

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ФОРМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Н.М. РАХИМОВ, М.Н. КАРИМОВА, Т.О. АБДУКАРИМОВ, Х.А. РАХМАНОВ, Ф.М. РАУФОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТАРҚАЛГАН БУЙРАК САРАТОНИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Н.М. РАХИМОВ, М.Н. КАРИМОВА, Т.О. АБДУКАРИМОВ, Х.А. РАХМАНОВ, Ф.М. РАУФОВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED FORMS OF RENAL CELL CARCINOMA

N.M. RAHIMOV, M.N. KARIMOVA, T.O. ABDUKARIMOV, X.A. RAXMONOV, F.M. RAUFOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2000-2012 йилларда Самарканд вилоят онкология диспансерига буйрак саратони билан мурожат этган 170 бемор картаси ретроспектив ўрганиб чиқилди. Шулардан 115 таси тарқалган буйрак саратони билан, қолган 55 таси локал буйрак саратонини ташкил этди. Эркаклар 104ни ташкил этган бўлса, аёллар 66 нафар. Беморларни ёши 22 дан 83 ёшгача бўлиб, ўртача ёш - $57,5 \pm 6,8$ ёш. Солиштирма таққослаш натижаси, шунинг кўрсатдики паллиатив нефрэктомиядан кейинги даврда кўшма даво (систем химиотерапия ва иммунотерапия) олган беморлар билан кўшма даво олмаган беморлар ўртасида узоклашган даврда статистик жиҳатдан гуруҳлар ўртасида фарқ кузатилмади. Тарқалган буйрак саратонида паллиатив мақсадда ўтказилган нефрэктомия яшаб кетиш кўрсаткичини ошириб, яшовчанлик медианасини 4 барабар узайтиради. Икки ва ундан ортиқ органларда кузатилган метастазли беморларда ўртача яшаш кўрсаткичи ва ҳаётлик медианаси паст натижа берди (2,5 ой ва $6 \pm 1,2$ ой). 5 йиллик ҳаёт кўрсаткичи жигардаги метастазда -7,9%, суякларда 33,5% ни ташкил этди. Ўпкага, икки ва ундан ортиқ органда учраган метастазларда бу кўрсаткич 0 тенг бўлди.

Калит сўзлар: *буйрак саратони, паллиатив нефрэктомия, метастаз, химиотерапия.*

The basis of this research were the results of examination and treatment of 170 patients with renal cell carcinoma who have addressed to the Samarkand Regional Oncology Center in the period from 2000 to 2012. 115 (67.6%) patients were admitted to hospital with primary generalized form of renal cell carcinoma and 55 (32.4%) patients with local renal cell carcinoma. Among these were 104 males (61.2%) and women - 66 (38.8%). The age of patients ranged from 22 to 83 years, average- $57,5 \pm 6,8$ years. Implementation of palliative nephrectomy improves survival of patients with primary generalized forms of renal cell cancer and prolongs median (4 times) of expected lifetime. The worst figures for median expected lifetime and life expectancy observed in the localization of distant metastases in two or more organs (2.5 months and $6 + 1,2$ months). Indicators of 5-year survival rate among patients with liver metastases totaled -7.9%, 33.5% in the bones of the skeleton. No patient with metastasis to the lungs, as well as the defeat of two or more bodies have not lived up to the 5-year period of observation.

Keywords: *kidney cancer, palliative nephrectomy, metastases, renal cell carcinoma.*

Почечно-клеточный рак (ПКР) составляет 3% всех злокачественных опухолей взрослых и демонстрирует самый высокий канцер-ассоциированный уровень смертности среди всех урологических неоплазм [1,10]. Среди всех злокачественных новообразований почек у взрослых ПКР составляет 90%. Заболевание выявляется во всех этнических группах и географических зонах, чаще у взрослых (у мужчин в 1,5 раза чаще, чем у женщин), но встречается и у детей [1, 4, 13]. В большинстве стран мира заболеваемость ПКР увеличивается, ежегодный прирост составляет 2,5-4,5% [10]. В России среднегодовой темп прироста составляет 6,5%, по частоте встречаемости среди опухолей мочевыво-

дящих путей ПКР занимает 1-е место [5,7]. В структуре смертности от онкологических заболеваний на ПКР приходится 3% у мужчин и 2,4% у женщин [18]. Состояние проблемы рака почки по Узбекистану по данным Республиканского онкологического научного центра приведено ниже. К моменту установления диагноза злокачественного новообразования у 20% больных выявляются метастазы, а у 25% - местнораспространенные формы ПКР [5, 6, 7]. Несмотря на то, что у большинства (до 70-80%) больных рак почки выявляется на стадии локализованного опухолевого процесса, более чем у половины пациентов, после хирургического лечения развиваются метастазы.

