

Є.Х. Заремба, В.С. Заремба,
Н.О. Рак, М.М. Вірна,
Л.М. Нодь, Д.Н. Федчишин

Львівський національний
медичний університет ім. Данила
Галицького

TUMOR ПРАВОЇ НИРКИ (клінічний випадок)

Резюме. У статті описано клінічний випадок пухлини правої нирки, клінічний перебіг, сучасні методи діагностики та лікування.

Ключові слова: пухлина правої нирки, артеріальна гіпертензія, клінічний перебіг, діагностика, лікування.

Хворий В., 1957 р. н., перебував на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Кошівського некомерційного підприємства клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КЛШМД) м. Львова. Звернувся зі скаргами на стискаючі болі за грудниною та в ділянці серця, у стані спокою та при незначному фізичному й психоемоційному навантаженні, тривалістю 10 хвилин, без іррадіації, які зникають після прийому 1 таблетки нітрогліцерину, відчуття прискореного серцебиття, задишку в стані спокою та при незначному фізичному навантаженні, коливання артеріального тиску, головний біль, запаморочення, біль і виділення крові під час сечовипускання, загальну слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності. З анамнезу захворювання відомо, що вважає себе хворим на ІХС та АГ протягом останніх 5 років, коли вперше почав відмічати стискаючі болі за грудниною та в ділянці серця, при незначному фізичному та психоемоційному навантаженні, тривалістю 10 хвилин, без іррадіації, які зникали після прийому 1 таблетки нітрогліцерину, підвищення артеріального тиску до 180/100 мм рт. ст. (зі слів хворого). Гіпотензивну терапію приймав нерегулярно. 02.08.2019 року переніс інфаркт міокарда по передньосептальній боковій стінці лівого шлуночка з поширенням на верхівку з проведенням стентування передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії (ПМШГ ЛКА).

З анамнезу життя відомо, що в матері був інфаркт міокарда, у батька — розсіяний склероз, у бабусі — рак прямої кишки. Професійний анамнез — обтяжений, працював на заводі з професійно-шкідливими факторами ризику (свинець) з виробництва кристалю протягом 25 років, з 2000 року — слюсарем. Перенесені захворювання: часті ГРВІ, тонзилектомія (у 10 років), аденоїдектомія (в 11 років),

хронічний холецистит (із 1967 р.), псоріаз (20 років), пневмонія, аденома простати (2010 р.). Шкідливі звички: куріння (48 років), викурював 1,5 пачки сигарет на день, алкоголь (із 15 років), випивав 2 л вина щодня. Хворому було проведено:

1. УЗД органів малого таза: права нирка — розміри 134x80 мм, кірковий шар чітко не візуалізується, ехогенність підвищена, контур нечіткий, нерівний, чашково-мискова система (ЧМС) не розширена, без затримки сечі, по нижньому полюсі візуалізується солідний утвір 126x96 мм, виявлено кісти в с/3 21x19 мм, у в/п діаметром 66 мм. Ліва нирка: розміри 109x60 мм, кірковий шар 19 мм потовщений, ехогенність середня, контур чіткий, рівний, ЧМС не розширена, без затримки сечі, об'ємні утвори не виявлено. Сечовий міхур: розмір $V = 870 \text{ см}^3$, контур чіткий, рівний, конкрементів не виявлено. Простата: розміри — 5,33x3, 92x4,07, контур чіткий, рівний, неоднорідний кальцинозом, $V = 44,47$, маса — 46,7 г. Висновок: Ехогенність-картина Нефрома правої нирки. Кісти правої нирки. Хронічний аденопростатит.

2. Консультація уролога: хворий скаржиться на часті позиви до сечовипускання, без домішок крові. Нирки — симптом Пастернацького негативний з обох боків. Враховуючи дані УЗД, діагноз: tumor правої нирки.

Рекомендовано дообстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, цукор, комп'ютерна томографія (КТ) нирок, ПСА крові.

3. Простат-специфічний антиген загальний (ПСА): 24,28 (до 4,1).

