

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им.  
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Кафедра клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. кафедрой:  
д.м.н. Зуков Р.А.

Реферат на тему:  
**Рак почки: клиника, диагностика,  
принципы лечения**

Выполнила:  
Кречетова А.В

**Рак почки** является наиболее распространенной опухолью этого органа у взрослых. Он составляет около 3 % всех опухолей и свыше 90 % всех новообразований почки. Эта опухоль развивается из эпителия почечных канальцев и описана в литературе под названием опухоль Гравитца, гипернефрома, гипернефроидный рак, почечноклеточный рак. В последние годы принято название “почечноклеточный рак”.

### **Патоморфология:**

Почечноклеточный рак развивается в виде одного или нескольких узлов овальной или шаровидной формы, что придает органу бугристый характер. Узлы могут локализоваться в любом сегменте почки, иметь размеры от мелких узелков до больших образований, деформирующих живот и видимых на расстоянии. На разрезе опухолевые узлы имеют пестрый вид: участки красного или желто-коричневого цвета чередуются с очагами серого, оранжевого и желтого. Иногда в толще узла прослеживают участки обызвествления. Обычно опухолевые узлы находятся в капсуле, достаточно толстостенной и хорошо прослеживаемой в одних случаях и едва заметной – в других. Опухоль может прорасти капсулу.

Встречаются следующие разновидности рака почки по своему гистологическому строению:

- почечно-клеточный рак (карцинома)
- аденокарцинома
- папиллярная аденокарцинома
- тубулярная карцинома
- зернисто-клеточная карцинома (темноклеточный)
- светлоклеточная аденокарцинома (гипернефрома)

### **Метастазирование:**

Злокачественные опухоли почки метастазируют гематогенным и лимфогенным путями. По кровеносным сосудам они переносятся в 35 – 40 % случаев в легкие, в 35 % – в кости, реже – в печень, головной мозг.

Характерно, что при раке почки, в отличие от других опухолей, метастазы в легких бывают обычно солитарными, костные метастазы чаще всего возникают в костях таза, позвоночника, конечностей, в ребрах.

Лимфогенные метастазы возникают, прежде всего, в лимфатических узлах области почечных пазух, затем парааортальных, ворот печени, изредка – средостения, шейных. Опухоль может прорасти в околопочечную клетчатку, мышцы стенки живота.

## **Классификация опухолей почки по системе TNM (5-е издание, 1997)**

### TNM – клиническая классификация

T – первичная опухоль

TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 – первичная опухоль не определяется.

T1 – опухоль до 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой.

T2 – опухоль больше 7 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой.

T3 – опухоль распространяется на крупные вены или надпочечник, или околопочечные ткани, но в пределах фасции Герота.

T3a – опухоль распространяется на надпочечник или околопочечные ткани, но в пределах фасции Герота.

T3b – массивное распространение опухоли в почечную или полую вену(ы) ниже диафрагмы.

T3c – массивное распространение опухоли в почечную или полую вену(ы) выше диафрагмы.

T4 – опухоль распространяется за пределы фасции Герота.

N – регионарные лимфатические узлы

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастазы рака в одном регионарном лимфатическом узле,

N2 – метастазы рака в нескольких регионарных лимфатических узлах.

M – отдаленные метастазы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M0 – отдаленные метастазы не определяются.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

### pTNM – патоморфологическая классификация

Категории pT, pN и pM соответствуют категориям T, N, M.

### **G – гистопатологическая градация**

GX – степень дифференцировки не может быть определена.

G1 – высокая степень дифференцировки.

G2 – средняя степень дифференцировки.

G3 – 4 – низкая степень дифференцировки (недифференцированная опухоль)

### **Клиника:**

Клиническая картина рака почки изменчива и многолика. Очень часто заболевание может протекать бессимптомно, без какой – либо зависимости от величины опухоли, ее распространенности и клинических проявлений.