Таблица 1.

Статистические показатели рака почки по Узбекистану

года	Взяты на учет	Заболеваемость	1-2 стадия %	3 стадия %	4 стадия %	Состоит на конец года	Болезненность	5 летняя выживаемость %
2008	416	1,5	35,7	50,6	13,7	1626	6	35,4
2010	472	1,6	39,8	44,9	15,3	1990	7	34,5
2013	531	1,8	36,5	50,5	13	2557	8,5	37,5

Цель исследования: В сравнительном аспекте оценить эффективность лечения диссеминированных форм почечно-клеточного рака.

Материалы и методы: Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 170 больных почечно-клеточным раком, обратившихся в Самаркандский областной онкологический диспансер в период с 2000 года по 2012 год. 115 (67,6%) больных поступили в стационар с первично-генерализованной формой почечно-клеточного рака и 55 (32,4%) больных с локальным почечно-клеточным раком. Среди них мужчин было 104 (61,2%), а женщин - 66 (38,8%). Возраст больных составил от 22 до 83 лет, средний возраст - $57,5 \pm 6,8$ лет.

Необходимо отметить, что у 138 больных (81,2%) имелись сопутствующие хронические заболевания, в том числе со стороны сердечно-сосудистой системы – у 48 больных (28,2%), дыхательной системы – у 4 (2,4%), желудочно-кишечного тракта – у 13 (7,6%), мочеполовой системы – у 7 (4,1%), нервной системы - у 4 (2,4%), хронический гепатит – у 1 (0,6%) и сахарный диабет – у 5 больных (2,9%). Причем у 43 (25,3%) из них отмечено сочетание двух и более сопутствующих заболеваний.

Следует отметить, что у пациентов с первично-генерализованной формой рака клинические симптомы болезни встречались с большей частотой, чем у больных локальным раком. Кроме того, у больных с первично-генерализованной формой рака клинически появились симптомы метастазов опухоли. Также следует отметить, что у 4 (2,3%) больных опухоль почки была обнаружена случайно, при профилактических осмотрах, и клинически не проявлялась никакими признаками.

При анализе стороны поражения опухолевого процесса среди обследуемых нами больных отмечено, что правая почка была поражена у 87 больного (51,2%), левая почка – у 83 (48,8%).

Больных с двусторонним поражением почек не было.

При анализе локализации опухоли отмечено, что наиболее часто опухоль локализовалась в средней части почки – 23,5%. Локализация опухоли в верхнем полюсе выявлена в 20,6% и в нижнем полюсе – в 16,5% случаев. Необходимо отметить, что у 17,6% пациентов имело место тотальное поражение почки опухолевым процессом. Для уточнения распространенности опухолевого процесса и вовлечения, регионарных лимфоузлов проводили комплекс диагностических исследований, включающих ультрасонографию, рентгенологическое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, а также морфологическое исследование операционного материала.

Для оценки эффективности лечения в сравнительном аспекте больных с первично-генерализованными формами распределили на 4 подгруппы:

1. больные, которым выполнена только паллиативная нефрэктомия – 36 (31,3%) больных;
2. больные, которым выполнена паллиативная нефрэктомия и послеоперационная системная химиотерапия с иммунотерапией – 32 (27,8%) больных;
3. больные, которым проводилась системная химиотерапия с иммунотерапией – 11 (9,6%) больных;
4. больные, которым проводилась только симптоматическая терапия – 36 (31,3%) больных.

В группе больных локальным раком почки - 55 больных (32,4%) была выполнена радикальная нефрэктомия. Радикальную и паллиативную нефрэктомию выполняли трансабдоминальным доступом под общим интубационным наркозом.

Радикальную нефрэктомию выполняли при локальной форме почечно-клеточного рака, а паллиативную - при первично-генерализованном раке почки.

Таблица 2.