4. КТ органів черевної порожнини з контрастуванням: Нирки розташовані типово. Права нирка: розміри 60x54x84 мм. По середньонижньому полюсі правої нирки визначається тканинний утвір розмірами 136x85x88 мм, поширюється на

товщину паренхіми нирки, компресує та інвазує чашечки нижнього сегмента правої нирки. Верхній край утвору контактено прилягає до нижнього краю печінки з ознаками інвазії, протяжність — до 31 мм. При довенному болюсному контрастуванні в артеріально-портальну фазу відмічається швидке інтенсивне, але гетерогенне підсилення утворення, з подальшим вимиванням (wash-out) контрастної речовини у венозну та віддалену фази. Нижній контур утвору прилягає до латеральної стінки екстраренальної частини сечоводу, без ознак інвазії. Права ниркова артерія відходить у типовому місці, хід звивистий, утвір компенсує сегментарну гілку середнього сегмента. Права ниркова вена без ознак пухлинного тромбозу. Субкапсульно у верхньому полюсі гіподенсивні утвори розмірами 6 мм, 5 мм та 60x44 мм, із чіткими контурами, що не накопичують КР. Додаткових судин нирок не виявлено. Ліва нирка: розміри 65x53x81 мм, контури нирки чіткі, паренхіма звичайної товщини, кірково-медулярна диференціація збережена, порожниста система не деформована, не розширена. Видільна функція нирок збережена. Сечоводи не розширені, без патологічних включень. Надниркові залози розшташовані типово, звичайної форми, не потовщені, без видимих патологічних утворів. Печінка звичайних розмірів із чітким рівним контуром, паренхіма печінки звичайної щільності та структури, без вогнищевих змін, внутрішньопечінкові та позапечінкові протоки не розширені. Жовчний міхур: контури чіткі, стінка не потовщена, у шийці візуалізуються конкременти 4,7 та 6,8 мм. Селезінка типово розташована, розмірами не збільшена, контури чіткі. Підшлункова залоза не потовщена, звичайних розмірів, неоднорідної щільності без видимих об'ємних утворів, протока залози не розширена. Візуалізуються парааортальні лімфатичні вузли, нижче відродження ниркових артерій, білатерально — до 11 мм, мезентеріальні — до 7 мм, праві ободові — до 7 мм, усі лімфатичні вузли накопичують КР. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Тіла хребців поперекового відділу хребта без ознак деструкції, з краєвими розростаннями. Просвіт спинномозкового каналу збережений. Видимі відділи кишківника без особливостей. Збільшення лімфатичних вузлів у порожнині таза не виявлено. Простата збільшена, неоднорідної структури.

Висновок: об'ємний утвір правої нирки (рис. 1).

Враховуючи характеристики контрастного підсилення (гіперваскуляризацію, wash-out), насамперед потрібно думати про renal cell carcinoma T4N2M0, індекс PADUA 12. Парааортальна лімфаденопатія.

5. Магнітно-резонансна томографія органів малого таза. Ділянка входу в таз звичайна, з нормальною конфігурацією крил клубових кісток