Симптоматика состоит из местных и общих признаков. Среди общих симптомов у большинства больных наблюдают так называемые экстраренальные или паранеопластические проявления – ухудшение общего состояния, проявляющееся общей слабостью, потерей аппетита, похудением. Часто единственным признаком рака почки может быть повышенная СОЭ. У некоторых больных заболевание может проявляться лишь “беспричинным” повышением температуры тела, чаще под вечер, артериальной гипертензией, повышенной потливостью, полицитемией, анемией, гиперкальциемией, почечной дисфункцией.

К местным симптомам относят классическую триаду: гематурию, боль в области пораженной почки и пальпируемую опухоль. Триаду наблюдают примерно у 15 % больных. Чаще проявляется не триада, а один или два симптома в том или ином сочетании. Гематурию наблюдают у 213 больных, причем у части из них она является единственным признаком заболевания. Она начинается обычно внезапно среди полного здоровья и может быть тотальной профузной, безболезненной, перемежающейся, в моче могут появляться сгустки крови или они отсутствуют. Для опухоли почки характерны червеобразные сгустки, но они могут быть и бесформенными. Гематурия может быть кратковременной, во время одного-двух мочеиспусканий, продолжаться несколько часов, дней, прекратиться самостоятельно и повториться через неопределенное время, даже через несколько лет. Интенсивность гематурии может быть разной, однако она обычно не угрожает жизни больного. Учитывая эти особенности гематурии при раке почки, важное значение придают цистоскопии на высоте гематурии.

Боль в области почки, пораженной опухолью, наблюдают у 60 – 70 % больных. Она может проявляться дискомфортом, чувством тяжести в поясничной области, иногда типичной почечной коликой. Почечная колика сопровождается острой болью, возникающей вследствие закупорки мочеточника сгустками крови и нарушения пассажа мочи из почки. Важно помнить, что в отличие от других заболеваний почек, сопровождающихся гематурией (мочекаменная болезнь, гидронефроз, нефроптоз и др.), колика при раке возникает после гематурии, а не предшествует ей.

Пораженную опухолью почку пальпируют обычно при значительных размерах новообразования. Этот симптом характерен для опухоли, однако встречается сравнительно редко и в очень запущенных случаях.

Опухолевый узел, локализующийся в верхнем конце почки, иногда оттесняет ее вниз, поэтому при пальпации определяют неизменный нижний конец. При локализации опухоли в нижнем конце или в среднем сегменте пальпируется бугристое плотное опухолевидное образование разных размеров и подвижности. Величина и подвижность пораженной почки часто зависят не только от истинных размеров опухоли и распространенности процесса, но и от степени вовлечения в него околопочечной клетчатки. Поэтому неподвижность почки при пальпации еще не свидетельствует о неоперабельности опухоли.

К местным симптомам опухоли почки следует относить также варикоцеле. Оно может быть двусторонним, но чаще его наблюдают слева. Причиной варикоцеле является нарушение кровотока и повышение давления в нижней полой вене, почечной или одной из вен яичка, вызванное сдавлением или прорастанием опухолью.

Описанные местные симптомы являются, как правило, поздними, у половины больных с этими признаками выявляют метастазы. Следует отметить, что во многих случаях метастазы являются первыми проявлениями заболевания.

### **Диагностика и стадирование рака почки**

Обследование больных раком почки претерпело существенные изменения в результате появления современных неинвазивных диагностических методов, таких как *ультразвуковая (УЗКТ) и рентгеновская компьютерная томография (РКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)*. Чаще всего опухоль почки обнаруживают при УЗКТ, выполняемом по поводу другого заболевания или профилактически. Несмотря на высокую диагностическую ценность УЗКТ, последняя всегда должна быть дополнена РКТ - основным методом диагностики объемных образований почки. Ангиография и выделительная урография уже не являются рутинными методами обследования больных локальным раком почки и используются довольно

редко. В комплекс обязательных обследований для диагностики и определения стадии процесса входит РКТ, УЗКТ, рентгенография легких.

Радиоизотопное сканирование скелета показано при наличии болей в костях и повышении щелочной фосфатазы.

МРТ выполняется больным с аллергией на йодосодержащие контрастные вещества, хронической почечной недостаточностью, опухолевым тромбозом нижней полой вены, а также для подтверждения костных метастазов. Радионуклеидная ренография (сканирование почек) выполняется для оценки функционального состояния пораженной и здоровой почек, что имеет значение для решения вопроса о тактике лечения.

