

НАШ ДОСВІД ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕРАПІЇ ІНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА 2А АБО АЛЬФА 2В

А.Ц. Боржівський¹, Ц.К. Боржівський¹, Р.З. Шеремета², В.В. Дмитрієнко¹, М.М. Чапля¹

¹ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра урології (зав. - проф. Ю.Б. Борис)

² Львівська обласна клінічна лікарня (головний лікар - М.М. Гичка)

Реферат

Захворюваність на рак нирки (РН) складає 2-3% в структурі всієї злоякісної патології і має тенденцію до росту. На долю нирково-клітинного раку (НКТ) припадає 90-97% пухлин нирок і 3,5% усіх злоякісних новоутворень у дорослих. Таким чином, актуальність проблеми лікування НКТ не викликає сумнівів.

Мета роботи - проаналізувати і покращити результати лікування хворих нирково-клітинним раком органозберігаючими операціями.

Матеріал і методи

Проаналізовані історії хвороб 27 пацієнтів, яким проведена органозберігаюча операція при нирково-клітинному раку з 1995 по 2010 роки. Імперативна група складалася із 10 пацієнтів: білатеральні пухлини - 4 (14,8%); пухлини єдиної нирки - 5 (18,5%); унілатеральні пухлини з ослабленою функцією контралатеральної нирки - 1 (3,7%). Група елективних показань складалася із 17 пацієнтів з однобічним ураженням нирки при здоровій контралатеральній. Операції поєднували із імунотерапією інтерфероном альфа 2а (рафероном) або альфа 2b (лаферобіоном) в операційному і післяопераційному періоді. Енуклеація пухлини виконана у 1 пацієнта, енуклеорезекція - у 13 випадках. У 13 хворих при розмірах пухлини більше 7 см виконувалась класична резекція нирки. Середня тривалість операції складала 110 (60-160) хвилин.

Результати й обговорення

Інтраопераційних ускладнень не відмічалось. В післяопераційному періоді ускладнення були у 2 (7,4%) хворих, що привели до летального кінця через кровотечу. Віддалені результати вивчені при строках спостереження від 12 до 84 місяців (в середньому $27,0 \pm 19,2$ міс.) у 23 хворих (85,2%), із яких по даний час без ознак повернення захворювання живуть 22, із них: 7 років - 3 пацієнта; 6 років - 2; 5 років - 1; 4 роки - 5; 3 роки - 1; 2 роки - 4 (одна хвора померла); 1 рік - 5; 6 місяців - 4 пацієнта. Одна хвора померла через 2 роки після резекції нижнього полюсу подвоєної правої нирки з пухлиною $T_{1b}N_0M_0$. Раніше 6 років тому хворій зроблена лівобічна нефректомія з приводу $T_3N_0M_0$. Слід підкреслити, що при відповідних показаннях органозберігаючі операції в хірургії нирково-клітинного раку, як за нашими даними, так і за даними літератури, являються альтернативою радикальній нефректомії, повинні частіше виконуватися в клінічній практиці і доповнюватися лікуванням імунотерапією інтерфероном альфа-2а або інтерфероном альфа-2b або таргетною терапією.

Висновки

Органозберігаючі операції є високоефективним методом лікування нирково-клітинного раку і при відповідних показаннях є альтернативою радикальній нефректомії. Імунотерапія рафероном або лаферобіоном в післяопераційному періоді органозберігаючих операцій НКТ виявляє протипухлинний ефект і знижує відсоток рецидивів і метастазів раку.

Ключові слова: нирка, рак, органозберігаючі операції, імунотерапія

Abstract

ORGAN-PRESERVING SURGERY IN THE TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA WITH INTERFERON ALFA-2A AND INTERFERON ALFA-2B THERAPY

A.Ts. BORZHEVSKY¹, Ts.K. BORZHEVSKY¹, R.Z. SHEREMETA², V.V. DMYTRIENKO¹, M.M. CHAPLYA¹

¹ The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

² Regional Clinical Hospital in Lviv

Aim: Renal carcinoma accounts for 2-3% of all malignancies, and its incidence is increasing. Overall, 90-97% of renal tumors and 3.5% of all malignant neoplasms are renal cell carcinoma. The present study sought to analyze and improve the results of organ-preserving surgery in renal cell carcinoma.

