

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ

Доц. А. Г. КУДРЯШОВ, проф. А. Ю. ПОПОВИЧ,  
канд. мед. наук Ю. В. ОСТАПЕНКО, Р. С. ЧИСТЯКОВ

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

**Приведены результаты лечения и отдаленного наблюдения 16 больных раком почки с метастазами в легкие, которым выполнены различные операции на легких (лобэктомия, атипичная резекция или торакоскопическая метастазэктомия). Показано, что паллиативная нефрэктомия и оперативное удаление легочных метастазов позволяют продлить жизнь пациентов и излечить некоторых из них, применение таргетной терапии, а при ее невозможности — иммунотерапии улучшает результаты хирургического лечения.**

*Ключевые слова: рак почки, метастазы в легкие, хирургическое лечение.*

Рак почки (РП) занимает в Украине 8-е место в структуре онкозаболеваемости у мужчин и 12-е — у женщин [1]. Ситуация усугубляется тем, что на момент первичного обращения у 32–34% больных имеются отдаленные метастазы (M1), а у 30–40% радикально оперированных пациентов они возникают в отдаленные сроки [2, 3]. Таким образом, более чем половина пациентов с РП сталкиваются с проблемой отдаленных метастазов.

Наиболее часто отдаленные метастазы РП возникают в легких. Больных с такой патологией можно разделить на 2 группы:

пациенты с метастазами в легкие, выявленными при первичном обращении (M1);

больные, которым была выполнена радикальная нефрэктомия, а метастазы в легкие появились позже (M0).

Исторически лечение метастатического РП прошло несколько этапов: на первом этапе применялось только хирургическое удаление метастазов; на втором, начиная с середины 70-х годов, стало проводиться комбинированное лечение, включающее операцию и последующую иммунотерапию; на третьем этапе с 2006 г. комбинированное лечение чаще предполагает оперативное вмешательство и таргетную терапию (ТТ).

Применение ТТ показало достаточную эффективность, что побудило некоторых специалистов подвергнуть сомнению целесообразность выполнения хирургических вмешательств для этой группы больных [4]. Однако большинство исследователей по-прежнему считают, что сочетание хирургического лечения и ТТ дает наилучшие результаты [5–8].

В клинике Донецкого областного противоопухолевого центра были прооперированы 16 больных по поводу РП, которым выполнялось также хирургическое удаление легочных метастазов. У 6 из них метастазы в легких были выявлены на момент установления диагноза (M1), а у 10 (M0)

метастазы в легкие появились через некоторое время после радикального лечения.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ЛЕГКИЕ ПРИ M1

Из 6 больных с M1 5 выполнена паллиативная нефрэктомия с резекцией легкого (лобэктомия, удаление опухоли, атипичная резекция) и 1 больному только резекция легкого (лобэктомия) без паллиативной нефрэктомии. Один больной из этой группы, перенесший паллиативную нефрэктомию, умер в послеоперационном периоде после лобэктомии вследствие тромбоэмболии легочной артерии. Двое больных умерли значительно позже на фоне прогрессирования опухолевого процесса, прожив в среднем по 19,9 мес. Двое больных, перенесших нефрэктомию и резекцию легкого, живы до настоящего времени и прожили, соответственно, 2,0 и 44,5 мес.

Особо следует упомянуть о случаях лечения 2 больных первично метастатическим раком почки (M1).

Пациенту А., 1946 г. р., в 2003 г. был установлен диагноз кальцинома правой почки T3N0M1 (pulmonum). Была выполнена паллиативная нефрэктомия. Гистологическое заключение: низкодифференцированный почечноклеточный рак, в лимфоузлах — гиперплазия лимфоидной ткани. Затем больному проведены 2 курса иммунотерапии реафероном по 6 млн ед. Однако на фоне иммунотерапии отмечена отрицательная динамика и в течение последующих 5 лет он перенес 5 операций по удалению метастазов в оба легких (4 атипичных резекции и 1 лобэктомия). В настоящее время больной жив без признаков продолжения болезни.

Следует отметить, что при метастазах в оба легких выполнение нескольких операций (циторедуктивная нефрэктомия и последовательные торакопектомии с разных сторон с удалением метастазов

в легкие) не без основания представляются длительным и мучительным процессом. С появлением и развитием торакоскопических операций стали широко применяться одномоментные двухсторонние торакоскопические метастазэктомии. В то же время наш опыт свидетельствует о том, что при тщательной визуальной и пальпаторной интраоперационной ревизии иногда удается выявить значительно большее количество мелких метастазов, чем при КТ. Выявление подобных метастазов представляется затруднительным и при видеоторакокопии.

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ В ЛЕГКИЕ ПРИ М0

Десяти больным РП (M0) в клинике были выполнены резекции легких (энуклеация опухоли, атипичная резекция, лобэктомия, плевропульмонэктомия) по поводу метастазов, которые появились через какое-то время после радикального лечения в сроки от 6 до 242 мес (20,2 года). В среднем метастазы выявлялись через 88,8 мес (7,4 года).

Из 10 пациентов этой группы 8 живы, 2 умерли от прогрессирования опухолевого процесса. Средняя продолжительность жизни 2 умерших составляет с момента установления диагноза 34,2 мес и 11 мес после резекции легкого.