**Экскреторная урография** (рентгенологическое исследование с выделением почками контрастного вещества) традиционно применялась для выявления опухолей почек и оценки функции противоположной здоровой почки. Характерными признаками объемного образования считается увеличение размеров, деформация контуров, наличие кальцификатов, деформация чашечно-лоханочной системы почки, ампутация одной или нескольких чашечек, отклонение мочеточника. Если диагноз опухоли почки был установлен при УЗКТ, или РКТ, экскреторная урография не дает дополнительной информации для стадирования. Однако она показана больным с макрогематурией (кровь в моче), для проведения дифференциального диагноза с доброкачественными образованиями верхних мочевых путей.

**УЗКТ почек** позволяет не только диагностировать объемное образование почки, но и провести дифференциальный диагноз между кистой и солидной (злокачественной) опухолью. Другим достоинством метода является его низкая стоимость, отсутствие побочных эффектов и возможность использования в скрининговых программах.

Недостатком УЗКТ является зависимость результатов от квалификации врача, недостаточно хорошая визуализация у тучных больных и при большом скоплении газа в кишечнике. Точность УЗКТ в выявлении малых (<3см) раков почки составляет 79% по сравнению с 67% при использовании экскреторной урографии. Использование Доплеровского исследования позволяет определить гиперваскуляризацию, более характерную для злокачественной опухоли, однако данный критерий не является надежным, т.к. до 20% раков почки гипо- или аваскулярны. Бесспорным достоинством метода является возможность диагностики распространенности опухоли при выполнении резекции почки, определения протяженности опухолевого тромбоза НПВ, оценки распространенности поражения печени.

**РКТ** в настоящее время является основным методом визуализации объемных образований почки. Точность РКТ в диагностике рака почки достигает 95%.

Как крупные, так и небольшие опухоли (1,5-2,0 см в диаметре) могут иметь некротические зоны и подвергаться кистозной трансформации, что обычно отчетливо отображается при РКТ. Внутренняя структура таких кистозных образований чаще всего неоднородна. Капсула подобных «кист» неравномерно утолщена, внутри нее или по ее поверхности могут определяться кальцинаты. Следует отметить, что при МРТ кальцинаты не визуализируются. Выявление кальцинатов в капсуле кистозных образований почек является настораживающим симптомом, часто свидетельствующим о наличии опухолевого процесса.

Внутривенное контрастирование, несомненно, повышает диагностическую ценность РКТ в тех случаях, когда характер выявляемых образований или причина деформации почки не ясны. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей обычно невозможна, за исключением почечной ангиомиолипомы, патогномоничным признаком которой является наличие жировых включений.

**МРТ** занимает важное место в диагностике объемных образований почек. Особенно это касается обследования больных с выраженным нарушением почечной функции, аллергическими реакциями на иодосодержащие контрастные растворы, противопоказаниями к ионизирующему излучению. Возможность получения многопланового изображения в различных плоскостях имеет большое значение для определения происхождения первичной опухоли, когда данные РКТ неоднозначны. На сегодняшний день МРТ является методом выбора в диагностике опухолевого тромба и определения его верхней границы. Противопоказаниями к проведению МРТ являются клаустрофобия, наличие у больного металлических протезов, хирургических металлических скрепок. Дополнительным ограничением является высокая стоимость метода.

**Ангиография**, ранее являвшаяся ведущим методом диагностики опухолей почек, в настоящее время выполняется только в случаях, когда требуется точная информация о количестве почечных артерий, сосудистой архитектонике почки, а также при подозрении на заинтересованность магистральных сосудов.

Показаниями к ангиографии являются:

- планируемая резекция почки;
- опухоль почки больших размеров;
- опухолевый тромбоз НПВ;
- планируемая эмболизация почечной артерии.

Наиболее важные лабораторные параметры у больных раком почки включают определение: гемоглобина и СОЭ (прогностические факторы),

креатинина (функциональное состояние почек), щелочной фосфатазы (метастазы в печень, кости), сывороточного кальция (гиперкальциемия).

