

Почечноклеточный рак (ПКР) составляет 90-97% всех опухолей почек и 3% всех злокачественных новообразований у взрослых [9]. Среди урологических новообразований рак почки занимает третье место после опухолей предстательной железы и мочевого пузыря, а по смертности находится на первом месте.

Число случаев поздней диагностики ПКР в 3 раза выше, чем при других урологических новообразованиях. Уже при первом обращении у 25-30% больных диагностируются отдаленные метастазы, у 25% - местно распространенный рак почки, и только у 45% пациентов выявляется локализованная опухоль [10].

Лечение больных раком почки остается сложной и до конца не решенной проблемой. Ведущим методом лечения локализованного ПКР является хирургический. Стандартной операцией при ПКР с учетом удовлетворительной функции контралатеральной почки является радикальная нефрэктомия [16]. Диагностика раковых опухолей паренхимы почки малых размеров позволяет в ряде случаев отказаться от традиционной нефрэктомии и выполнять органосохраняющие операции (ОСО). Нет единого мнения по вопросу о технике ОСО: [9, 17] считают, что необходимо выполнять типичную резекцию почки, [31] - энуклеацию, [16] - энуклеорезекцию опухолевого узла. Ранее авторы аргументировали ОСО только медицинскими показаниями: рак единственной или обеих почек, хроническая почечная недостаточность, неопухолевые заболевания второй почки [2,26]. Однако в последнее время рядом авторов [2,12,15,22,25] ОСО с лимфаденэктомией при раке почки малых размеров признана не менее радикальной операцией, чем нефрэктомия. Трудно переоценить значение отдаленных результатов после выполнения ОСО. Поданным [13,16,22,26], 5-летняя выживаемость после резекции почки составила 57-100%, при этом функциональное состояние резецированной почки оставалось удовлетворительным у 89,2% больных [2, 13]. Основным доводом противников ОСО при ПКР является возможность мультифокального роста у 7-25% больных и связанная с этим вероятность рецидивного поражения сохраненной почки - 13%, по сравнению с 1-2% после радикальной нефрэктомии [16, 32].

Говоря о малоинвазивных методах лечения малых опухолей почки, следует остановиться на появившихся сообщениях о лапароскопической нефрэктомии [27], аб-лации in situ с помощью сфокусированного ультразвука высокой интенсивности, лазерной и микроволновой коагуляции, крио- и радиочастотной аблации [14, 23].

У больных с местно распространенным ПКР основным методом лечения также является хирургический, но прогноз исхода лечения ухудшается. Результаты операции зависят от размера и количества регионарных метастазов. По данным разных авторов, 5 лет переживает от 5 до 30% пациентов с поражением регионарных лимфоузлов [10, 16, 33]. Однако всем ли больным целесообразно выполнение лимфаденэктомии? Единственным проспективным рандомизированным исследованием, оценивающим роль лимфаденэктомии при раке почки, является протокол группы EORTC (030881), где частота метастазов в удаленных лимфоузлах составила лишь 3,3% [29]. В связи с этим до завершения больших рандомизированных исследований решение о выполнении лимфаденэктомии принимает оперирующий хирург.

Не менее спорным является предположение о целесообразности удаления ипсилатерального надпочечника (частота метастатического поражения 2,8-3,6%). Учитывая тот факт, что лечебный эффект адреналэктомии при макроскопически неизменном надпочечнике сводится к минимуму, облигатным при нефрэктомии является удаление только макроскопически измененного надпочечника [7, 8,16, 21].

ПКР сопровождается опухолевым ростом по просвету венозного русла, захватывая вначале внутриоргannую сеть, а затем непосредственно переходя в нижнюю полую вену (НПВ). Опухолевая инвазия НПВ встречается в 3-9,4% случаев; в 60% из них тромб распространяется выше устьев печеночных вен [1,16]. Необходимо отметить, что уровень тромбообразования НПВ по направлению вверх пропорционально сказывается на тяжести операции и выживаемости пациентов в отдаленные сроки. 5-летняя выживаемость больных после нефрэктомии с тромбэктомией составляет 32,9% [20].