Methods: A total of 27 patients who underwent organ-preserving surgery for renal cell carcinoma from 1995 to 2010 was studied. The urgent surgery group included 10 patients: bilateral tumors, 4 (14.8 %); solitary kidney tumor, 5 (18.5%); and unilateral tumor with an atrophic contralateral kidney, 1 (3.7 %). The elective surgery group included 17 patients with unilateral kidney lesions and a healthy contralateral kidney. Surgery was combined with interferon alfa-2a (referon) and interferon alfa-2b (laferobion) immunotherapy during the operative and postoperative periods. One patient underwent tumor enucleation, 13 patients underwent enucleoresection, and 13 patients with a tumor larger than 7 cm underwent a classical kidney resection. The average operative duration was 110 (range, 60-160) minutes.

Results: There were no intraoperative complications, while 2 (7.4%) patients had complications during the postoperative period that caused death due to blood loss. Late results were examined during the follow-up period of 12 to 84 months (27.0 ± 19.2 months) in 23 patients (85.2%), 22 of whom were still alive without signs of recurrence: 3 patients survived 7

years, 2 patients survived 6 years, 1 patient survived 5 years, 5 patients survived 4 years, 1 patient survived 3 years, 4 patients survived 2 years (1 died), 5 patients survived 1 year, and 4 patients survived 6 months. One female patient who had undergone left-sided nephrectomy for $T_3N_0M_0$ 6 years earlier died 2 years after resection of the lower pole of the right duplex kidney with $T_{1b}N_0M_0$ tumor.

Conclusions: When not contra-indicated, the present data and the literature show that organ-preserving surgery is an alternative to radical treatment for patients with renal cell carcinoma; it should be performed more frequently and supplemented with immunotherapy.

Key words: kidney, carcinoma, organ preserving surgery, immunotherapy

Вступ

Захворюваність на рак нирки (РН) складає 2-3% в структурі всієї злоякісної патології і має тенденцію до росту [3]. На долю нирково-клітинного раку (НКТ) припадає 90-97% пухлин нирок і 3,5% усіх злоякісних новоутворень у дорослих [4]. Таким чином, актуальність проблеми лікування НКТ не викликає сумнівів.

У 1963 р. С.І. Робсон і співавт. (Robson С.І. and other, 1963), спираючись на великий клінічний матеріал, проголосили нефректомію "золотим стандартом" в лікуванні РН. Основним аргументом на користь даного підходу є максимальна радикальність втручання і адекватна підтримка життєвих функцій за рахунок контралатеральної нирки, яка залишається. Однак у деяких пацієнтів радикальна операція може привести до ренопривного стану внаслідок зниження ниркової функції контралатеральної нирки. Подібні умови виникають також у пацієнтів з пухлинами єдиної нирки або білатеральними новоутвореннями. В зв'язку з цим розрізняють імперативні показання до органозберігаючої хірургії НКТ, до яких відносяться: пухлина єдиної нирки; двобічний пухлинний процес; рак однієї нирки при неповноцінності другої нирки. Позитивні результати (79,6% - 5-річної виживаності) органозберігаючих операцій (ОЗО) при імперативних станах показали можливість даного виду лікування пацієнтів із нормальною контралатеральною ниркою, які є елективними показаннями [7].

Протягом останніх 15 років продемонстровано, що органозберігаючі операції є ефективним методом лікування пацієнтів з локалізованим раком нирки (<4,0 см). Вони забезпечують високий рівень канцероспецифічної виживаності при низькому рівні рецидивів (4-6%) та метаста-

