

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

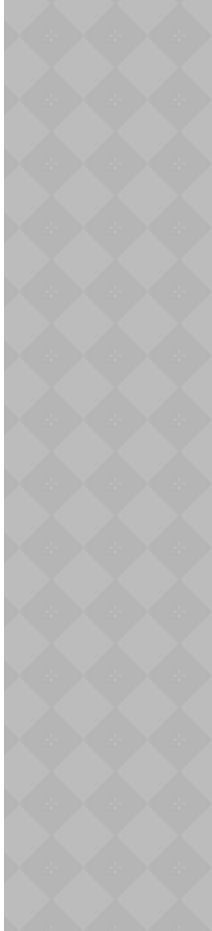
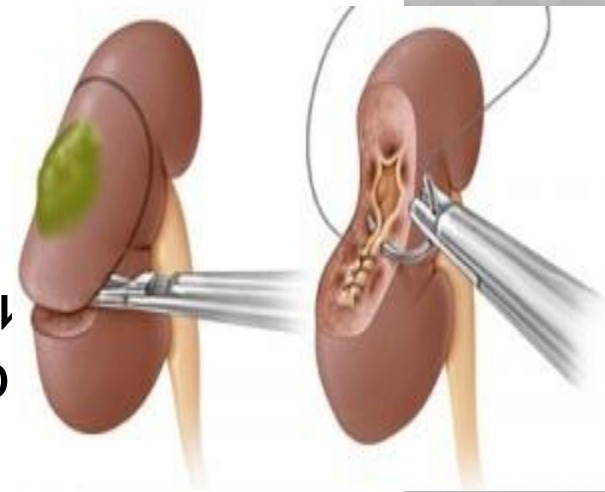
КЛАССИФИКАЦИЯ ПО TNM

- TX - первичную опухоль невозможно оценить
- T0 - нет данных за первичную опухоль
- T1 - опухоль 7 см и менее, ограниченная почкой
- T1a - опухоль до 4 см
- T1b - опухоль 4-7 см
- T2 - опухоль больше 7 см, ограниченная почкой
- T3 - опухоль прорастает крупные вены, или прорастает надпочечник, или окружающие ткани, но не выходит за пределы фасции Герота
- T3a - опухоль прорастает надпочечник или паранефральную клетчатку в пределах фасции Герота
- T3b - опухоль прорастает почечную вену или нижнюю полую вену под диафрагмой
- T3c - опухоль прорастает нижнюю полую вену над диафрагмой или прорастает ее стенку.
- T4 - Опухоль прорастает за пределы фасции Герота

- NX - регионарные лимфатические узлы невозможно оценить
- N0 - нет метастазов в регионарные лимфатические узлы
- N1 - имеется метастазы 1, метастазы в регионарный лимфатический узел
- N2 - имеются метастазы в 2 и более регионарных лимфатических узлов
- MX - отдаленные метастазы невозможно оценить
- M0 - отдаленных метастазов нет
- M1 - отдаленные метастазы есть

СТАДИЯ I

- T1, N0, M0
- Наилучшие результаты на первой стадии даёт радикальная **нефрэктомия**; однако если размеры опухоли невелики (либо почка всего одна, или же диагностирован двусторонний рак почек), применяют органосохраняющее лечение – **резекцию почки**. В настоящее время часто считают, что показанием к резекции почки служит опухоль класса T₁ с доступной для резекции локализацией, диаметр которой не больше 5 см; в этом случае органосохраняющее лечение оказывается предпочтительным, поскольку сохранение функционирующей паренхимы позволяет улучшить качество жизни пациента.