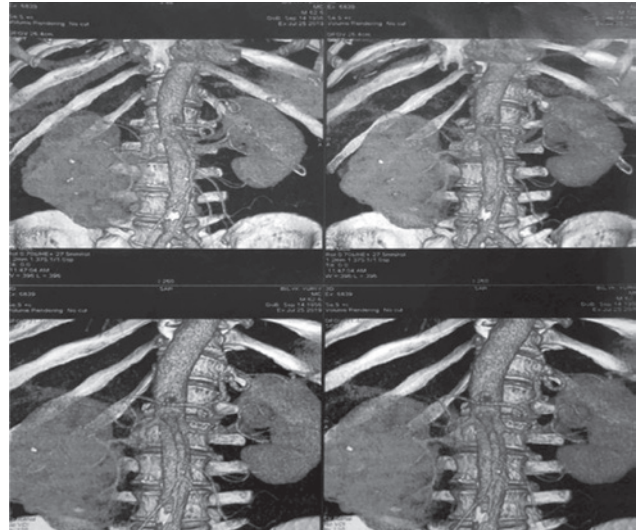


Рис. 1. Тумор правої нирки

і сіднично-поперекових м'язів. Відділи сліпої та прямої кишок, що візуалізуються, без змін. Параректальна та ішіоректальна жирова клітковина без особливостей. Адекватно наповнений сечовий міхур має чіткі контури та нормальну товщину стінок, вміст гомогенний. Передміхурова залоза збільшена в розмірах до 43x45x33 мм. Структура залози негомогенна за рахунок гіпоінтенсивного в T2-режимі, з обмеженням дифузії в DWI утвору в периферичній зоні справа, який поширюється в перехідну зону, розмірами до 28x40. Утвір деформує контур залози, по латеральному краю прилягає до м'яза dna стінки таза, без ознак інвазії, поширюється за межі капсули, інвазує правий сім'яний міхурець та щільно прилягає до мезоректальної фасції. Судини малого таза звичайної протяжності і діаметра. По ходу зовнішньої клубової артерії зліва лімфовузол до 16x23 мм, по ходу внутрішньої клубової артерії справа лімфовузол до 15x18 мм, на рівні лівого сім'яного міхурця зліва вузол до 12 мм, справа в затульному отворі вузол розмірами до 10x20 мм. У пахових ділянках з обох боків поодинокі вузли до 6 мм. Кістки таза, головки стегнових кісток, крижово-клубові зчленування і лобковий симфіз без змін. М'які тканини без змін.

Висновок: С-г простати справа з інвазією сім'яного міхурця та інфільтрацією мезоректальної фасції, MTS ураженням тазових лімфовузлів (T4N1M0).

6. Біопсія простати: ліва частка — ацинарна карцинома (за Глісоном 3+3 бали), права частка — ацинарна карцинома (за Глісонами 4+4 бали).

7. УЗД органів черевної порожнини. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги, край гострий. Структура дрібно-зерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішні печінкові протоки не розширені. Гепатикохоледох — 6 мм. Ворітна вена — 11 мм.

Селезінкова — 6 мм. Жовчний міхур не заблокований, у просвіті жовч, стінка — 3 мм, чітка. Селезінка гомогенна — 10x4,6 см. Підшлункова залоза чітка, паренхіма її нормозерниста, контур рівний. Ехогенність звичайна. Головка — 30 мм, тіло — 17 мм, хвіст — 23 мм. Вірсунгова протока не розширена. Заочеревинний просвіт не набряклий, без розріджень. Лімфовузли не збільшені. Нирки розташовані типово. Права — 10x4,7 см. У проекції верхнього полюса візуалізуються дві кісти — 7 та 2 см. Кірковий шар чіткий, товщиною 15 мм. ЧМС незначно розширена. З паренхіми нирки виходить велика тканинна (пухлина) маса розмірами 13x11 см, із нерівним контуром. Кровоплин по судинах тканини значний. Ліва нирка — 10,1x4,7 см. Кірковий шар чіткий, контур нерівний, товщиною 17-20 мм. ЧМС не розширена, помірний сольовий діатез. Простата гіпоехогенна, неоднорідна, з нерівним контуром. Розміри простати — 51x49 мм. Середня частка — 25x21 мм. У проекції лівої клубової артерії візуалізується лімфовузол 28x20 мм. Вільна рідина в черевній порожнині не візуалізується. Рекомендовано консультація онкохірурга.

Діагноз: Тумор правої нирки. Кіста правої нирки. Аденома простати. Збільшений лімфовузол у проекції лівої клубової артерії.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Будова тіла правильна. Конституція нормостенічна. Шкірні покриви: чисті, вологі, блідого кольору. Периферичні набряки відсутні. Підшкірна клітковина розвинена помірно. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені, не спаяні з навколишніми тканинами. М'язовий тонус та сила збережені. Кістково-суглобова система без особливостей. Температура тіла — 36,6 °С. Шийні судини не візуалізуються. Ділянка серця без змін. Верхівковий поштовх у V міжребер'ї на 1,5 см вліво від середньоключичної лінії. ЧСС та пульс — 98 уд./хв. АТ — 150/90 мм рт. ст., SpO₂ — 96%. Межі серця зміщені вліво на 1,5 см від лівої середньоключичної лінії. Аускультативно: тони серця ослаблені, ритмічні, акцент II тону над аортою. Дихання носом вільне, грудна клітка симетрична, при пальпації не боліча, еластична, резистентна. Над- та підключичні ямки — без особливостей. Міжреберні проміжки не змінені. Перкуторно: над легеньями ясний легеневиий звук. Аускультативно: ослаблене дихання в нижніх відділах легень. Частота дихання — 20 уд./хв. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Зів гіперемований. Мигдалики не змінені, зуби сановані. Живіт округлої форми, при пальпації м'який, не болічий. Печінка +1 см виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка та підшлункова залоза без особливостей. Сечовидільна система: ділянка нирок і сечового міхура не змінені. Нирки не пальпуються. Симптом

Пастернацького (+-) з обох боків. Діурез достатній. При сечовипусканні біль із домішками крові в сечі. Випорожнення не змінені.