зування порівняно з результатами радикальної нефректомії [7, 8, 10, 11, 12, 13]. Проте органозберігаюча хірургія несе в собі небезпеку локальних рецидивів пухлини через неповне видалення неопластичної тканини або мультифокальності пухлинного процесу. О.С. Переверзев і співавтори (2001 р.) при оцінці віддалених результатів органозберігаючого хірургічного лікування нирково-клітинного раку показали, що загальна 5-річна канцероспецифічна виживаність у групі їх пацієнтів склала 91,8%. В імперативній групі, у якій переважали розміри пухлини більше 4,0 см - 79,6%, а в елективній, в якій в основному були присутні новоутворення менше 4,0 см - 98%. Ця статистика, за даними авторів, переконливо свідчить про меншу ймовірність локальних рецидивів та метастазування при пухлинах невеликих розмірів. Спираючись на великий накопичений досвід і віддалені результати органозберігаючих операцій при НКТ, ряд авторів вказують на те, що широке використання органозберігаючих операцій дозволяє досягти результатів, які можна порівнювати із "золотим стандартом" - нефректомією, а якість життя пацієнтів після ОЗО у багато чому перевищує якість життя пацієнтів після операції видалення органу. [1, 9, 6]. Проведення таргетної терапії інтерфероном альфа-2а та інтерфероном альфа-2b покращує результати органозберігаючих операцій.

Мета роботи - проаналізувати і покращити результати лікування хворих нирково-клітинним раком органозберігаючими операціями.

Матеріал і методи

В основу цієї роботи покладено результати спостережень за 27 хворими на рак нирки, які знаходились на лікуванні в урологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні і яким проведено з 1995 по 2010 роки органозберігаючі операції за імперативними та елективними показаннями у поєднанні із імунотерапією інтерфероном альфа-2а (рафероном) та інтерфероном альфа-2b (лаферобіоном). Був проведений ретроспективний аналіз даних обстеження хворих, які включали в себе збір анамнезу, загальноклінічні аналізи, ультрасонографічне обстеження нирок, оглядову і екскреторну урографію, МРТ, КТ, доплерографічне дослідження, а також інші дообстеження. Середній вік пацієнтів склав 56 років

(від 23 до 72 років). Серед них було 18 чоловіків і 9 жінок. Імперативну групу склали 10 (37,0%) пацієнтів (білатеральні пухлини - 4 (14,8%), пухлини єдиної нирки - 5 (18,5%), унілатеральні пухлини з ослабленою функцією контра-латеральної нирки - 1 (3,7%). До групи елективних показань входило 17 пацієнтів. Імунотерапія проводилася інтерфероном альфа-2а (рафероном) або інтерфероном альфа-2b (лаферобіоном). Препарати призначались внутрішньо-м'язово по 1-3 млн. МО щоденно протягом 10 днів з подальшим повторенням курсів з інтервалом 1-1,5 місяця протягом 3-6 місяців. Стадія новоутворення (табл. 1) встановлювалась відповідно до міжнародної класифікації TNM 2009 р. (Клінічні рекомендації з онкоурологічних захворювань, 2011).

Ознаки клінічних симптомів: У 14 (51,9%) хворих відмічався біль з боку ураження. У 10 (37,0%) хворих була відмічена макро- або мікрогематурія. У 8 (29,6%) пацієнтів новоутворення нирки було виявлене при обстеженні з приводу інших захворювань. Тривалість захворювання при зверненні до лікаря була різною, від 9 місяців до 1,5 року. Обстеження хворих було комплексним і включало в себе весь арсенал сучасних методів діагностики. УЗД, як обов'язковий метод діагностики, ми ставили на перше місце і проводили всім хворим. Оцінка функції нирок була необхідна для вирішення питання на користь органозберігаючої операції. Із цією ціллю проводились екскреторна інфузійна урографія, ренографія і скінтиграфія. Зниження секреторно-видільної функції ураженої нирки виявлено у 6 (22,2%) хворих. Для визначення поширеності пухлинного процесу хворим була виконана комп'ютерна томографія нирок і заочеревинного простору. Не викликає сумнівів, що розвиток органозберігаючої хірургії цілком залежить від прогресу візуальних діагностичних обстежень. Найбільш оптимальним методом діагностики пухлини нирки вважається КТ, хоча в даний час продемонстро-

вано, що МРТ володіє порівняно з КТ більшою ефективністю. Основними пріоритетами МРТ є можливість дослідження пухлинної псевдокапсули та багатоплановості зображень у різних проєкціях. Водночас, у поданому матеріалі понад 90% пухлин виявлено при ультразвуковому дослідженні, яке чітко виявляло новоутворення, вказувало наявність псевдокапсули, відношення до ниркових судин та порожнистої вени. Цей метод достовірний і у післяопераційному моніторингу рецидиву пухлин нирки [8].