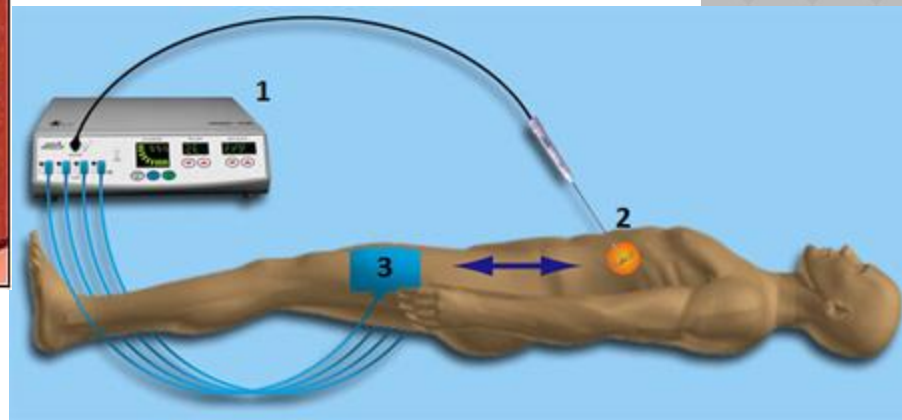
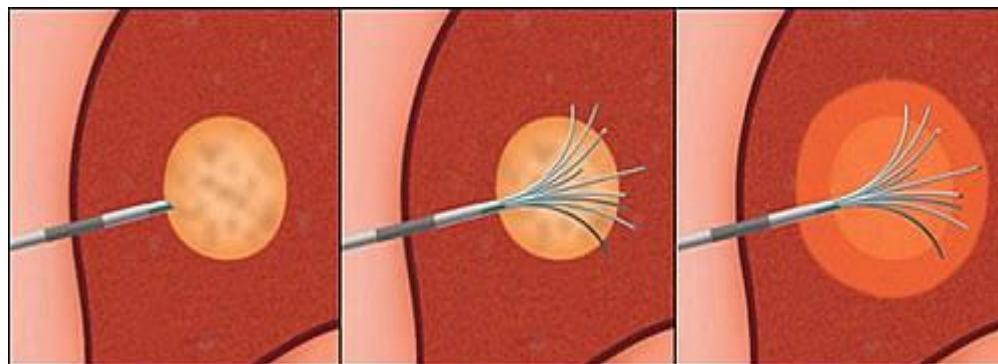


В последнее время всё большее применение находят также малоинвазивные методы удаления опухоли: радиочастотная абляция, криоабляция.

Радиочастотная абляция может использоваться в следующих случаях:

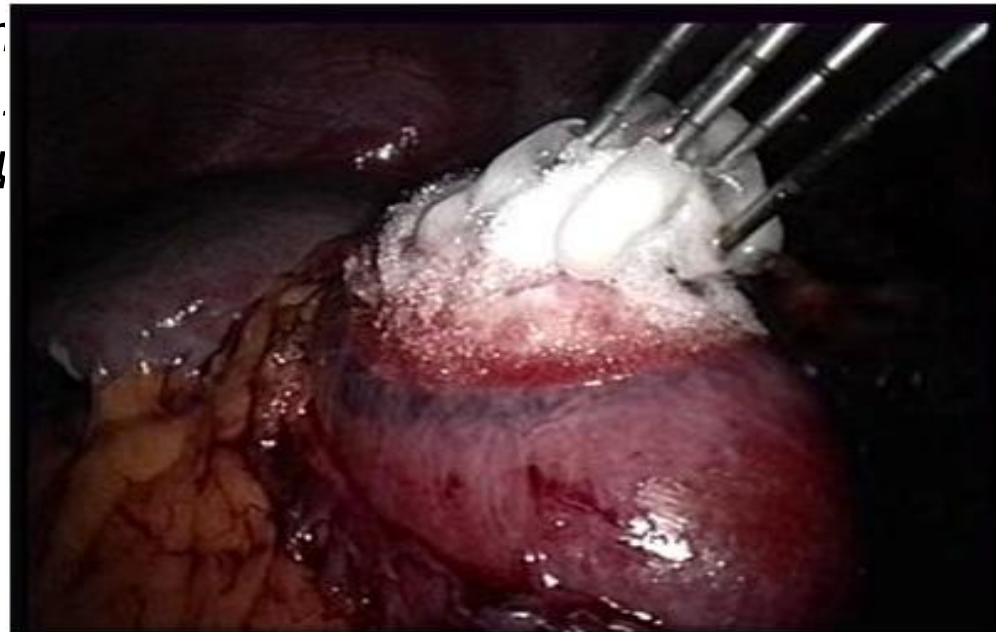
- Наличие у пациента одной почки;
- Различные проблемы со здоровьем, препятствующие проведению радикальной операции;
- Опухоль почки менее 4 см в диаметре;
- Наличие опухолей в обеих почках или семейная предрасположенность к множественным опухолям почки (наследственные синдромы);
- Повторное развитие опухоли после резекции почки.

