроэндокринными маркерами, однако органоспецифических маркеров не выявлено и пороговые значения индекса пролиферации не определены ввиду малого количества наблюдений. В нашем случае у пациента с ККНЭР экспрессия CD 10 отсутствовала (часто экспрессирует при уротелиальной карцине и почечно-клеточном раке, но нейроэндокринные маркеры в этих случаях отрицательные), однако, по данным литературы, среди описанных случаев, в отличие от других подтипов НЭН почки, может быть характерна его фокальная экспрессия в комбинации минимум с одним нейроэндокринным маркером [1, 16, 17].

В настоящее время НЭН почки являются редкой первичной локализацией, в связи с этим не существует

клинических рекомендаций по лечению данного типа опухолей. Самым эффективным методом лечения НЭН почки является хирургический – радикальная нефрэктомия или резекция почки с регионарной лимфодиссекцией. Хирургический метод следует рассматривать как основной при локализованных формах заболевания. Согласно мировой литературе, на примере обширного исследования 56 случаев первичных высокодифференцированных опухолей почек, в течение 43 месяцев наблюдения после радикального хирургического лечения не отмечено признаков прогрессирования заболевания у 47% больных [4]. В нашем исследовании у пациентов с НЭО, которым выполнено радикальное хирургическое лечение, период без прогрессирования достигал 13 лет.

Адьювантная терапия не разработана и, как правило, не рекомендуется. Решение о ее проведении должно быть основано на факторах прогноза – степени злокачественности, наличия секреторной активности и стадии заболевания [25]. Хотя по результатам нашего исследования, на отдельно представленных случаях показатели общей выживаемости у пациентов с НЭО почки III стадии, которые получили комбинированное лечение (радикальное хирургическое лечение с адьювантной химиотерапией), сопоставимы с показателями у пациентов с I и II стадией заболевания, получивших только радикальное хирургическое лечение. Можно предположить, что проведение комбинированных методов лечения у пациентов с более ранними стадиями может улучшить показатели общей выживаемости у пациентов с НЭО почки. Однако ввиду малого количества наблюдений достоверные данные отсутствуют.

В случае диссеминированной формы заболевания выбор терапии зависит от морфологического типа опухоли и локализации метастазов согласно алгоритму лечения НЭН желудочно-кишечного тракта и бронхолегочной системы. Выполнение циторедуктивной операции оправданно, если есть возможность удаления не менее 70% опухолевой массы. Особенно это имеет значение при наличии секреторной

активности, в соответствии с алгоритмом лечения секретирующих НЭН других локализаций [25].

Мониторинг после радикального лечения должен быть длительным, так как имеется вероятность позднего метастазирования.

Заключение

НЭН почки – крайне редкая и отдельная группа опухолей, имеющая особенности и требующая несколько иного подхода к диагностике и лечению, чем наиболее распространенные формы злокачественных новообразований. Алгоритм лечения и диагностики у данной группы больных не разработан. Целесообразность выбора тактики лечения должна основываться на степени распространенности опухолевого процесса, морфологических и биологических особенностях опухоли, согласно принятым алгоритмам лечения НЭН. С учетом малой выборки, достоверных данных при анализе данной группы пациен-

тов не получено. Однако проведенный анализ может служить вкладом в общую мировую базу, на основании которой можно будет получить больше данных об этой патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Список литературы

1. Lane BR, Chery F, Jour G, Sercia L, Magi-Galluzzi C, Novick AC, et al. Renal neuroendocrine tumours. *Indian Journal of Urology*, 2009, Apr; 25 (2): 155–60. DOI: 10.4103/0970-1591.52905. PMID: 17784891.
2. El-Naggar A.K., Troncoso P., Ordóñez N.G. Primary renal carcinoid tumor with molecular abnormality characteristic of conventional renal neoplasm. *Diagn Mol Pathol*. 1995 Mar; 4 (1): 48–53. PMID: 7735556.
3. The WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs presented in this book reflects the views of a Working Group that convened for an Editorial and Consensus and Editorial Meeting at the University Hospital Zürich, Zürich, 11–13 March 2015.
4. Romero F.R., Rais-Bahrami S., Permpongkosol S., et al. Primary carcinoid tumors of the kidney. *J Urol*. 2006; 176 (6 Pt 1): 2359–66. PMID: 17085102.
5. Omiyale AO, Venyo AK. Primary carcinoid tumour of the kidney: A review of the literature. *Adv Urol* 2013; 2013: 579396. DOI: 10.1155/2013/579396. PMID: 23997766.
6. Moukassa D, Leroy X, Bouchind'homme B, Saint F, Lemaître L, Gosselin B. Primary large cell neuroendocrine carcinoma of the kidney: morphologic and immunohistochemical features of two cases. *Ann Pathol*. 2000; 20: 357–60. PMID: 11015655.
7. Lane BR, Chery F, Jour G, Sercia L, Magi-Galluzzi C, Novick AC, Zhou M. Renal neuroendocrine tumours: a clinicopathologic study. *BJU Int*. 2007 Nov; 100 (5): 1030–5. PMID: 17784891. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2007.07116.x.
8. Ratnagiri R, Singh SS, Majhi U, Kathiresan, Sateeshan Large-cell neuroendocrine carcinoma of the kidney: clinicopathologic features. *Indian J Urol*. 2009 Apr; 25 (2): 274–5. PMID: 19672368 PMIDID: PMC2710086. DOI: 10.4103/0970-1591.52928.
9. Palumbo C, Talso M, Dell'Orto PG, Cozzi G, De Lorenzis E, Conti A, et al. Primary large cell neuroendocrine carcinoma of the renal pelvis: a case report. *Urologia*. 2014 Jan-Mar; 81 (1): 57–9. DOI: 10.5301/urologia.5000033. PMID: 24474544 DOI: 10.5301/urologia.5000033.
10. Wann C, John NT, Kumar RM. Primary renal large cell neuroendocrine carcinoma in a young man. *J Clin Diagn Res*. 2014 Nov; 8 (11): ND08–9. PMID: 25584263 PMIDID: PMC4290282. DOI: 10.7860/JCDR/2014/9443.5179.
11. Shimbori M, Osaka K, Kawahara T, Kasahara R, Kawabata S, Makiyama K, Kondo K, Nakaigawa N, Yamanaka S, Yao M. Large cell neuroendocrine carcinoma of the kidney with cardiac metastasis: a case report. *J Med Case Rep*. 2017 Oct 20; 11 (1): 297. DOI: 10.1186/s13255-017-1460-7. PMID: 29052535.
12. La Rosa S, Bernasconi B, Micello D et al (2009) Primary small cell neuroendocrine carcinoma of the kidney: morphological, immunohistochemical, ultrastructural and cytogenetic study of a case and review of the literature. *Endocr Pathol*. 2009 Spring; 20 (1): 24–34. DOI: 10.1007/s12022-008-9054-y. PMID: 19096940.
13. Dunder P, Pesi M, Povýsil C, et al. Primary large cell neuroendocrine carcinoma of the kidney. *Pathology & Oncology Research* 2010 Mar; 16 (1): 139–42. DOI: 10.1007/s12253-009-9180-y. Epub 2009 Jul 7. PMID: 19579058.
14. Kawajiri H., Onoda N., Ohira M., et al. Carcinoid tumor of the kidney presenting as a large abdominal mass: Report of a case. *Surg Today*. 2004; 34 (1): 86–9. PMID: 14714238 DOI: 10.1007/s00595-003-2644-x.