Ураження правої нирки було у 15 (55,6%), а лівої - у 12 (44,4%) хворих. Серед наших спостережень у 12 (44,4%) хворих пухлини були невеликих розмірів, при нормальній контралатеральній нирці, 5 (18,5%) хворих мали пухлину єдиної функціонуючої нирки, 4 (14,8%) хворих страждали двобічним ураженням і 1 (3,7%) хворий мав пухлину нирки при зниженні функції другої нирки. Серед обстежених хворих у 1 (3,7%) пацієнта пухлина була 3-4 см, у 11 (40,7%) хворих розмір пухлини складав 6-7 см (включно з хворими з єдиною ниркою та при двобічному ураженні). Локалізація уражень була різною, в нижньому сегменті пухлина розташовувалася у 15 (55,6%) хворих, середній сегмент був уражений у 4 (14,8%) хворих, а верхній - у 8 (29,6%) хворих. Показання до органозберігаючих операцій у 10 пацієнтів були абсолютними, це було 9 пацієнтів з ураженням єдиної або обох нирок, а також 1 пацієнт з раком однієї нирки при функціональній неповноцінності другої нирки. Інші 17 пацієнтів мали відносні показання. Це були пацієнти з одnobічним ураженням нирки при здоровій контралатеральній.

Результати й обговорення

Найбільш доступним і технічно простим методом видалення пухлин (розмір яких не перевищує 4-5 см, інкапсулованих та розташованих екстрапаренхімно) являється енуклеація, тобто "вилушу-

Таблиця 1

Поділ пацієнтів з НКР за стадіями TNM (2009)

| Стадія | Число випадків | | Патологічні фактори | |
|-----------------|----------------|------|----------------------|----------------|
| | абс. | % | світло-клітинний рак | папілярний рак |
| T _{1a} | 12 | 44,4 | 11 | 1 |
| T _{1b} | 7 | 25,9 | 6 | 1 |
| T _{2a} | 4 | 14,8 | 3 | 1 |
| T _{2b} | 2 | 7,4 | 2 | - |
| T _{3a} | 2 | 7,4 | 2 | - |

вання" пухлини, що було виконано у 1 пацієнта. У 13 випадках була виконана енуклеорезекція. Цей вид втручання мало в чому (в технічному виконанні) відрізняється від енуклеації, видаляється пухлинний вузол із передлежачою паренхімою, товщина шару якого не повинна бути меншою 4-5 міліметрів. Резекцію нирки проводили у 13 хворих при розмірах пухлини більше 7 см. Пухлини були локалізовані в верхньому або нижньому полюсах і в центральній частині. Резекція нирки і енуклеорезекція відносяться до складних органозберігаючих операцій і вимагають виконання в умовах сухого операційного поля, що досягалося нами шляхом перетиснення основної ниркової артерії або сегментної ниркової артерії. При резекції видаляється як мінімум один сантиметр передлежачої макроскопічно здорової тканини. Операція виконувалась як трансабдомінальним так і люмботомічним доступом. Необхідно відзначити, що лапаротомія з використанням сідлоподібного розрізу за типом "шеврон" забезпечує добрий доступ до нирки та магістральних судин, а також органів черевної порожнини [2]. Під час зшивання край паренхіми нирки зближувався П-подібними швами із захопленням клаптика м'язової тканини. Головною умовою виконання резекції нирки хворим була можливість її виконання в межах здорових тканин при збереженні достатнього кровообігу тієї частини ниркової паренхіми, що залишається. Інтраопераційних ускладнень не відмічалось. Всім хворим проводилася антибактеріальна терапія. Прикладом успішної операції у хворих з білатеральною пухлиною і пухлиною одинокі нирки є наступні спостереження.