Методы лечения больных раком почки

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	первично-генерализованная форма (n=115)		локальный рак (n=55)	
	абс. число	%	абс. число	%
радикальная нефрэктомия	-	-	55	100
паллиативная нефрэктомия	36	31,3	-	-
паллиативная нефрэктомия и послеоперационная системная химиотерапия с иммунотерапией	32	27,8	-	-
системная химиотерапия с иммунотерапией	11	9,6	-	-
симптоматическая терапия	36	31,3	-	-

Таблица 3.

Гистологическая структура опухолей почки (n=123)

Гистологическая структура рака	Количество больных	
	абс. Число	%
Почечно-клеточный рак (светлоклеточный тип)	107	87,1
Почечно-клеточный рак (железистый тип)	9	7,3
Почечно-клеточный рак (темноклеточный тип)	2	1,6
Почечно-клеточный рак (веретенноклеточный тип)	2	1,6
Почечно-клеточный рак (зернистоклеточный тип)	1	0,8
Почечно-клеточный рак (смешанный тип)	2	1,6
Всего:	123	100%

Результаты гистологического исследования операционного материала, полученного при выполнении нефрэктомии у 123 больных (72,4%), показали различную гистологическую структуру почечно-клеточного рака (табл. 3).

При анализе гистологической структуры опухоли почки среди обследуемых нами больных отмечено, что наиболее часто был обнаружен светлоклеточный тип почечноклеточного рака - у 107 больных (87,1%).

Системную иммунотерапию с химиотерапией проводили в послеоперационном периоде. Иммунотерапия проводилась препаратом “Роферон-А” путем внутримышечного введения по 3 млн МЕ в сутки в течение 10 дней на фоне в/в инфузии винбластина в суммарной курсовой дозе 20 мг (по 10 мг в 1 и 7 дни лечения) или винкристина в суммарной курсовой дозе 2 мг (по 1 мг в 1 и 7 дни лечения). Перерыв между курсами составил 3 недели. Эффективность лечения оценивалась после 4-х курсов (по Международным критериям). Симптоматическую терапию проводили путем назначения наркотических и ненаркотических анальгетиков (кетонал 2,0 в/м, баралгин 5,0 в/в, промедол 1,0 в/м и другие).

Результаты. Результаты лечения оценивали по следующим показателям: пятилетняя выживаемость пациента после лечения; медиана ожидаемого времени жизни и средняя продолжительность жизни.

Предварительно изучили эффективность метода лечения для каждой группы в отдельно-

сти, и затем провели сравнительный анализ результатов лечения между группами.

В первой группе больных, состоящей из 36 пациентов, которым была выполнена только паллиативная нефрэктомия, все пациенты прослежены в сроки от 1 до 84 месяцев. За этот период 29 (80,5%) пациентов из этой группы умерли от прогрессии опухолевого процесса в различные сроки наблюдения после операции.

Анализ полученных результатов, по первичному параметру исследования, показал, что пятилетняя выживаемость больных данной группы составила 8,6%. Медиана ожидаемого времени жизни составила 15,0±6,0 месяцев, а средняя продолжительность жизни – 28,1±6,0 месяца (рис. 1).

Во второй группе больных, состоящей из 32 пациентов, которым была выполнена паллиативная нефрэктомия и послеоперационная системная химиотерапия с иммунотерапией, все пациенты прослежены в сроки от 1 до 94 месяцев. За этот период 18 (56,2%) пациентов из этой группы умерли от прогрессии опухолевого процесса в различные сроки наблюдения после операции.

Анализ полученных результатов, по первичному параметру исследования, показал, что пятилетняя выживаемость больных во второй группе составила 7,2%. Медиана ожидаемого времени жизни составила 17,0±3,4 месяцев, а средняя продолжительность жизни – 28,6±10,2 месяца (рис. 2).

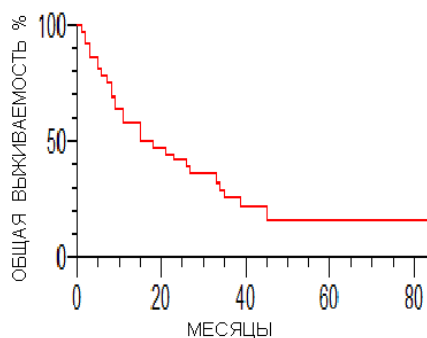


Рис. 1. Выживаемость больных с первично-генерализованной формой рака почки после паллиативной нефрэктомии.