В умовах стаціонару хворому було проведено лабораторно-інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів:

Результати лабораторних досліджень при надходженні: загальний аналіз крові: гемоглобін — 106 г/л (130-160 г/л), еритроцити — 3,2x10¹² в 1 л (4-5x10¹² в 1 л), лейкоцити — 6,4x10⁹ в 1 л (4-9x10⁹ в 1 л), еозинофіли — 0% (0-1%), паличкоядерні — 4% (1-2%), сегментоядерні — 56% (47-72%), лімфоцити — 30% (19-37%), моноцити — 10% (3-11%), тромбоцити — 304x10⁹ в 1 л (180-320x10⁹ в 1 л), ШОЕ — 60 мм/год (6-15 мм/год), цукор крові — 4,7 ммоль/л (3,33-5,55 ммоль/л). Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний — 8,11 мкмоль/л (до 21 мкмоль/л), креатинін — 175 мкмоль/л (44-80 мкмоль/л), АсАТ — 13,8 Од/л (32 Од/л), АлАТ — 6,5 Од/л (33 Од/л), сечовина — 10,7 ммоль/л (2,76-8,07 ммоль/л), сечова кислота — 361 мкмоль/л (142,8-39,2 мкмоль/л), амілаза — 131,8 Од/л (64,0-220,0 Од/л), загальний білок — 72,1 г/л (66,0-87,0 г/л), лужна фосфатаза — 244,8 Од/л (64,0-306,0 Од/л), К — 4,56 ммоль/л (3,50-5,10 ммоль/л), Na — 136,16 ммоль/л (130-156 ммоль/л). Простат-специфічний антиген — 33,5 (60-70 р. до 4,1). Ліпіддограма: β-ліпопротеїди — 55 одSH (40-60 одSH), загальний холестерин — 3,13 мМ/л (3,6-5,2 мМ/л), холестерин ЛПВЩ — 1,14 мМ/л (>0,9 мМ/л), холестерин ЛПНЩ — 2,20 мМ/л (<2,6 мМ/л), холестерин ЛПДНЩ — 0,80 мМ/л (0,3-0,6 мМ/л), тригліцериди — 1,77 мМ/л (0,44-1,82 мМ/л), коефіцієнт атерогенності — 2,91 (чоловіки — 2,36-2,64). Коагулограма: протромбіновий час — 17,5" (15-17"), протромбіновий індекс — 85,7% (85-100%), загальний фібриноген — 6,9 г/л (2-4 г/л). Гострофазові показники: антистрептолізин-О — до 200 (до 200), С-реактивний білок — 60 (до 5), ревматоїдний фактор (-) від'ємний МО/мл (до 14 МО/мл), серомукоїди — 0,514 ум. од. (3-5 од.). Загальний аналіз сечі: колір солом'яно-жовтий (солом'яно-жовтий), слабо мутна (прозора), реакція кисла (кисла), білок «0,298» (немає), еритроцити — 7-10 (0-1 у полі зору), епітелій — 3-4 в полі зору (0-3 в полі зору), лейкоцити — 20-25 у полі зору (0-4 в полі зору), циліндри — 0-2 (немає), слиз «-» (немає), кристали сечової кислоти (немає). Проба за Аддісом — Каковським: лейкоцити — 3 000 000/добу (N — 2 000 000/добу), еритроцити — 933 393/добу (N — 1 000 000/добу), циліндри — 0/добу (N — 20 000/добу).

Інструментальні методи дослідження та консультації спеціалістів:

1. **ЕКГ:** ритм синусовий, правильний, ЧСС — 98, ЕВС — відхилена вліво, перехідна зона — не визначається, вольтаж знижений, QS у V₁, V₂, підвищений ST у V₁, V₂, V₃, знижений ST у V₆, (-T) у V₁, V₂, V₃.