При радиочастотной абляции **разрушение раковых клеток** достигается путем их нагревания с помощью специальных игл-электродов, вводимых в организм человека под контролем визуализирующих методов исследования, таких как компьютерная или магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование. Через электроды (иглы) к опухоли посылаются **высокочастотные электрические токи**, вызывающие нагревание и разрушение опухоли.



Криотерапия или криоабляция, является методом выбора при раке почки. Используется сжиженный газ (нитроген или аргон) с целью убить раковые клетки путем их заморозки через иглу. Обычно криотерапия выполняется через кожу под контролем УЗИ или КТ. Криотерапия также может быть выполнена как открытым, так и лапароскопическим путем.

Криотерапия показана для лечения опухолей расположенных на периферии, или в корковом веществе почки, размером менее 4 см в диаметре, а также у пациентов с одной почкой или с нарушением функции обеих почек. Кроме того криотерапия показана у пациентов, которые по каким-либо причинам не могут перенести радикальную операц



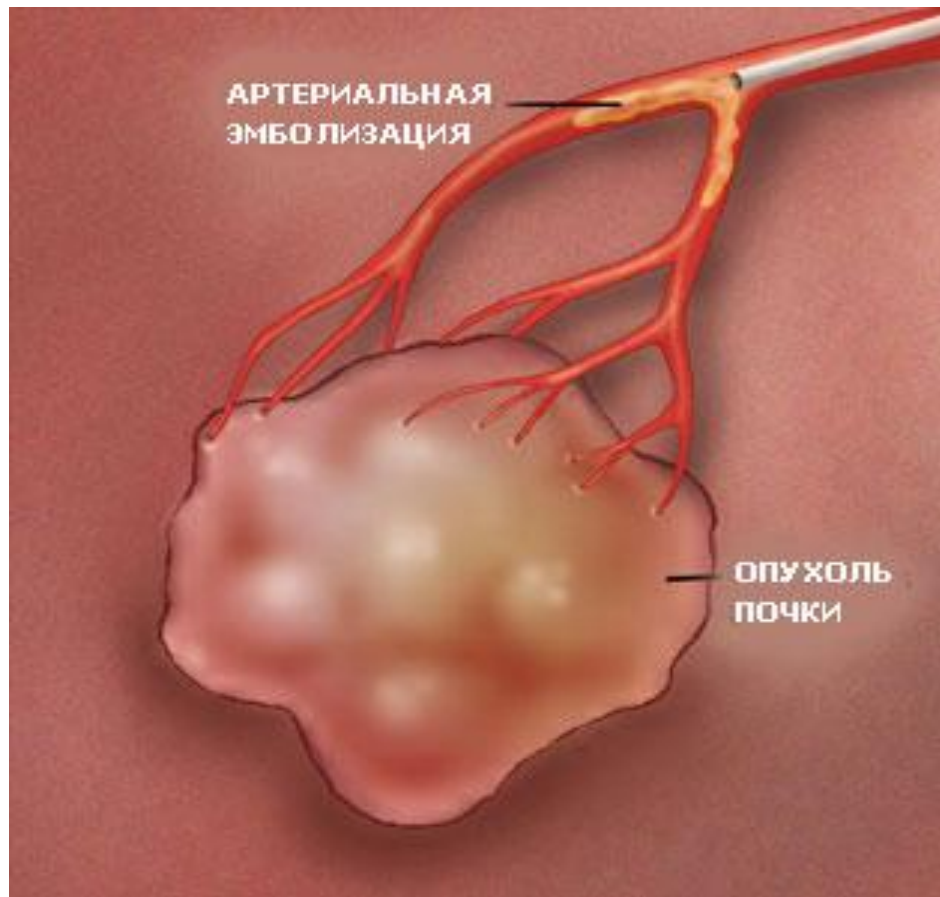
СТАДИЯ II

T2, N0, M0

Радикальная резекция часто - основной метод лечебной терапии для стадии II рака почки. Она включает в себя удаление почки, надпочечника, окружающей жировой ткани, и фасции Герота единым блоком.