Хворий Л., 47 років, історія хвороби №14112/1294. Поступив в урологічне відділення ЛОКЛ 20.06.11 р. На момент поступлення скарг не пред'являв. Анамнез: вважає себе хворим близько 1 місяця, відколи при обстеженні був виявлений Т-г обох нирок. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 14,9 мкмоль/л; загальний білок - 75,0 г/л; глюкоза - 5,25 ммоль/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,2 ммоль/л; K^+ - 4,7 ммоль/л; Na^+ - 145 ммоль/л. Загальний аналіз крові: Hb - 135 г/л; лейкоц. - $8,6 \times 10^9$; ШОЕ - 55 мм/год., у - 1, п - 4, с - 55, л - 32, м - 8. Загальний аналіз сечі: р-я кисла; пит. вага - 1020; білок - сліди; Le - 3-5 в п/з; Eг - 0-1 в п/з. Коагулограма: протромбіновий час - 16,9";

протромбіновий індекс - 77%; загальний фібриноген - 6,7 г/л. Група крові: 0(I) Rh(+). КТ - нирки розміщені типово, права в коронарній проекції 103×52 мм., паренхіма до 18 мм, в проекції нижнього полюсу листовидне утворення високої щільності із солідним компонентом, інфільтрує задній листок фасції Герота. Загальні розміри утворення 18×13 мм. Медіальніше на цьому рівні наявна дрібна кіста до 10 мм. Ліва нирка - 108×83 мм, середній сегмент по латеральному контуру деформований патологічним тканинним утворенням, яке нерівномірно накопичує контраст, інфільтрує задній листок фасції Герота, загальними розмірами 36×32 мм. Видільна функція обох нирок збережена. Множинні лімфатичні вузли в очеревині, парааортально та паракавальні малих розмірів, однорідні, з чіткими контурами. Кісткові структури - дегенераційно-дистрофічні зміни. Висновок: пухлина нижнього полюсу правої нирки та середнього сегмента лівої нирки без видимих мтс. КТ ОГЛ - патологічних змін у легенях не виявлено, гемангіома 4-го сегменту печінки. Діагноз: С-г обох нирок $T_2N_0M_0$. 24.06.11р. операція: Резекція пухлини нижнього полюсу правої нирки. Гістологічне заключення: папілярна нирково-клітинна карцинома з проростанням власної капсули та мультицентричним ростом. Крововтрата 100 мл. За бажанням хворого переливання крові не проводилося. Післяопераційний період без ускладнень. Імунотерапія лафероном. У задовільному стані виписаний на подальше амбулаторне лікування 06.07.11р. Рекомендована госпіталізація через 10 днів для планового операційного лікування на лівій нирці.

Цей хворий Л. (історія хвороби №16265/1505) поступив в урологічне відділення ЛОКЛ 18.07.2011 р. Діагноз: С-г обох нирок $T_2N_0M_0$. Стан після резекції нижнього полюсу правої нирки з пухлиною (24.06.2011 р.). На момент поступлення скарг не пред'являв. Анамнез: вважає себе хворим близько 2-х місяців, відколи при обстеженні був виявлений Т-г обох нирок. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 12,6 мкмоль/л; загальний білок - 71,4 г/л; глюкоза - 4,6 ммоль/л; креатинін - 79 мкмоль/л; сечовина - 4,1 ммоль/л; K^+ - 3,9 ммоль/л; Na^+ - 140 ммоль/л. Загальний аналіз крові: Hb - 115 г/л; лейкоц. - $8,9 \times 10^9$; ШОЕ - 66 мм/год. Загальний аналіз сечі: р-я кисла; пит.

вага - 1020; білок - немає; Le - 1-3 в п/з; Ег - 0-1 в п/з. Коагулограма: протромбіновий час - 14,8"; протромбіновий індекс - 89%; загальний фібриноген - 5,9 г/л. Група крові: 0(I) Rh(+). 24.06.2011 р. операція: Резекція пухлини нижнього полюсу правої нирки. КТ (08.06.2011 р.): Права нирка розмірами 87×47 мм, ліва нирка - 108×83 мм, середній сегмент по латеральному контуру деформований патологічним тканинним утворенням, яке нерівномірно накопичує контраст, інфільтрує задній листок фасції Герота, загальними розмірами 36×32 мм. Видільна функція лівої нирки збережена. Висновок: тумор середнього сегменту лівої нирки без видимих мтс. КТ - патологічних змін у легенях не виявлено, гемангіома 4-го сегменту печінки. 19.07.2011 р. операція: Резекція середнього полюсу лівої нирки з пухлиною. Гістологічне заключення: помірно диференційована з ділянками низькодиференційованої, світло-клітинна конверціальна нефротеліальна карцинома, що проростає фіброзну капсулу. Післяопераційний період без ускладнень. Антибактеріальна терапія + імунотерапія лафероном. У задовільному стані виписаний на подальше амбулаторне лікування 01.08.2011 р.