**Дифференциальную диагностику** проводят с абсцессом или карбункулом почки, паранефритом, солитарной кистой, поликистозом, туберкулезом, мочекаменной болезнью, забрюшинными внеорганными опухолями.

## **Оперативное лечение**

Оперативное лечение показано большинству больных раком почки. Основным оперативным методом является *радикальная нефрэктомия*. При ее выполнении единым блоком удаляют почку вместе с околопочечной и забрюшинной жировой клетчаткой, регионарными лимфатическими узлами от диафрагмы до бифуркации аорты и места слияния общих подвздошных вен. При выполнении операции необходимо избегать манипуляции на почке до момента лигирования почечных сосудов.

При выборе оперативного доступа для радикальной нефрэктомии необходимо соблюдать основной постулат онкологии – абластичность, а также минимальную травматичность и доступность объекта операции.

Используют люмботомический, трансперитонеальный и трансторакальный оперативные доступы к почке. При использовании любого доступа опухолевая почка должна удаляться экстрафасциально.

Традиционным и наиболее распространенным доступом в урологии является внебрюшинный люмботомический, рекомендуют применять этот доступ при удалении небольших опухолей нижнего и среднего сегментов почки.

Трансперитонеальный доступ по сравнению с люмботомическим обладает некоторыми преимуществами. К ним относятся непосредственный выход на магистральные сосуды почки, значительная атравматичность и абластичность, возможность осуществления детальной ревизии органов брюшной полости и, при необходимости, удаления селезенки, резекции кишки, печени, поджелудочной железы. Определенные трудности при трансперитонеальном доступе возникают при инфильтрации опухолевыми массами почечных сосудов.

Различные модификации трансторакального доступа (тораколумбальный, торакофренолумбальный, торакоабдоминальный) обеспечивают широкий доступ к верхнему полюсу почки, почечной ножки, а

также аорте и нижней полой вене. Если удаляется опухоль больших размеров, торакальную часть доступа можно проводить в десятом или девятом межреберьях.

Выполнение радикальной нефрэктомии затруднено при прорастании опухолевого тромба в почечную и нижнюю полую вены. Частота венозной опухолевой инвазии – 4-10%. Если опухолевый не распространяется за пределы почечной вены, то лигатуру необходимо накладывать медиальнее тромба. При проникновении опухолевого тромба в нижнюю полую вену тромбэктомия выполняется после предварительного наложения мягких сосудистых зажимов выше и ниже тромба. При прорастании опухоли устья почечной вены и стенки нижней полой вены выполняют краевую резекцию нижней полой вены.

Необходимость удаления надпочечника при выполнении нефрэктомии возникает при больших опухолях верхнего полюса почки, обнаружении метастазов в надпочечнике при компьютерной томографии или во время операции.

В некоторых случаях показано выполнение органосохраняющей операции – резекции почки. Она является общепринятым методом лечения больных с опухолью единственной почки, двусторонними поражениями, а также при нарушении функции контралатеральной почки. Целесообразность выполнения резекции почки при нормальной противоположной почке в настоящее время является предметом обсуждения.

Некоторые исследователи полагают нецелесообразным выполнять резекцию почки при нормально функционирующей контралатеральной почке, отмечая лучшие отдаленные результаты после радикальной операции. Однако большинство авторов указывают на возможность выполнения резекции почки при небольших (до 4 см) опухолях независимо от функции противоположной почки. Некоторые авторы считают возможным выполнять резекцию почки только при опухолях меньше 2 см, так как, по их мнению, при резекции более крупных новообразований риск появления местных рецидивов существенно возрастает.

Во время органосохраняющей операции необходимо выполнять морфологическое исследование ткани почки, чтобы определить границу опухолевой инвазии. Предлагают применять фотодинамический метод с использованием 5-аминолевулиновой кислоты.

Резекцию почки можно выполнить лапароскопическим методом, однако широкое распространение такая операция не получила.

## **Иммунотерапия**

Наряду с хирургическим лечением опухоли почки возможно применение консервативных методов, основное значение из которых имеет иммунотерапия. Последняя показана главным образом при метастатическом и рецидивном раке почки.