2. **Добовий моніторинг артеріального тиску:** при застосуванні комбінації раміпріл та амлодипін (10/5 мг по 1 таб. 2 рази на добу). Результати протягом лікування наведено в таблиці.

Таблиця. Моніторинг артеріального тиску

Показники/дата	До лікування	Після лікування	Норма
САТ д, мм рт. ст.	159,6	117,8	120 мм рт. ст.
ДАТ д, мм рт. ст.	101,1	64,8	70 мм рт. ст.
САТ н, мм рт. ст.	163,4	106,9	130 мм рт. ст.
ДАТ н, мм рт. ст.	103,7	59,7	80 мм рт. ст.
ЧСС, уд/хв	68,8	62,4	60-80 уд/хв
САТ доб, мм рт. ст.	161,5	112,4	135 мм рт. ст.
ДАТ доб, мм рт. ст.	102,4	62,3	85 мм рт. ст.
ПАТ д, мм рт. ст.	58,5	53	50 мм рт. ст.
ПАТ н, мм рт. ст.	59,7	47,2	50 мм рт. ст.
ПАТ доб, мм рт. ст.	59,1	50,1	45 мм рт. ст.
ІЧ САТ, %	67,3	23,4	<25%
ІЧ ДАТ, %	60,2	24,3	<25%
ІНТ, %	64,3	18,7	<25%
ДІ	-1,9	17,5	

3. ЕхоКГ:

Висновок: ІХС. Постінфарктний кардіосклероз. Аневризма верхівки ЛШ (циркулярно), акінезія передньої стінки ЛШ. Атеросклероз аорти. Розміри камер серця нормальні. Гіпертрофія стінок лівого шлуночка. Скоротливість міокарда не знижена. Фракція викиду — 43%. Діастолічна дисфункція ЛШ І тип.

4. **ЕхоКГ повторно:** без суттєвої динаміки.

5. **УЗД органів черевної порожнини та щитоподібної залози:** Печінка — 150 мм, дещо збільшена, структура не зерниста, підвищена ехогенність. Жовчні протоки не розширені, об'ємних утворів не виявлено. Холедох не розширений. Жовчний міхур малих розмірів, стінка — 2,1 мм, конкрементів не виявлено. Підшлункова залоза: структура зерниста, об'ємних утворів не виявлено, дещо підвищена ехогенність. Нирки: права — рідинний утвір d=75x15 мм, контур чіткий, нерівний, кровоплин підвищений, об'ємні утвори d=110x95 мм, неоднорідної структури, ЧМС не розширена, без затримки сечі. Селезінка однорідна. Простата: контур горбистий, маса кальцинатів, V=77 мм, структура гетерогенна.

Щитоподібна залоза: локалізація типова. Перешийок — 3 мм. Права частка: 33x11x14,7 мм, V=5,3 мм³; ліва частка: 35,6x17,7x19 мм, V=8,9 мм³. Контури чіткі, рівні. У правій частці колоїдний вузол діаметром 10 мм, ізоехогенний вузол діаметром 4 мм. Ехогенність середня. Васкуляризація збережена.

Висновок: Жировий гепатоз, кісти правої нирки. Тумор правої нирки. Хронічний аденопростатит. Колоїдний зоб.

6. **Консультація офтальмолога:** Dis OD/OS=1,0/1,0. Середовища прозорі. ДЗН блідо-рожеві, межі

чіткі, артерії сітківки звужені, вени без особливостей.

Висновок: Пресбіопія, ангіопатія сітківки.

7. **Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки:** вогнищево-інфільтративних змін у легенях не виявлено. Дифузна деформація легеневого рисунка з помірними фіброзними змінами. Корені легень структурні; куполи діафрагми чіткі, синуси вільні. Сor — без особливостей. Ознаки остеохондрозу в грудному відділі хребта. Висновок: Помірні фіброзні зміни (рис. 2).



Рис. 2. Помірні фіброзні зміни легень

8. **Консультація невропатолога:** Скарг не висловлює. Хворіє на ГХ, рік тому проведено стентування коронарних артерій у зв'язку з інфарктом міокарда. У серпні 2019 року діагностовано пухлину правої нирки із компресією ниркової артерії. У свідомості. Зіниці D=S. Рух очних яблук у повному об'ємі. Обличчя симетричне. Ковтання не порушене. Сухожилкові рефлекси D=S. Активні рухи в кінцівках збережені. Патологічних менингеальних рефлексів немає. У позі Ромберга легке похитування.