Хворий Ч., 60 років, історія хвороби №3775/444. Діагноз: С-г єдиної правої нирки $T_2N_0M_0G_2$. Хронічний калькульозний холецистит. Скарги на періодичні тупі, ниючі болі в правому підребер'ї, в попереку. Анамнез: 15 років тому операція: Лівобічна нефректомія по причині С-г лівої нирки. УЗД: Печінка - не виступає з під реберної дуги, в VII сегменті містить декілька дрібних кист. Жовчний міхур з перешийком містить один конкремент невеликих розмірів. Холедох не розширений. Підшлункова залоза - з чіткими контурами, звичайної структури та ехогенності. Селезінка в нормі. Ліва нирка операційно видалена. Права нирка - в нижньому полюсі містить велике 8×9 см тканинне утворення, без особливостей кровоплину, збільшених парааортальних та заочеревинних лімфовузлів не виявлено. С/міхур - контур чіткий, без патологічних утворів. Простата - 4,6×3,8 см., контур чіткий, однорідна. Екскреторна урографія: Rtg-ознаки додаткового утвору правої нирки. Функція правої нирки збережена. Rtg ОГК: тіні Мтс не візуалізуються. КТ - Кистозно-солідний утвір нижнього полюсу єдиної правої нирки. Множинні кисти

печінки. Киста тіла лівого наднирника. Гіперплазія ніжок лівого наднирника. Аортографія та селективна ангіографія за Сельдінгером: Ліва нирка не візуалізується (операційно видалена). Права нирка розміщена типово, розміри 13,5×6,6×7,3 см, її судини без особливостей. Донизу, до переду та медіально від нирки візуалізується об'ємний утвір округлої форми розміром 8,0×9,0×8,5 см, який частково накладається на нижній полюс нирки. Утвір гомогенний, не має вираженої судинної сітки, не накопичує контраст, відтискає сечовід медіально, над і під утвором сечовід має розширення 8,7-8,8 мм. Видільна функція нирки збережена, задовільна. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 8,9 мкмоль/л; загальний білок - 67,4 г/л; глюкоза - 3,9 ммоль/л; креатинін - 0,095 ммоль/л; сечовина - 6,0 ммоль/л; K^+ - 4,4 ммоль/л; Na^+ - 145 ммоль/л. Загальний аналіз крові: Hb - 115 г/л; лейкоц. - $5,3 \times 10^9$; ШОЕ - 50 мм/год. 05.03.10 операція - Холецистектомія. Резекція нижнього полюсу єдиної правої нирки з пухлиною. Гістологічне заключення: Нирковоклітинний С-г, папілярний варіант, тип I, G2, pT2. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Проводилась імунотерапія лаферобіоном 1-3 млн. МО внутрішньо-м'язово 10 днів. У задовільному стані 15.03.10 р. виписаний на подальше амбулаторне лікування. Диспансерний нагляд уролога за місцем проживання. Офор по 1 табл. 2 рази на добу 10 днів. Контроль аналізів сечі. Фуцис 50,0 мг., 1 т. 1 р/день, 5 днів. Контрольний огляд через 1 міс. Лаферобіон внутрішньо-м'язово по схемі 6 місяців.