Наиболее широкое распространение получило использование интерлейкина-2, альфа-интерферона или их комбинации. Эти препараты эффективны у 15-20% больных, с кратковременной или длительной ремиссией.

Установлено, что эффективность малых доз интерлейкина-2 или альфа-интерферона практически не отличается от эффективности больших доз, но токсичность последних значительно выше. Эффективность интерлейкина-2 выше, чем альфа-интерферона, поэтому именно этот препарат следует рекомендовать в качестве первой линии иммунотерапии рака почки.

По мнению некоторых авторов эффективность иммунотерапии в значительной степени определяется гистологическим строением почечно-клеточного рака: лучшие результаты – у больных со светлоклеточным и смешанным раком, тогда как при саркоматоидных опухолях эффективность иммунотерапии цитокинами чрезвычайно низка.

Относительно целесообразности назначения иммунотерапии в качестве адъювантной терапии после хирургического лечения почечно-клеточного рака для предотвращения локальных рецидивов и метастазирования единого мнения нет: одни исследователи считают ее неэффективной, тогда как другие отмечают увеличение выживаемости больных.

В последние годы активно изучают возможность применения других цитокинов при раке почки, однако пока не удастся создать новые высокоэффективные противоопухолевые иммунопрепараты. Неэффективными при метастатическом раке почки оказались рекомбинантный гамма-интерферон и рекомбинантный интерлейкин-12.

## **Химиотерапия**

Роль химиотерапии менее важна, однако при метастатических и рецидивных опухолях химиопрепараты могут быть минимально эффективны. Эти препараты обычно сочетают с иммунотерапией. К наиболее часто назначаемым цитотоксическим препаратам относятся винбластин (эффективен у 6-9% больных) и 5-флуороурацил (эффективен у 5-8% больных).

Низкая эффективность химиотерапии при почечно-клеточном раке обусловлена феноменом мультилекарственной резистентности, связанной с соответствующим геном. Поэтому активно изучают возможность

применения химиопрепаратов в комбинации с ингибиторами этого феномена. К ним относятся верапамил и производные циклоспорина.

Наиболее часто применяют стандартные комбинированные схемы:

Ift:

а-2Ь-интерферон по 3 000 000 ЕД подкожно 10 дней  
Фторафур по 1200 мг внутрь ежедневно 10 дней.

Интервал между циклами 2 нед.

VC:

Винбластин по 4 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в 1, 8, 15-й день  
Ломустин по 100 мг/м<sup>2</sup> внутрь в 1-й день.

Циклы повторяют каждые 5 нед.

VMe:

Винбластин по 6 мг/ м<sup>2</sup> внутривенно в 1, 8, 15-й день  
Семустин по 200 мг/ м<sup>2</sup> внутрь в 1-й день.

VBM:

Винбластин по 6 мг/ м<sup>2</sup> внутривенно в 1, 8, 15-й день  
Блеомицин по 10 мг/ м<sup>2</sup> внутривенно во 2, 9, 16-й день  
Метотрексат по 20 мг/ м<sup>2</sup> внутривенно в 3, 10, 17-й день.

При генерализованном и диссеминированном раке почки могут быть использованы названные препараты, а также депо-провера (медоксипрогестерона ацетат), интерферон в монотерапии и разных сочетаниях по общепринятым схемам.

После оперативного лечения при запущенном раке почки, при метастазах в ложе удаленного органа или отдаленных назначают 17-а-оксипрогестерона капронат – 12,5 % раствор по 5 – 8 мл внутримышечно до 3 мес, тамоксифен (зитазониум) по 1 таблетке 3 раза в день 3 мес, тестэнат – 10 % раствор 1 мл внутримышечно 1 раз в неделю до 3 мес.

## **Радиотерапия**

Радиотерапия из-за резистентности рака почки не получила широкого распространения, и ее роль в лечении продолжает оставаться предметом дискуссий.

## **Лечение почечно-клеточного рака в зависимости от стадии заболевания.**

Стадия I (T<sub>1-2</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>)

Основной метод лечения – радикальная нефрэктомия. При опухолях размером менее 4 см – резекция почки.