Пациентам, имеющим противопоказания к резекции, эмболизация почечной артерии может обеспечить временное облегчение.

Эмболизация почки - это искусственное перекрытие доступа крови к почке через тонкий катетер, введенный в бедренную артерию и под рентгеновским контролем проведенный в почечную артерию.



СТАДИЯ III

- T2, N1, M0
- T3, N0, M0
- T3, N1, M0
- T3a, N0, M0
- T3a, N1, M0
- T3b, N0, M0
- T3b, N1, M0
- T3c, N0, M0
- T3c, N1, M0

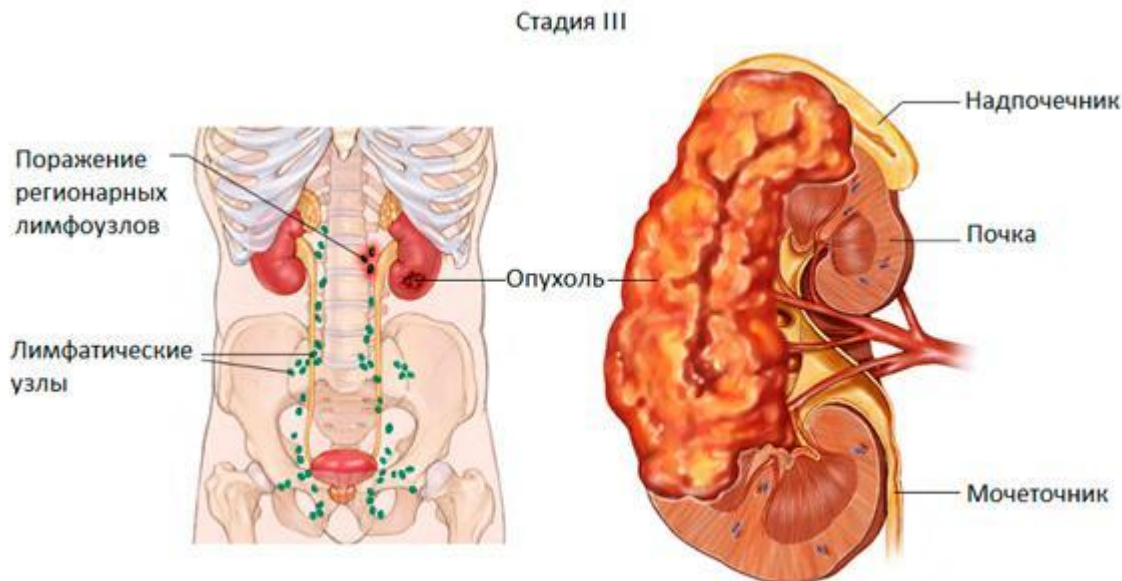
Для пациентов со стадией T3a, N0, M0 :

она включает в себя удаление почки, надпочечника, окружающей жировой ткани, и фасции Герота единым блоком, вместе с удалением регионарных лимфатических узлов. У больных с двусторонним новообразованием двусторонняя частичная нефрэктомия или односторонняя частичная нефрэктомия с контралатеральной радикальной нефрэктомией.

Для пациентов со стадией T3b, N0, M0:

Объем хирургического лечения расширяется: удаляется почечная вена, опухолевый тромб, часть нижней полой вены.

Эмболизация почечной артерии может использоваться предоперационно, чтобы сократить кровопотери при нефрэктомии или для временного облегчения состояния пациентов, имеющие резекции.