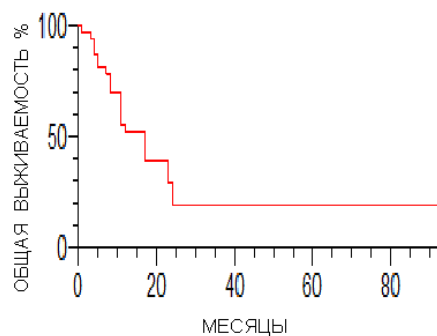


Рис. 2. Выживаемость больных с первично-генерализованной формой рака почки после паллиативной нефрэктомии и послеоперационной системной химиотерапии с иммунотерапией.

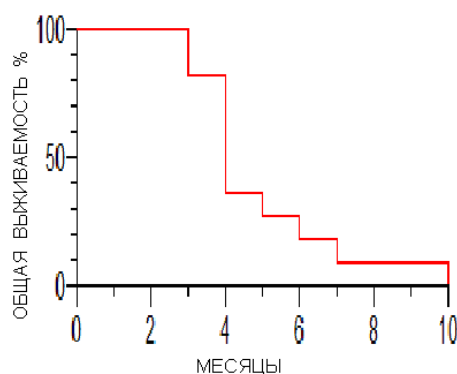


Рис. 3. Выживаемость больных с первично-генерализованной формой рака почки после системной химиотерапии с иммунотерапией.

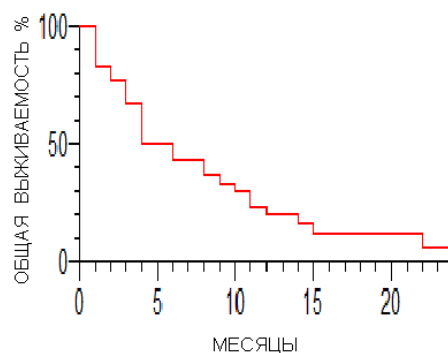


Рис. 4. Выживаемость больных с первично-генерализованной формой рака почки после симптоматической терапии.

В третьей группе больных, состоящей из 11 пациентов, которым была проведена системная химиотерапия с иммунотерапией, все пациенты прослежены в сроки от 3 до 10 месяцев. За этот период все пациенты из этой группы умерли от прогрессии опухолевого процесса в различные сроки наблюдения после операции.

Анализ полученных результатов, по первичному параметру исследования, показал, что пятилетняя выживаемость больных в третьей группе составила 0%. Следует отметить, что к 10 месяцу наблюдения все пациенты умерли. Медиана ожидаемого времени жизни составила $4,0 \pm 0,0$ месяцев, а средняя продолжительность жизни – $4,9 \pm 0,6$ месяца (рис. 3).

В четвертой группе, состоящей из 36 больных, которым проводилась симптоматическая терапия, 30 (83,3%) пациентов прослежены от 1 до 24 месяцев. За этот период 27 (75%) пациентов умерли от прогрессии опухолевого процесса в различные сроки наблюдения. 6 (16,7%)

пациентов из этой группы исчезли из-под наблюдения. Анализ полученных результатов, по первичному параметру исследования, показал, что пятилетняя выживаемость больных в четвертой группе составила 0%. Медиана ожидаемого времени жизни составила $4,0 \pm 1,2$ месяца, а средняя продолжительность жизни – $7,9 \pm 2,3$ месяцев (рис. 4).

Следует отметить, что 3 больных из этой группы были прослежены нами до 24 месяцев.

Сравнительный анализ результатов оценки эффективности различных методов лечения, больных с первично-генерализованными формами почечно-клеточного рака, показал, что значимость произведенной паллиативной нефрэктомии приобретает определенное значение. В группе пациентов, где паллиативная нефрэктомия не была произведена, отдаленные результаты оказались статистически достоверно ниже, нежели в группах, где паллиативная нефрэктомия произведена (табл. 4.).

Таблица 4.

Сравнительная оценка эффективности лечения первично-генерализованных форм почечно-клеточного рака

Группы	Пятилетняя выживаемость	Медиана ожидаемого времени жизни	Средняя продолжительность жизни
I	8,6	15,0±6,0	28,1±6,0
II	7,2	17,0±3,4	28,6±10,2
III	0	4,0±0,0*■	4,9±0,9*■
IV	0	4,0±1,2*■	7,9±2,3*■

Примечание: * - $P < 0,05$ – достоверность различий по отношению к первой группе.■ - $P < 0,05$ - достоверность различий по отношению к второй группе.