Для цитирования: Аббасова Д.В., Поликарпова С.Б., Маркович А.А., Кирсанов В.Ю., Козлов Н.А. Нейроэндокринные новообразования почки. Медицинский алфавит. 2020;(8):47–51. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-8-47-51>

For citation: Abbasova D.V., Polikarpova S.B., Markovich A.A., Kirsanov V. Yu., Kozlov N.A. Neuroendocrine neoplasms of the kidney. Medical alphabet. 2020;(8):47–51. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-8-47-51>

Для онкобольных сокращаются сроки ожидания медпомощи по полису ОМС

Об этом на онлайн-конференции «Бесплатная медицина: права и возможности российских пациентов» сообщил член рабочей группы по развитию обязательного медицинского страхования ВСС, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, профессор Алексей Старченко.

«Сроки оказания медпомощи прописаны в программах госгарантий. Практически каждый год они пересматриваются в пользу пациентов. Так, с 2020 года изменяются сроки ожидания медпомощи для онкобольных. Между начальным подозрением на рак и первым приемом у специалиста-онколога должно проходить не более трех рабочих дней. До этого действовала норма – пять дней. Улучшаются и права на получение высокотехнологичной медицинской помощи. Ожидание процедуры компьютерной томографии для онкобольных сокращается с 14 до 7 дней», – заявил Алексей Старченко.

Ранее вице-премьер правительства РФ Татьяна Голикова сообщала, что в 2020 году на программу по борьбе с онкологией, которая финансируется

в рамках национального проекта «Здравоохранение», будет дополнительно выделено 50 млрд руб. В результате общие расходы на борьбу с раком составят 120 млрд руб., что расширит спектр оказываемой медицинской помощи.

«Одно из важнейших нововведений состоит в том, что поддержка онкобольных со стороны страховых медицинских организаций теперь осуществляется не только постфактум – после оказания медицинской помощи в виде профессиональной экспертизы. С этого года страховые представители третьего уровня получили возможность осуществлять сопровождение онкобольных с самого начала процесса лечения», – отметил вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. «Кроме того, неотъемлемой частью диспансеризации стал онкоскрининг, позволяющий выявлять злокачественные новообразования на ранних стадиях».

В рамках системы ОМС расширяются возможности не только отдельных категорий пациентов, но и всех застрахованных. Более удобными становятся процедуры оформления полиса ОМС.

Теперь в интересах граждан срок действия временного свидетельства (полиса) увеличен с 30 до 45 рабочих дней.

Усиливается акцент на профилактику и раннюю диагностику. «С этого года диспансеризация стала более доступной. Граждане в возрасте от 18 лет до 39 лет могут проходить ее раз в три года, а профилактический осмотр (который предшествует диспансеризации) – ежегодно. Те, кому 40 и больше лет, имеют право ежегодно получать весь комплекс медпомощи, предусмотренной диспансеризацией», – рассказал Сергей Шкитин, заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы ООО «АльфаСтрахование-ОМС». – «Что важно, теперь диспансеризацию можно пройти в субботу или вечером в будние дни».

В 2019 году в систему ОМС дополнительно были введены более 10 методов высокотехнологичной медицинской помощи. Например, эндопротезирование суставов конечностей, коронарная реваскуляризация миокарда и другие. Более доступной становится аппаратная диагностика (КТ, МРТ). Со следующего года для всех застрахованных срок ожидания КТ может сократиться с 30 до 14 дней.