На момент огляду даних за вогнищево захворювання ЦНС немає.

Клінічний діагноз:

ІХС. Прогресуюча стенокардія. Стабільна стенокардія напруги. ФК III. Постінфарктний кардіосклероз (02.08.2019). Коронарографія: стентування ПМШГ ЛКА. Недостатність мітрального клапана (МК +1). Гіпертонічна хвороба III стадія, 3-й ступінь, ризик дуже високий (4). Ангіопатія сітківки. Пресбіопія.

СН II А, ФК III зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ — 43%). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка I тип.

Колоїдний зоб.

Помірні фіброзні зміни легень.

Стеатогепатоз.

Тумор правої нирки. Кісти правої нирки. Сапсер простати справа з інвазією сім'яного міхурця та інфільтрацією мезоректальної фасції, MTS ураженням тазових лімфовузлів (T4N1M0).

Остеохондроз грудного відділу хребта.

Проведене лікування:

- Режим I, II, III.
- Раціон № 2.
- Sol. Analgin 50% — 2,0 + Sol. dimedroli 1% — 1,0 в/м 2 р/д № 5; Tab. Nitrosorbidi 10 mg 1 таб. 3 р/д; Tab. Corioli 3,125 1 таб. 2 р/л; Tab. Chartuli AM 5/5 1 таб. 2 р/д; Tab. Klivasi 40 mg 1 таб. 1 р/д; Tab. Plavixi 75 mg 1 таб. 1 р/д; Corvitini 0,5 + Sol. NaCl 0,9% — 50,0 в/в крап. за схемою № 7; Sol. Syferi 10,0 + Sol. NaCl 0,9% — 100,0 в/в крап. 1 р/д № 5; Sol. Geparizini 20,0 в/в пов. стр. 1 р/д № 5; Ampicillini 1,0 + Sol. Novocaini 0,5% — 5,0 в/м 4 р/д; Tab. Nitroxolini 0,005 1 таб. 3 р/д; Олія Амаранта по ½ ч/л 3 рази на день за 20 хвилин до їди; Tab. Pantoprasoli 40 mg 1 таб. 1 р/д; Tab. Cvertini 1 таб. 3 р/д.

Після проведеного лікування загальний стан пацієнта з покращенням у зв'язку з відсутністю стискаючих болів за грудниною та в ділянці серця в стані спокою й при незначному фізичному та психоемоційному навантаженні, нормалізацією артеріального тиску на тлі гіпотензивної терапії, задишка в стані спокою та відчуття прискороного серцебиття не турбує, біль та виділення крові при сечовипусканні відсутні, нормалізація лабораторних показників — загальний аналіз крові: гемоглобін — 122 г/л (130-160 г/л), еритроцити — $3,6 \times 10^{12}$ в 1 л ($4-5 \times 10^{12}$ в 1 л), лейкоцити — $6,8 \times 10^9$ в 1 л ($4-9 \times 10^9$ в 1 л), еозинофіли — 0% (0-1%), паличкоядерні — 0% (1-2%), сегментоядерні — 70% (47-72%), лімфоцити — 26% (19-37%), моноцити — 4% (3-11%), тромбоцити — 230×10^9 в 1 л ($180-320 \times 10^9$ в 1 л), ШОЕ — 14 мм/год (6-15 мм/год), цукор крові — 4,5 ммоль/л (3,33-5,55 ммоль/л); біохімічний аналіз крові: білірубін загальний — 8,11 мкмоль/л (до 21 мкмоль/л), креатинін — 146 мкмоль/л (44-80 мкмоль/л), АСАТ — 16,5 Од/л (32 Од/л), АЛАТ — 8,8 Од/л (33 Од/л), сечовина — 9,8 ммоль/л (2,76-8,07 ммоль/л), сечова кислота — 335 мкмоль/л (142,8-39,2 мкмоль/л), амілаза — 107,4 Од/л (64,0-220,0 Од/л), загальний білок — 72,7 г/л (66,0-87,0 г/л), лужна фосфатаза — 270,5 Од/л (64,0-306,0 Од/л), простатспецифічний антиген — 32,5 (60-70 р. до 4,1); коагулограма: протромбіновий час 18" (15-17"), протромбіновий індекс — 83,3% (85-100%), загальний фібриноген — 4,2 г/л (2-4 г/л); гострофазові показники: антистрептолізин-О — до 200 (до 200), С-реактивний білок — 48 (до 5), ревматоїдний фактор (–) від'ємний МО/мл (до 14 МО/мл), серомукіди — 0,401 ум. од. (3-5 од.); загальний аналіз сечі: колір жовтий (солом'яно-жовтий), прозора (прозора), реакція кисла (кисла), білок «сліди» (немає), еритроцити «-» (0-1 у полі зору), епітелій незначна кількість (0-3 в полі зору), лейкоцити — 6-8 у полі зору (0-4 в полі зору), циліндри «-» (немає), слиз «-» (немає), кристали сечової кислоти — незначна кількість (немає); проба за Аддісом — Каковським: лейкоцити — 1 066 666/добу (до 2 000 000/добу),