Сравнительный анализ результатов системной химиотерапии с иммунотерапией показал, что отдаленные результаты лечения в группе пациентов, где системная химиотерапия с иммунотерапией не была произведена, и где она проводилась, статистически достоверных различий между группами не наблюдались ($p > 0,05$) (табл. 3).

Выполнение паллиативной нефрэктомии, направленной на удаление опухолевой массы, играет положительную роль в лечении больных с первично-генерализованными формами почечно-клеточного рака, так как опухоль отрицательно влияет на иммунную систему. Некоторые авторы нефрэктомию считают первым этапом иммунотерапевтического воздействия.

Выводы. Выполнение паллиативной нефрэктомии повышает выживаемость больных с первично-генерализованными формами почечно-клеточного рака и удлиняет медиану ожидаемого времени жизни пациентов (в 4 раза). Наихудшие показатели по медиане ожидаемого времени жизни и средней продолжительности жизни наблюдали при локализации отдаленных метастазов в двух и более органах (2,5 мес и $6 \pm 1,2$ мес). Показатели 5-летней выживаемости среди больных с метастазами в печень составили -7,9%, в костях скелета 33,5%. Ни один больной с метастазами в легкие, а также с поражением двух и более органов не дожили до 5-летнего срока наблюдения.

Литература.

1. Наврузов С.Н., Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М. Выбор хирургической тактики лечения при местно-распространенном почечно-клеточном раке // Проблемы медицины и биологии. – Самарканд, 2007. - №3. – С. 66-68.
2. Низамов Д.Ф., Рахимов Н.М., Влияние сегментарной локализации первичной опухоли у больных почечно-клеточным раком на появление отдаленных метастазов в легких. // Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей Ташкентской медицинской академии (8-9 май 2008). – Ташкент, 2008. – С.103-104.

3. Д.Ф.Низамов «Химио- и гормональная терапия почечно-клеточного рака: современное состояние проблемы» Медицинский журнал Узбекистана №1, 2008 С.79
4. Низамов Д.Ф. Тилляшайхов М.Н. «Эффективность Роферона-А в комбинации с винбластином у больных диссеминированным ПКР» XII Российский онкологический конгресс. Материалы конгресса 18-20 ноября 2008 года Москва С.207
5. Рахимов Н.М., Низамов Д.Ф. Влияние лимфодиссекции в хирургическом лечении ПКР на метастатические поражения отдаленных органов // Материалы научно-практической конференции аспирантов и соискателей Ташкентской медицинской академии (8-9 май 2008). – Ташкент, 2008. – С.105-106.
6. Рахимов Н.М., Кутлиев О.О. Отдаленные результаты хирургического лечения локализованного почечно-клеточного рака // Дни молодых ученых. Материалы научно-практической конференции (14-15 апрель 2009).- Ташкент, 2009.- С. 207-208
7. Рахимов Н.М.Низамов Д.Ф. «Современные неинвазивные методы визуализации рака почки и регионарных лимфатических коллекторов». Проблемы биологии и медицины №2, 2008. С.89.
8. Рахимов Н.М Абдукаримов Т.О Выбор неинвазивного метода диагностики лимфоузлов почечно-клеточного рака// Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2015.-№2.-С.98-102
9. Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М. Место радикальной нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией в лечении местно-распространенного почечно-клеточного рака // Сборник научных работ молодых специалистов-онкологов Уральского Федерального округа. – Челябинск, 2008.- С. 70-71.
- 10.Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Низамов Д.Ф. Частота метастаза в регионарные лимфатические узлы в зависимости от объема лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака // Сборник трудов 1 пленума Научного общества Урологов Узбекистана. – Ташкент, 2008. С. 291-292.

