

ПОТАПОВ Ю.О.¹, СТОЛЯРОВА О.Ю.²,
ДУМАНСЬКИЙ Ю.В.¹, СИНЯЧЕНКО О.В.¹

РАК ЛЕГЕНІ ТА НИРКИ

¹Донецький національний медичний університет
МОЗ України (м. Лиман),

²Національний інститут раку МОЗ України
(м. Київ)

ВСТУП. У структурі онкологічної захворюваності лідируючі позиції займає рак легені (РЛ), від якого щорічна смертність в різних регіонах планети збільшується на 5-15%. Існує спільність взаємовідносин первинного й метастатичного характеру злоякісних новоутворень легені і нирки («легеня у нирку», «нирка в легеню»), а метастази РЛ у нирки спостерігаються у кожного шостого-сьомого хворого. Актуальність проблеми ниркової патології у таких пацієнтів зростає у зв'язку з тим, що низка використовуваних при РЛ протипухлинних хіміотерапевтичних препаратів має виразну нефротоксичну дію.

МЕТА РОБОТИ: вивчити частоту метастазування РЛ у нирки і характер гострої нефропатії, що індукується радіохіміотерапією.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. Під наглядом перебував 1071 хворий на РЛ (83% чоловіків і 17% жінок) у віці від 24 до 86 років (в середньому 59 років). Жодний з хворих із приводу РЛ раніше не був прооперований, а після встановлення діагнозу усі пацієнти отримували променеви терапію, 73%

з них – комбіновану радіохіміотерапію. У 79% обстежених відзначено центральну форму РЛ, а у 21% периферійну, дрібноклітинний гістологічний варіант захворювання виявлено в 18% випадків, а недрібноклітинний (аденокарцинома, плоскоклітинна й крупноклітинна карцинома) – у 82%, IA, IB, ПА, ПБ, ША, ШБ і IV стадії захворювання визначено у співвідношенні 1:2:4:11:79:117:120. У 2% від числа хворих відзначено супутню хронічну хворобу нирок I стадії (сечокам'яна хвороба або хронічний некалькульозний піелонефрит).

РЕЗУЛЬТАТИ. Метастази у нирки спостерігалися відповідно у 2% від числа хворих на РЛ, що встановлено тільки в групі чоловіків, а, як свідчить виконаний дисперсійний аналіз Брауна-Форсайта, це високостовірно залежало від диференціації, інтегральної тяжкості та локалізації пухлинного процесу в легенях. Метастази в спостережень розташовувалися у верхньому полюсі нирки, завжди були однобічними, в 90% випадків виявлялися гематурією, в 53% - появою больового синдрому в поперековій зоні і над фланками живота. Метастатичне ураження залучало до патологічного процесу ниркову паренхіму, а в кожному третьому випадку і цебер. На тлі лікування у 2% від числа хворих на РЛ (чи у 6% з ускладненнями терапії) розвинувся гострий тубулоінтерстиціальний нефрит (ТІН), який перебігав у вигляді появи поліурії, протеїнурії (якщо така раніше була відсутня) і глюкозурії, змін поверхневих фізико-хімічних властивостей сечі, зниження швидкості клубочкової фільтрації. За 2-5 тижнів спостерігалося вірогідне підвищення параметрів фібронектинурії на 13%, b2-мікроглобулінурії на 14% і модуля в'язкоеластичності на 21% при зменшенні рівнів урикурії на 25% і поверхневого натягу сечі на 7%. Такі морфологічні ознаки, як лімфогістіоцитарна й нейтрофільна інфільтрація строми нирок, її периваскулярний та інтратубулярний склероз, гіалінова, зерниста і вакуольна дистрофія епітелію каналців, їх атрофія, потовщення й розщеплення базальної мембрани з кістозним розширенням і некрозом тубулярних клітин спостерігалися в усіх померлих хворих на РЛ, незалежно від розвитку радіохіміотерапевтичного ТІН та потужності відповідного лікування.

ВИСНОВКИ. У зв'язку з цим можна зробити два укладення: 1) ТІН належить до частих (можливо постійних?) проявів РЛ; 2) хронічний «пухлинний ТІН» при РЛ є тлом для нашарування гострого «радіаційно-медикаментозного токсичного ТІН». Треба відзначити, що в жодному секційному спостереженні ми не виявили мембранозного варіанту хронічного гломерулонефриту й амілоїдозу нирок. Тривалість життя померлих хворих на РЛ з метастазами у нирки і без таких мало відрізнялася між собою, тоді як виживаність пацієнтів із загальною нирковою патологією («метастази+ТІН») виявилася гірша, ніж інших обстежених. Чинниками ризику ТІН були

медіастинальний варіант і центральна форма РЛ, а також застосування в комплексному лікуванні таксанів (доцетакселу, паклітакселу).