У післяопераційному періоді ускладнення були у 2 хворих, що привели до летального кінця через кровотечі на 6 і 15 день після операції. Віддалені результати вивчені в терміни спостереження від 12 до 84 місяців (в середньому $27,0 \pm 19,2$ міс.) у 23 (85,2%) випадках, із яких на сьогодні без ознак повернення захворювання живуть 22, із них: 7 років - 3 пацієнта; 6 років - 2; 5 років - 1; 4 роки - 5; 3 роки - 1; 2 роки - 4 (одна хвора померла); 6 місяці-1 рік - 9 (табл.2). Одна хвора померла через 2 роки після резекції нижнього полюсу подвоєної правої нирки з пухлиною $T_{1b}N_0M_0$. Раніше 6 років тому хворій зроблена лівобічна нефректомія з приводу $T_3N_0M_0$. За останні 25 років пухлини нирок стали зустрічатися частіше, ніж це відмічалось раніше. Це пояснюється перш за все значним покращенням ді-

Таблиця 2

Результати лікування пацієнтів НКР органозберігаючими операціями з терапією інтерфероном альфа 2a і альфа 2b

| Стадія | Число випадків | | Результат: тривалість життя після операції, місяці | | | | | | | |
|-----------------|----------------|------|--|-----|----|----|----|----|----|--------|
| | абс. | % | 0-12 | 24 | 36 | 48 | 60 | 72 | 84 | Всього |
| T _{1a} | 12 | 44,4 | 4 | 1 | | 3 | 1 | 1 | 2 | 12 |
| T _{1b} | 7 | 25,9 | 4 | 2** | | 1 | | | | 7 |
| T _{2a} | 4 | 14,8 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | 4 |
| T _{2b} | 2 | 7,4 | | 1 | | | | | 1 | 2 |
| T _{3a} | 2 | 7,4 | 2 * | | | | | | | 2 |
| Всього | 27 | 100 | 9 | 4 | 1 | 5 | 1 | 2 | 3 | 27 |

* - двоє хворих після операції з T_{3a} померли від кровотечі через 6-15 днів,

** - одна хвора померла через 2 роки

агностики пухлин нирок, причому в більш ранніх стадіях захворювання і збільшенням в складі населення кількості осіб похилого і старечого віку, а також має значення чорнобильська катастрофа. По відношенню до всіх захворювань сечостатевої системи пухлини нирок складають 6%. Причому доброякісні пухлини зустрічаються в 6%, злоякісні - у 94%. Необхідно відмітити, що пухлини нирок у дорослих складають 3-4% всіх новоутворень взагалі, у дітей пухлини нирок зустрічаються значно частіше, ніж у дорослих. Необхідно відмітити, що аденокарцинома нирки у дітей зустрічається рідко, в дитячому віці найбільш поширеною морфологічною формою новоутворення є нефробластома - пухлина Вільмса. Чоловіки хворіють частіше в 2,5-3 рази, ніж жінки. Переважний вік хворих від 40 до 70 років; середній вік складає 58 років. Необхідно відмітити, що за останній час зросла питома вага хворих з пухлинами нирок у віці до 50 років. Аденокарцинома, яку тепер частіше називають нирково-клітинним раком, зустрічається однаково часто як у правій, так і в лівій нирці. Двосторонні пухлини відмічені у 0,5-1,5%. Серед органозберігаючих втручань найбільш технічно простою являється енуклеація. Дана операція являється радикальною в тому випадку, коли пухлина локалізується в капсулі і вона видаляється повністю із підлежачою тканиною. Енуклеорезекція за технічним виконанням мало чим відрізняється, однак особливої уваги потребує гемостаз. При новоутвореннях 4-7 см і локалізації в верхньому або нижньому полюсі нирки найбільш виправдана резекція нирки. Резекцію і енуклеорезекцію безпечно виконувати в умовах ішемії нирки. Трансабдомінальний доступ дозволяє всі етапи операції виконати під візуальним контролем. Середня тривалість операції складала 110 (60-160) хвилин. Важливе зна-

чення має післяопераційне ведення хворого, на жаль, у двох випадках мала місце кровотеча на 6 і 15 день після операції, що привело до летального кінця. Поєднання операції з імунотерапією в післяопераційному періоді значно покращує результати лікування.

Підсумовуючи викладене слід підкреслити, що при відповідних показаннях органозберігаючі операції в хірургії нирково-клітинного раку, як за нашими даними, так і за джерелами літератури, є альтернативою радикальній нефректомії, повинні частіше виконуватися в клінічній практиці і доповнюватися лікуванням імунотерапією інтерфероном альфа-2a або інтерфероном альфа-2b або таргетною терапією.