- 11.Тилляшайхов М.Н Рахимов Н.М., Низамов Д.Ф. Влияние лимфодиссекции на метастатические поражения в отдаленные органы при хирургическом лечении почечно-клеточного рака // Онкоурология. – Обнинск, 2008. – С. 39.
- 12.Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Низамов Д.Ф. Ранние непосредственные результаты радикальной нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией при хирургическом лечении ПКР // XII Российский онкологический конгресс. Сборник научных трудов (18-20 ноября 2008).- Москва, 2008.-С. 207.
- 13.Тилляшайхов М.Н. Таштемиров Ж.У., Султанова Л.А., Шукруллаев Ш.А., Юсупов Ш.Х., Низамов Д.Ф. «Хирургическое лечение почечно-клеточного рака (ПКР) с опухолевым тромбом в почечной и нижней полой венах». Сборник трудов I-плenums Научного Общества Урологов Узбекистана посвященного 80-летию профессора Мухтарова А.М., Тошкент-2008 С.276
- 14.Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М., Низамов Д.Ф. Сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения почечно-клеточного рака // Врач аспирант. –Воронеж, 2009. – №1(28).-С. 11-14.
- 15.Тилляшайхов М.Н., Рахимов Н.М. Роль лимфодиссекции в хирургическом лечении почечно-клеточного рака// Онкоурология.- Москва, 2009. -№3.-С. 13-15.
- 16.Тилляшайхов М.Н, Гофур-Охунов М.А, Рахимов Н.М Низамов Д.Ф Осложнения радикальной нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией в хирургическом лечении почечно-клеточного рака// VI съезд онкологов стран СНГ. Сборник трудов (1-4.10.2010 г).-Душанбе (Таджикистан),2010.- С.244
- 17.Шукруллаев Ш.А., Тилляшайхов М.Н., Низамов Д.Ф., Рахимов Н.М. Вероятность метастатического поражения регионарных лимфоузлов при почечно-клеточном раке // XI Российский онкологический конгресс. Сборник тезисов (20-22 ноябрь 2007).-Москва, 2007. -С. 233.
- 18.Navruzov S., Tillyashaykhov M., Rahimov N., Nizamov D. Choice the volume of lymph dissection in surgical treatment of locally advanced renal cell carcinoma // European journal of surgical oncology. 2008.- Volume 34, issue 9.-1090-1091.
- 19.Navruzov S., Tillyashaykhov M., Rahimov N., Kutliev O. The comparative characteristics of remote results of surgical treatment of renal cell carcinoma T1-T2 // Annals of oncology. Educational and Abstract Book ESMO Conference Lugano (ECLU) 2-4 july 2008. – Lugano, 2008. – Vol. 19. – 147 p.
- 20.Nizamov D., Gafur-Akhunov M., Tillyashaykhov M., Nishanov D., Rahimov N. // «Prognostic

value of tumor cell proliferative activity in disseminated kidney cancer» EJC Supplements Joint ECCO 15-34th ESMO Multidisciplinary Congress Berlin, 20-24 September 2009 Abstract Book September 2009 Vol 7 No 2 C.438

21.D. Nizamov, M. Gafur-Akhunov,,M. Tillyashaykhov, D. Nishanov,O. Kutliev «Prognostic significance of gen-supressor p53 and Bcl-2 in disseminated kidney cancer» EJC Supplements Joint ECCO 15-34th ESMO Multidisciplinary Congress BERLIN, 20-24 September Abstract Book September 2009 Vol 7 No 2 C.438.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ФОРМ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА

Н.М. РАХИМОВ, М.Н. КАРИМОВА,
Т.О. АБДУКАРИМОВ, Х.А. РАХМАНОВ,
Ф.М. РАУФОВ

Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 170 больных почечно-клеточным раком, обратившихся в Самаркандский областной онкологический диспансер в период с 2000 года по 2012 год. 115 больных поступили в стационар с первично-генерализованной формой почечно-клеточного рака и 55 больных с локальным почечно-клеточным раком. Среди них мужчин было 104, а женщин – 66. Возраст больных составил от 22 до 83 лет, средний возраст – $57,5 \pm 6,8$ лет. Сравнительный анализ результатов системной химиотерапии с иммунотерапией показал, что отдаленные результаты лечения в группе пациентов, где системная химиотерапия с иммунотерапией не была произведена, и где она проводилась, статистически достоверных различий между группами не наблюдались. Выполнение паллиативной нефрэктомии повышает выживаемость больных с первично-генерализованными формами почечно-клеточного рака и удлиняет медиану ожидаемого времени жизни пациентов (в 4 раза). Наихудшие показатели по медиане ожидаемого времени жизни и средней продолжительности жизни наблюдали при локализации отдаленных метастазов в двух и более органах ($2,5$ мес и $6 \pm 1,2$ мес). Показатели 5-летней выживаемости среди больных с метастазами в печень составили -7,9%, в костях скелета 33,5%. Ни один больной с метастазами в легкие, а также с поражением двух и более органов не дожили до 5-летнего срока наблюдения.

Ключевые слова: рак почки, метастаз, паллиативная нефрэктомия, химиотерапия.