Эмболизацию артерии для лечения опухолей почки впервые выполнил G. Almqard с соавт. (1973). Поскольку улучшения отдаленных результатов не удалось добиться, последовало изменение цели эмболизации, которая стала использоваться для уменьшения интраоперационной кровопотери, суперселективной артериальной окклюзии [4] и химиоэмболизации у больных ПКР с одиночными метастазами преимущественно в легкие и кости [3,18].

Сложнее ответить на вопрос о показаниях к операции у больных с диссеминированными формами заболевания, то есть насколько целесообразна нефрэктомия у больных с метастазами в различные органы и ткани, с опухолевыми тромбами в венах и т.д. В настоящее время при значительно возросших возможностях анестезиологии, интенсивной терапии и технике операций можно ответить однозначно: в любом случае, когда имеется шанс убрать опухоль или уменьшить объем опухолевой ткани, надо оперировать [16,19]. После паллиативной операции 5-летняя выживаемость этих больных составляет 0-23% [7,8,10,16].

Учитывая ограниченные возможности хирургического лечения на этапе диссеминации процесса, используют лекарственные и лучевые методы лечения рака почки.

Отношение к лучевой терапии весьма противоречивое. Хотя некоторые авторы [6,10] используют ее в предо-

перационной подготовке, после операции и как самостоятельный метод лечения метастазов, большинство клиницистов считает, что ПКР резистентен к лучевой терапии [11, 16], и использует ее только у пациентов при костных метастазах для снятия болевого синдрома.

Гормональное лечение, получившее широкую рекламу в 1970-х годах, не оправдало возлагавшихся надежд, поскольку результативность этого вида терапии оказалась практически нулевой [8,16].

Химиотерапия использовалась на протяжении почти 30 лет, причем каждое новое поколение химиопрепаратов с энтузиазмом воспринималось специалистами. Проведенные исследования, посвященные изучению эффективности различных химиопрепаратов, применявшихся как в монорежиме, так и в комбинации с другими цитостатиками, установили уровень объективных ответов не более 3-6% [5, 16, 34]. Биологическим основанием этому служит гиперпродукция в опухолевой клетке геном MDR-1 (множественной лекарственной устойчивости) плазматического мембранного гликопротеина Р-170. Оказалось, что этот гликопротеин предотвращает достижение цитостатиками эффективной внутриклеточной концентрации [30]. Некоторые авторы [24] указывают, что псевдокапсула, почти всегда окружающая опухоль, действует как физический барьер, который предотвращает попадание цитостатических средств.

В настоящее время иммунотерапия является наиболее перспективным и эффективным методом лечения распространенных форм рака почки. Выделяют следующие иммунотерапевтические подходы: 1) неспецифическую иммунотерапию с использованием цитокинов (интерфероны, интерлейкины) и других модификаторов биологических реакций; 2) адаптивную клеточную терапию с применением аутолимфоцитов (ALT), лимфокиноактивированных киллеров (LAK), опухолинфильтрующих лимфоцитов (TIL); 3) специфическую иммунотерапию (вакциноterapia, терапия моноклональными антителами); 4) генную терапию; 5) миниаллогенную трансплантацию стволовых клеток [8].

С конца 1990-х гг. и до настоящего времени стандартом лечения диссеминированного рака почки является иммунотерапия с использованием рекомбинантного интерферона α (интрон А, реаферон, реальдирон). Новые методы иммунотерапии, такие как вакциноterapia, генная терапия и миниаллогенная трансплантация стволовых клеток, позволяют надеяться на увеличение эффективности комбинированного лечения ПКР в будущем [8, 28].

Таким образом, на сегодняшний день ведущие позиции в лечении локализованного рака почки принадлежат хирургическому методу. Местно распространенные и диссеминированные формы заболевания требуют проведения комбинированного лечения, включающего операцию и адъювантную иммунотерапию интерфероном.