Висновки

1. Органозберігаючі операції є високоефективним методом лікування нирково-клітинного раку і при відповідних показаннях являються альтернативою радикальній нефректомії.
2. Проведення імунотерапії раффероном або лаферобіоном в післяопераційному періоді органозберігаючих операцій НКР надає протипухлинний ефект і знижує рецидив і метастази раку.
3. Сучасні методи обстеження дозволяють діагностувати клітинно-нирковий рак на ранніх стадіях захворювання і тим самим збільшити проведення органозберігаючих операцій.
4. При виконанні органозберігаючих операцій в хірургії клітинно-ниркового раку в подальшому необхідне ретельне спостереження для діагностики рецидиву пухлини та віддаленого метастазування і прийняття відповідного лікування.

Література

1. Аляев Ю.Г. Органосохраняющие пособия при новообразованиях почки / Ю.Г. Аляев, Н.В. Петровский // Онкоурология. Материалы VI конгресса Российского об-

- щества онкоурологов. - Москва, 2011. - С. 208-209.
2. Боржієвський Ц.К. Радикальна нефректомія з лімфаденектомією у лікуванні хворих із пухлинами нирок / Ц.К. Боржієвський, А.Ц. Боржієвський, Р.З. Шеремета // Перший Українсько-Польський симпозиум урологів. - Львів, 12-13 травня 2000. - С. 53-54.
3. Галеев Р.Х. Двухсторонние опухоли и опухоли единственной функционирующей почки при поражении другой неонкологическим заболеванием / Р.Х. Галеев, Д.Д. Хамитов // Онкоурология. Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. - Москва, 2011. - С. 214-215.
4. Герасименко М.Н. Перекисное окисление липидов и антиоксидантный статус крови больных раком почки / М.Н. Герасименко, Р.А. Зуков, Н.И. Титова // Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов, онкоурология. - Москва, 2011. - 216 с.
5. Клінічні рекомендації з онкоурологічних захворювань / За загальною редакцією Е.О. Стаховського. - Донецьк. Видавець Заславський О.Ю., 2011. - 296 с.
6. Органосохраняющая операция: влияние положительного края резекции почки / И.А. Абоян, С.В. Грачев, А.Н. Толмачев [и др.] // Онкоурология. Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. - Москва, 2011. - С. 205-206.
7. Оцінка віддалених результатів органозберігаючого хірургічного лікування нирково-клітинного раку / Переверзєв О.С., Щукін Д.В., Антонян І.М. [та інші] // Урологія. - 2001. - №3. - С.23-27.
8. Серняк П.С. Опыт органосохраняющих операций при опухолях почек / П.С. Серняк, А.С. Фролов // Материалы з'їзду асоціації урологів України. - Одеса, 2010. - С. 32-36.
9. Сравнение органосохранной и органоуносящей операции у больных с локализованными опухолями почки более 4 см / Зеленкович И.А., Сухонко О.Г., Поляков С.Л. [и др.] // Онкоурология. Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. - Москва, 2011. - С. 227-228.
10. Matched comparison of radical nephrectomy vs nephron-sparing surgery in patients with unilateral cell carcinoma and a normal contralateral kidney / W.K. Lau, M.L. Blute, A.L. Weaver [et al.] // Mayo Clin. Proc. - 2000. - V.75, №12. - P. 1236-1242.
11. Nephron-sparing surgery for localized renal cell carcinoma with a normal contralateral kidney: a European three-center experience / D. Delakas, I. Karyotis, G. Daskalopoulos [et al.] // Urology. - 2002. - V.60, № 6. - P. 998-1002.
12. Nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma-long-term results / S. Lundstam, O. Jonsson, D. Lyrda [et al.] // Scand. J. Urol. Nephrol. - 2003. - V.37, № (4). - P. 299-304.
13. Outcome of nephron-sparing surgery: elective versus imperative indications / A.R. Kural, O. Demirkesen, B. Onal [et al.] // Urol. Int. - 2003. - V.71, № 2. - P. 190-196.
14. Robson C.J. The results of radical nephrectomy for renal carcinoma / C.J. Robson, B.M. Churchill, W. Anderson // J. Urol. - 1969. - V.101. - P. 297-301.