еритроцити — 0/добу (до 1 000 000/добу), циліндри — 0/добу (до 20 000/добу).

Хворий у задовільному стані скеровується на лікування до Львівського онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

Пухлини нирок (рак нирки або нирково-клітинний рак) — онкологічне захворювання, яке найчастіше уражає людей віком від 55 до 60 років. За даними статистики, на рак нирки припадає близько 2% від усіх онкологічних захворювань. Імовірність захворюваності на рак нирки в чоловіків майже вдвічі більша, ніж у жінок [1, 2]. До основних факторів, що сприяють розвитку раку нирки, відносять: вік і стать (у чоловіків ця патологія спостерігається вдвічі частіше, причому захворюваність досягає свого максимуму до 70 років), ожиріння (у результаті численних досліджень було підтверджено, що на можливий розвиток раку нирки впливає надмірна маса тіла), куріння (куріння тютюну є доведеним фактором ризику розвитку всіх злоякісних новоутворень, ризик появи пухлини нирки, порівняно з людьми, що не палять, зростає від 30 до 60%), артеріальна гіпертензія, захворювання нирок (було відмічено підвищення ризику розвитку нирково-клітинного раку у хворих із термінальною стадією ХНН (хронічна ниркова недостатність)), сечогінні лікарські засоби (деякі дослідники пов'язують появу цього онкологічного захворювання з використанням діуретичних препаратів), цукровий діабет (було відзначено збільшення захворюваності на рак нирки в людей, хворих на діабет), харчування (на думку більшості дослідників, вживання фруктів і овочів значно знижує ризик розвитку цієї злоякісної пухлини) [3, 4].

Рак нирки дає метастази лімфогенним і гематогенним шляхом. У 30-50% пацієнтів після проведеної нефректомії розвиваються метастази [5]. Найбільш поширеним типом цього злоякісного новоутворення є нирково-клітинна карцинома або нирково-клітинний рак, що захоплює частину нирки, яка називається ниркова паренхіма. На початкових стадіях це захворювання перебігає безсимптомно та виявляється зовсім випадково при комп'ютерному або ультразвуковому дослідженні з приводу наявності інших захворювань. Унаслідок цього класична тріада симптомів, яка описується у хворих на рак нирки (пальпована пухлина, кров у сечі, больові відчуття в поперековій ділянці), на сьогодні трапляється вкрай рідко. Найпоширенішим симптомом є кров у сечі (гематурія), яка з'являється постійно або періодично та при масивній кровотечі може проявлятися у вигляді згустків. При здавлюванні або проростанні пухлиною навколишніх тканин і при нирковій коліці виникають больові відчуття в животі та попереку. Наявність гострого болю може бути викликано крововиливом у пухлину або внаслідок її розриву з подальшим формуванням заочеревинної