СТАДИЯ IV

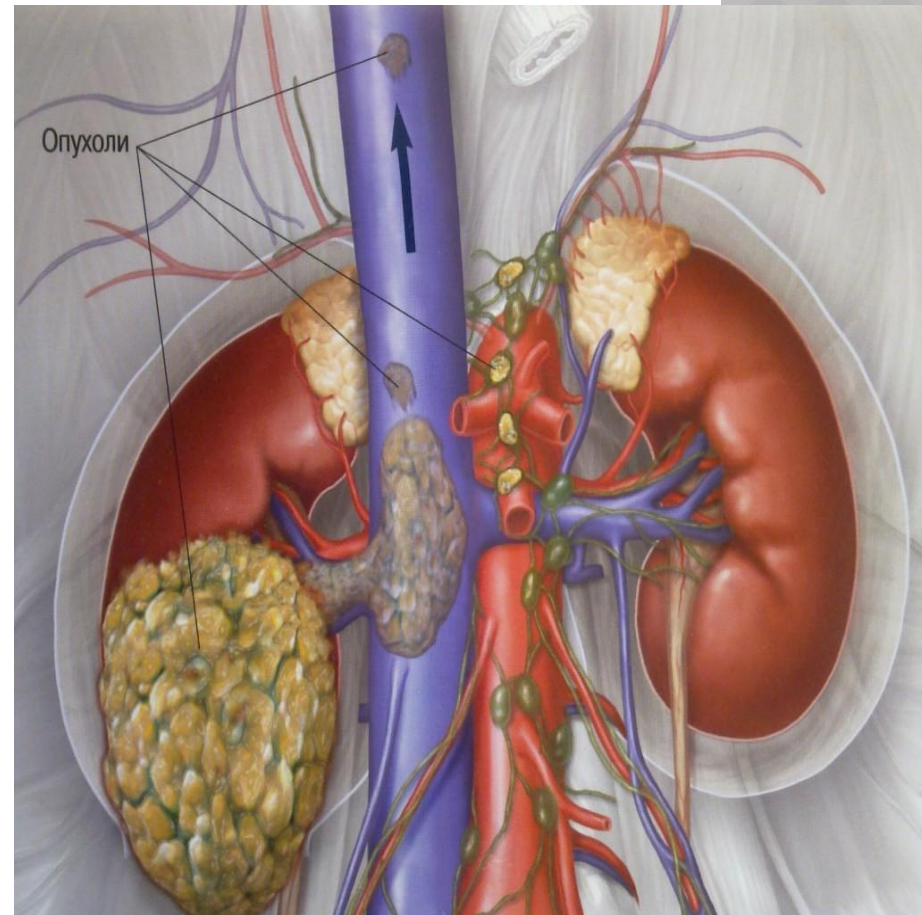
- ⊙ T4, N0, M0
- ⊙ T4, N1, M0
- ⊙ Любая T, N2, M0
- ⊙ Любая T, любая N, M1

Почти все больные со стадией IV рака почки практически неизлечимы

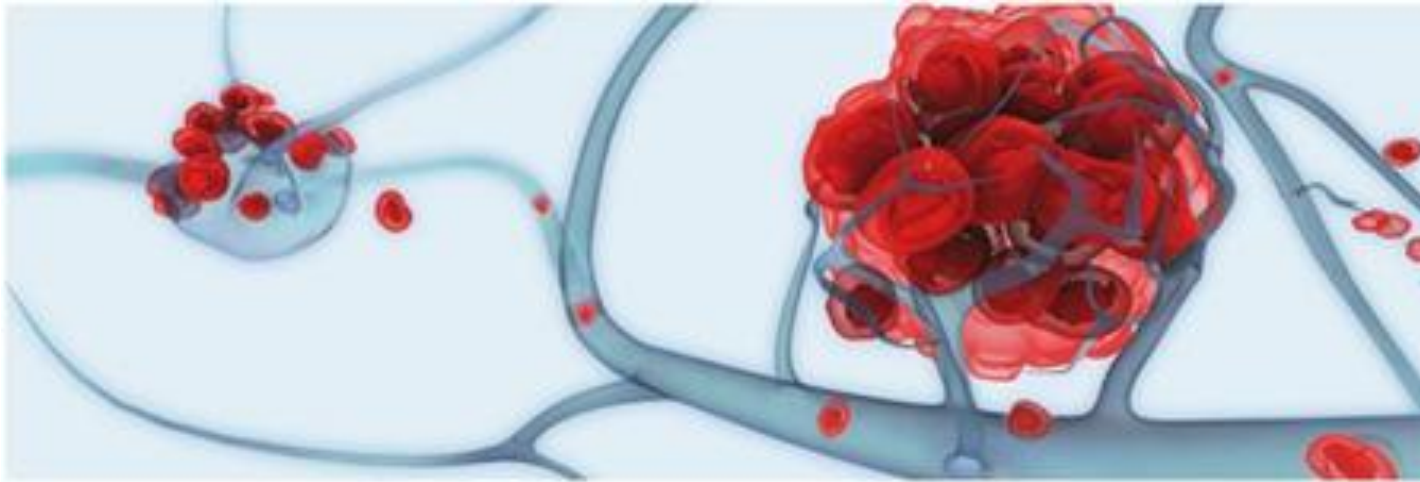
Хирургическое удаление почки рекомендуется с целью уменьшения размера опухоли и облегчения симптомов.