У 8 живущих в настоящее время после резекции легких прошло от 12 дн до 993 дн (32,7 мес), в среднем 17,7 мес.

5 больным резекции легких были выполнены 2 и 3 раза с интервалом 1–5 мес. Из них 3 живы и прожили в среднем 24,3 мес (2,0 года) после первой резекции легкого.

Средняя продолжительность жизни больных РП (M0), получивших радикальное лечение, у которых впоследствии появились метастазы в легкие, но резекция легких не выполнялась,

составила после нефрэктомии 18,4 мес (9 больных умерли вследствие прогрессирования опухоли).

Особо следует отметить случай лечения пациента К., который перенес радикальную нефрэктомия по поводу карциномы правой почки Т3N0M0. Спустя 3 года у пациента выявлены метастазы в оба легких. Поочередно произведено удаление множественных метастазов из обоих легких. Спустя 1 год удален метастаз в гайморову пазуху. В настоящее время получает ТТ, данных о продолжении болезни нет.

Помимо хирургического лечения все больные получали иммунотерапию, преимущественно интроном-А в дозах 6–9 млн. ед. через сутки, курсовая доза от 30 до 60 млн. ед. Количество курсов от 3 до 5. Трое больных получали ТТ нексаваром. Тяжелых осложнений, связанных с приемом иммунотерапии и ТТ, мы не наблюдали. В то же время существенным недостатком консервативной терапии является отсутствие прогностических факторов ее эффективности.

В результате проведенного лечения и отдаленного наблюдения можно сделать следующие выводы.

При наличии метастазов РП в легкие (M1) паллиативная нефрэктомия и оперативное удаление легочных метастазов позволяют не только продлить жизнь пациентов, но и излечить некоторых из них.

При возникновении метастазов рака почки в легкие многократные операции оправданы.

При наличии метастазов в обоих легких выполнение одномоментных двухсторонних торакоскопических операций позволяет сократить количество операций и улучшает качество жизни больных.

Применение таргетной терапии, а при ее невозможности — иммунотерапии позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

#### Литература

1. Гайсенко А. В. Епідеміологія раку нирки в Україні // Матер. науково-практичного симпозиуму з міжнародною участю «Сучасні підходи до лікування раку нирки». 23–25 квітня 2010.— Симферополь, 2010.— С. 2–6.
2. Flanigan R. C. Debulking nephrectomy in metastatic renal cancer // Clin. Cancer Res.— 2004.— Vol. 15.— P. 10–12.
3. Surgery for metastatic renal cell cancer / S. Sengupta, B. C. Leibovich, M. L. Blute, H. Zincke // World J. Urol.— 2005.— Vol. 23 (3).— P. 155–160.
4. Abel E. J, Wood C. G. Cytoreductive nephrectomy for metastatic RCC in the era of targeted therapy // Nat. Rev. Urol.— 2009.— Vol. 6 (7).— P. 375–383.
5. Role of surgery (cytoreductive nephrectomy and metastasectomy) in the management of metastatic renal cell carcinoma: a literature review / F. Arroua, C. Maurin, A. Carcenac et al. // Prog. Urol.— 2010.— Vol. 20 (13).— P. 1175–1183.
6. A population-based analysis of the rate of cytoreductive nephrectomy for metastatic renal cell carcinoma in the United States / C. Jeldres, S. Baillargeon-Gagne, D. Liberman et al. // Urology.— 2009.— Vol. 74 (4).— P. 837–841.
7. Regression of metastatic renal cell carcinoma after cytoreductive nephrectomy / S. G. Marcus, P. L. Choyke, R. Reiter et al. // J. Urol.— 1993.— Vol. 150.— P. 463–466.
8. Leuret T., Neuzillet Y., Pignot G. Is the cytoreductive nephrectomy still necessary in case of metastases // Prog. Urol.— 2010.— Vol. 20, Suppl 1.— P. 33–37.

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК НИРКИ З МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГЕНІ**

О. Г. КУДРЯШОВ, О. Ю. ПОПОВИЧ, Ю. В. ОСТАПЕНКО, Р. С. ЧИСТЯКОВ

Наведено результати лікування та віддаленого спостереження 16 хворих на рак нирки з метастазами в легені, яким виконано різні операції на легенях (лобектомія, атипова резекція або торакоскопічна метастазектомія). Показано, що паліативна нефректомія та оперативне видалення легеневих метастазів дають змогу подовжити життя пацієнтів івилікувати деяких із них, застосування таргетної терапії, а за її неможливості — імунотерапії покращує результати хірургічного лікування.

*Ключові слова:* рак нирки, метастази в легені, хірургічне лікування.

**TREATMENT OF PATIENTS WITH KIDNEY CANCER METASTASES TO THE LUNGS**

A. G. KUDRIASHOV, A. Yu. POPOVICH, Yu. V. OSTAPENKO, R. S. CHISTIYAKOV

The results of treatment and long-term observation of 16 patients with kidney cancer metastases to the lungs, who were performed various operations on the lungs (lobectomy, atypical resection or thoracoscopic metastasectomy) are reported. It is shown that palliative nephrectomy and operative removal of the metastases to the lungs allowed to prolong the life of the patents and cure some of them. The use of target therapy and, when not possible, immunotherapy improved the results of surgical treatment.

*Key words:* kidney cancer, metastases to the lungs, surgical treatment.

Поступила 18.07.2012