Стадия II (T<sub>3a</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>)

Радикальная нефрэктомия остается основным методом лечения опухолей на этой стадии. Выполняют лимфаденэктомию, однако ее эффективность не подтверждена.

Органосохраняющие операции (резекция почки) выполняется только при билатеральных поражениях и опухолях единственной почки.

Стадия III (T<sub>3b</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>)

1) T<sub>3b</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>

Радикальная нефрэктомия остается основным методом лечения. Во время операции часто возникает необходимость удаления надпочечника, опухолевых тромбов из почечной и нижней полой вен, резекции стенки нижней полой вен. До операции показана эмболизация почечных артерий. Эффективность пред- и послеоперационной радиотерапии, рекомендуемых некоторыми авторами на этой стадии опухоли, не подтверждена.

2) любые T, T<sub>1-3</sub>, M<sub>0</sub>

Прогноз для больных на этой стадии опухолевого процесса неблагоприятен. Радикальная нефрэктомия также остается операцией выбора. Во время операции необходимо расширенную лимфоаденэктомию. Артериальную эмболизацию опухоли применяют до операции с целью уменьшения кровопотери во время нефрэктомии или как паллиативный метод лечения у неоперабельных больных.

Стадия IV (T<sub>4</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>; любые T, любые N, M<sub>1</sub>)

Прогноз для больных с распространенным раком почки крайне неблагоприятен.

В качестве паллиативного метода лечения используют артериальную эмболизацию опухоли и нефрэктомию. Отмечено достоверное улучшение выживаемости больных с распространенным раком почки после нефрэктомии, если опухоль не превышала 7 см в диаметре.

Доказано, что нефрэктомия в некоторых случаях может вызвать спонтанную регрессию отдаленных метастазов. Однако регрессия метастазов отмечена и без выполнения какого-либо вмешательства.

У некоторых больных с ограниченным числом отдаленных метастазов повышение выживаемости можно достичь путем выполнения нефрэктомии и хирургического удаления метастазов. Более эффективна резекция метастазов у больных с продолжительным (более 2 лет) интервалом между первичной нефрэктомией и развитием отдаленных метастазов. Не отмечено различий в

выживаемости при удалении одного или нескольких метастазов.

Хирургическая резекция выполняется даже у пациентов с метастазами в мозг, однако лучшие результаты получают при удалении метастазов в легких.

У больных с метастатическим раком почки большое значение придается иммунотерапии.

Альфа-интерферон эффективен примерно у 15% больных. Лучшие результаты отмечены у больных с единичными необъемными метастазами в легких и без кахексии. Однако ремиссия чаще всего кратковременна.

Более перспективным представляется использование интерлейкина-2 – у 5% больных препарат вызывает длительную полную ремиссию.

Относительно оптимальной дозы ИЛ-2 полной ясности нет. В некоторых сообщениях указывается, что низкие дозы интерлейкина-2 оказываются столь же эффективными, как и высокие дозы, но обладают меньшим побочным действием.

Комбинированная иммунотерапия интерлейкином-2 и альфа-интерфероном оказалась эффективной у 18% больных, причем у 6% была достигнута длительная полная ремиссия.

В последние годы показана эффективность комбинированной химио- и иммунотерапии при лечении больных с метастатическим раком почки.

Наиболее часто используют интерлейкин-2 и альфа-интерферон в комбинации с 5-флуороурацилом, такая терапия эффективна у 19% больных.

Однако ряд исследователей подвергают сомнению обоснованность комбинированной химиоиммунотерапии, указывая, что отдаленные результаты при этом не лучше, чем при применении одной только иммунотерапии.

### **Основные лечебные подходы при различных вариантах рака почки:**

#### *Распространенный рак почки*

- Паллиативная нефрэктомия.
- Радикальная нефрэктомия (у некоторых больных с T<sub>4</sub>, M<sub>0</sub>).
- Нефрэктомия и резекция метастазов (у некоторых больных с M<sub>1</sub>).
- Монотерапия интерлейкином-2.
- Монотерапия альфа-интерфероном.
- Комбинированная иммунотерапия интерлейкином-2 и альфа-интерфероном.
- Комбинированная химиоиммунотерапия.