При метастатическом раке применяется хирургическое лечение в сочетании с медикаментозной терапией. Существует несколько видов препаратов для лечения рака почки:

1. Таргетная терапия (антиангиогенная терапия)
2. Иммунотерапия
3. Химиотерапия в сочетании с иммунотерапией.



В настоящее время для таргетной терапии поздних стадий рака почки одобрено использование нескольких групп лекарств. Действие первой группы направлено *на подавление ангиогенеза* , препараты второй группы нацелены *на блокирование других факторов роста опухоли*.



В 2005 и 2006 году для таргетной терапии было одобрено использование двух новейших лекарств этой группы: ***сорафениб тосулат*** и ***сунитиниб малат***. Оба эти препарата прекращают процесс ангиогенеза. Они также известны под названием ингибиторы тирозинкиназы. Ингибиторы тирозинкиназы представляют собой маленькие по размеру вещества, которые легко проникают в клетки, блокируют фермент тирозинкиназу и тем самым нарушают жизнедеятельность раковых клеток. Они не только блокируют образование новых сосудов, но влияют и на сами раковые клетки, замедляя их деление и рост.

Таким образом, с помощью этих лекарственных средств таргетной терапии удастся добиться замедления роста опухоли и ее уменьшение в размере.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПОЧКИ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ

Авастин (Бевацизумаб) был одобрен для таргетной терапии рака почки в 2009 году. Этот препарат избирательно связывается опухолевыми факторами, предотвращая их, предотвращая их стимулирующее действие на рост опухоли и ее сосудов. Таким образом, снабжение опухоли питательными веществами и кислородом нарушается, что приводит к замедлению ее роста. Этот препарат вводится внутривенно один раз в две недели. Бевацизумаб может использоваться после предшествующей иммунотерапии или же в комбинации с интерлейкинами, что позволяет добиться максимального эффекта таргетной терапии рака почки.

ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ПОЧКИ

Несмотря на то, что химиотерапия является стандартом лечения многих видов рака, большинство опухолей почки **устойчивы к химиотерапевтическому лечению.**

Единственный тип рака, при котором химиотерапия эффективна - это почечная саркома.

5-флуороурацил считается наиболее эффективным химиопрепаратом для лечения рака почки, но при этом положительный эффект от лечения наблюдается в 5-8% случаев

ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

Цель иммунотерапии при раке почки - повышение активности иммунной системы организма для более эффективной борьбы с раковыми клетками.

Для иммунотерапии рака почки ранее наиболее широко использовались два основных лекарства: *интерлейкин-2* и *интерферон-альфа*.



ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИИ

Опухоли почки, как правило, не очень чувствительны к лучевой терапии. Из-за этого, терапия рекомендуется только для облегчения симптомов, вызванных первичной опухолью или метастазами, которые невозможно удалить хирургическим путем. Лечение рака почки может быть представлено в виде однократной дозы радиации или курса. терапии. Лучевая терапия для рака почки, как правило, рекомендуется с паллиативной целью.