гематоми. Третім місцевим симптомом раку нирки є пухлина, яку можна пропальпувати (на момент встановлення діагнозу визначається в кожного шостого хворого). На пізніх стадіях перебігу захворювання пухлина починає пальпуватися через передню черевну стінку, розширюються підшкірні вени живота, з'являються набряки ніг, у чоловіків розширюються вени сім'яного канатика (варикоцеле), спостерігається тромбоз вен нижніх кінцівок, слабкість, втрата апетиту та схуднення. Стадії раку нирки: I стадія — пухлина не поширюється за межі нирки, II стадія — пухлина залишається в межах ниркової фасції, однак проростає в ниркову капсулу, III стадія — пухлина метастазує в лімфатичні вузли ниркової пазухи або проростає в нижню порожнисту чи ниркові вени, IV стадія — пухлина має віддалені метастази або проростає в сусідні органи (крім надниркових залоз). Ультразвукове дослідження нирок є першочерговим методом обстеження при появі макрогематурії. За наявності в людини новоутворення нирки показано проведення додаткового обстеження: екскреторної урографії, яка застосовується для оцінки функції нирок і діагностики можливих пухлин. Після появи магнітно-резонансних і комп'ютерних томографів цінність цього дослідження істотно знизилася, тому що нові діагностичні методи дозволяють виявити пухлину нирки практично будь-якого розміру, встановити її поширеність, функцію здорової та ураженої нирки. Обов'язковою умовою обстеження пацієнта з підозрою на ракову пухлину нирки є проведення рентгенографії грудної клітки, кісток таза та легень. У разі підозри на метастатичне ураження кісток показано проведення радіонуклідного сканування кісток, що дозволяє уточнити наявність метастатичного ураження.

Диференційований діагноз проводять із запальними інфільтратами (абсцес, пієлонефрит), доброякісними пухлинами (онкоцитوما, ангаоміоліптома, аденома), кістами, первинними злоякісними пухлинами нирки (нефробластома, лімфома, саркома).

Найпоширенішим методом лікування раку нирки є хірургічне втручання, яке проводиться в усіх можливих випадках. Операція полягає у видаленні нирки, навколишньої жирової клітковини та сечоводу (радикальна нефректомія). На сьогодні розроблені та успішно застосовуються органозберігаючі операції при раковому ураженні нирки. Вони проводяться на ранніх стадіях розвитку пухлини, у разі неможливості видалення самої нирки. Єдиним недоліком у проведенні таких операцій є високий ризик подальшого розвитку місцевого рецидиву.

Після проведення радикальної нефректомії у хворих I стадії п'ятирічна виживаність становить близько 75%, при ураженні пухлиною порожнистої вени (II стадія) — близько 45%, якщо в процес була залучена ниркова вена (II стадія) — близько 55%. При залученні в процес навколишньої жирової клітковини (III стадія) п'ятирічна виживаність становить близько 75%, у разі ураження регіонарних лімфатичних вузлів (III-IV стадії) — від 5 до 18%, а при проростанні пухлиною сусідніх органів і віддаленому метастазуванні — <5% [6,7]. Хіміотерапія (лікування медичними препаратами) при раку нирки неефективна. Променева терапія як самостійний метод лікування цього злоякісного новоутворення, зважаючи на неефективність, також застосовується, але лише для запобігання подальшому прогресуванню, зменшення болю, запобігання та стабілізації патологічних переломів [8, 9].

Список використаної літератури

1. Банира О.Б., Строй О.О., Шуляк О.В. Рак нирки: пошук універсального маркера // Український медичний часопис. — 2012. — Т. 2 (88). — С. 55-61.
2. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. — М.: АБВ-пресс, 2011. — 934 с.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Рак нирки. — 2016. — 58 с.
4. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma / B. Ljungberg, C. Cowan, D.C. Hanbury et al. // The 2010 Update. Eur Urol. — 2010. — Vol. 58 (3). — P. 398-406.
5. Guidelines on Renal Cell Carcinoma / B. Ljungberg, K. Bensalah, A. Bex et al. Update March. — 2015.
6. NCCN Guideline. Kidney cancer. Version 3. — 2015.
7. Role of ischemia during elective partial nephrectomy on renal function after long term follow-up: Analysis on 354 patients cohort / A. Antonelli, N. Arrighi, S. Corti et al. // Eur. Urol. Suppl. — 2012. — Vol. 11. — P. e251.
8. Diameter-Axial-Polar Nephrometry: Integration and optimization of R.E.N.A.L. and Centrality Index Scoring Systems / M.N. Simmons, S.P. Hillyer, B.H. Lee et al. // J. Urol. — 2012. — Vol. 199. — P. 384-390.
9. EAU guidelines on renal cell carcinoma: the update / B. Ljungberg, N.C. Cowan, D.C. Hanbury et al. — 2013.

Надійшла до редакції 19.02.2021 р.