#### *Рецидивный почечно-клеточный рак.*

- Хирургическая резекция метастазов.
- Монотерапия интерлейкином-2.
- Монотерапия альфа-интерфероном.

- Комбинированная иммунотерапия интерлейкином-2 и альфа-интерфероном.

Прогноз благоприятный. Тактика лечения таких больных зависит от многих факторов, включая характер проведенного ранее лечения, локализацию рецидива и общее состояние пациента. Лучшие результаты наблюдаются при более продолжительном интервале времени между окончанием предыдущего лечения и развитием рецидива.

#### *Двусторонние опухоли и опухоль единственной почки.*

- Двусторонние резекции почек.
- Резекция почки и радикальная нефрэктомия с противоположной стороны.
- Двусторонние радикальные нефрэктомии с последующим гемодиализом и трансплантацией почки.

При опухоли единственной почки возможно выполнение резекции почки или радикальной нефрэктомии с последующими гемодиализом и трансплантацией почки.

Трудности лечения больных с двусторонними опухолями и опухолью единственной почки обусловлены необходимостью сочетать, с одной стороны, адекватность резекции опухоли, а с другой стороны – максимально возможное сохранение почечной ткани. Основным критерием при выборе тактики лечения таких больных является прогнозируемая выживаемость при каждом методе лечения.

### **Прогноз**

зависит прежде всего от гистологической формы опухоли, радикальности операции, стадии заболевания, возраста и профессии больного. Наиболее благоприятный прогноз у больных с 1 и 2 стадиями болезни, значительно хуже – с 3 и 4 стадиями.

Выживаемость неоперированных больных составляет 1 – 3 года, после радикального лечения 3 года живут 40 – 56 % больных, 5 лет – 30 – 48 %, 10 лет – 11 – 22 %.

### **Реабилитация.**

После проведенного лечения больные раком почки должны находиться пожизненно на диспансерном наблюдении онколога и уролога и проходить контрольные осмотры и обследования каждые 3 мес в первый год, каждые 6 мес – во второй-третий, 12 мес – в дальнейшем. При этом необходимо выполнять анализы крови и мочи, рентгенографию легких, УЗИ печени, ложа удаленной почки и контралатеральной. При необходимости выполняют КТ и МРТ.

## Список литературы:

1. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. Москва, 2003.
2. Аляев Ю.Г. Расширенные, комбинированные и органосохраняющие операции при раке почки. Дисс. на соиск. уч. ст. доктора медицинских наук. Москва. 1989.
3. Онкологическая служба Краснодарского края (1997-2003 годы): информ.-аналитические материалы, изд. № 4/под ред. Ю.Е. Дудика: «Клинический онкологический диспансер» ДЗ КК.-Краснодар: Б.И., 2004г.
4. Давыдов М.И., Матвеев Б.П., Матвеев Б.М., Фигурин К.М., Буйденко Ю.В. Расширенные и комбинированные операции в лечении местнораспространенного и метастатического рака почки. Материалы 4 ежегодной Российской Онкологической конференции, стр. 181-182, Москва 2000.
5. Давыдов М.И., Матвеев Б.П., Матвеев В.Б. «Расширенные и комбинированные операции при раке почки и его метастазах» Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы 3-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. Москва 1999.
6. Гершанович М.И. Применение интерлейкина-2 в онкологической практике. Журнал «Вопросы онкологии», 2003, т.49.- №6.- С. 776-782
7. Лазарев А.Ф. и соавт. Лечение местно-распространенного рака почки. Российский онкологический журнал. 2003, №1, С. 7-10.
8. Ромич И., Хорват И., Кишбенедеи Л., Балог Ф. Урология и нефрология, №6, 1979, С. 36-37
9. Карякин О.Б., Хнычев С.С., Сафиуллин К.Н., Дмитренко Ю.О.// Материалы 3-й Всероссийской науч. конф. – М., 1999.- С. 191-193.
10. Лесовой В.Н, Мозжаков П.В., Современная иммунотерапия прогрессирующего ПКР. Междунар. Мед. журнал, 2003, №3.- С.92-94)