

©С. М. ПАСІЧНИК<sup>1</sup>, М. С. ПАСІЧНИК<sup>1</sup>, О. Б. ЛЕЩУК<sup>2</sup>, А. І. ГОЖЕНКО<sup>3</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>1</sup>Львівська обласна клінічна лікарня<sup>2</sup>Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України”<sup>3</sup>, Одеса

## Післяопераційна профілактика розвитку хронічної хвороби нирок у хворих із нирково-клітинним раком

**Мета роботи:** дослідити вплив на функціональний стан нирки у хворих на нирково-клітинний рак (НКТ) як інгібіторів АПФ (периндоприлу аргінін) монотерапії, так і в комбінації з блокаторами Са – каналів при проведенні лікування супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ).

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 38 хворих на НКТ. У всіх хворих було вперше діагностовано НКТ, відповідно до Міжнародної класифікації TNM (T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>). Першу групу склали 17 пацієнтів. Всім пацієнтам I групи з лікувальною метою, окрім вищезгаданого хірургічного лікування, було застосовано комбінацію інгібіторів АПФ (периндоприлу аргінін 5 мг) і блокаторів Са – каналів (амлодипін 5 мг). Препарат “Бі – престріум” призначали з метою лікування ГХ. В другу групу увійшов 21 пацієнт, яким на відміну від пацієнтів I групи з метою лікування ГХ застосовували лише інгібітори АПФ (периндоприлу аргінін 5 мг).

**Результати досліджень та їх обговорення.** У результаті проведеного лікування, впродовж 3 місяців спостереження, в обох групах дослідження спостерігалось статистично достовірне зниження середніх значень систолічного та діастолічного тиску до нормальних показників. Впродовж 3 місяців спостереження в пацієнтів II групи спостерігалось статистично достовірне підвищення середніх значень рівня сироваткового креатиніну та підвищення ШКФ порівняно з пацієнтами I групи.

**Ключові слова:** нирково-клітинний рак; хронічна хвороба нирок; артеріальна гіпертензія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією із найбільш важливих медичних та соціальних проблем сьогодення [1]. Поряд з АГ у пацієнтів, як правило, існує низка інших, супутніх захворювань. Серед них можна виділити групу захворювань найбільш суттєвих в медико-демографічному відношенні: сечокам’яна хвороба, хронічна ниркова недостатність (ХНН), захворювання передміхурової залози, хронічний пієлонефрит та рак нирки (РН) [2, 3]. Нирково-клітинний рак (НКТ) є одним із досить поширених онкоурологічних захворювань [4]. Відомо, що близько 26 % хворих РН в анамнезі можуть мати супутню ішемічну хворобу серця (гіпертонічна хвороба), цукровий діабет та деякі інші системні захворювання, які можуть призводити до виникнення нефросклеротичних змін та розвитку або прогресії уже існуючої ХНН [5].

За сучасними літературними даними, поширення ХНН в Україні становить близько 7–10 %, більше 500 тис. пацієнтів мають ознаки хронічної хвороби нирок (ХХН), прогресування якої призводить до повної втрати функцій нирок [4, 6, 7]. Проведення хірургічного лікування РН у хворих НКТ, особливо із інтраопераційним застосуванням ішемії органа, в подальшому, може погіршувати функціональний стан нирок. Основними причинами невтішної статистики, крім гострого

пошкодження нирок (ГПН), є подальше поширення ХХН [8].

Причинами недостатньої ефективності медикаментозних підходів слугують: переважне застосування препаратів, які багато років є на фармацевтичному ринку, формування взаємопов’язаної ренально-поліорганної дисфункції (синдромів), нефротоксичність базових засобів лікування асоційованих із нефропатіями ко- чи поліморбідних станів, а також – труднощі впровадження результатів експериментальної нефрології в практику охорони здоров’я [9–14].

Отже, реалізація мети нефропротекції у пацієнтів з НКТ щодо уповільнення прогресування ниркової патології, покращення якості, а особливо тривалості життя данного контингенту хворих, потребує комплексного підходу, де провідне місце належить лікарським препаратам.

У більшості рандомізованих досліджень проводилось вивчення впливу гіпотензивних препаратів на різні ниркові кінцеві точки, наприклад мікроальбумінурію або протеїнурію, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) і частоту виникнення термінальних стадій ниркових захворювань при різних станах, наприклад діабеті, діабетичній нефропатії, недіабетичному ураженні нирок чи простій гіпертензії. Унаслідок гетерогенності клінічних станів, при яких використовуються кінцеві точки, ця проблема не є ідеальною для мета-аналі-

зів. Ймовірно, найкращим підходом тут лишається критичний і вибірковий огляд доступних даних.

Нефропротекторні впливи гіпотензивних агентів, головним чином інгібіторів АПФ і антагоністів рецепторів ангіотензину, вивчали в багатьох рандомізованих дослідженнях. Кілька плацебо-контрольованих досліджень засвідчили, що ці класи препаратів або низькі дози інгібітора АПФ у комплексі з діуретиком сповільнюють розвиток термінального захворювання нирок або достовірне зростання сироваткового креатиніну, зменшують або запобігають мікроальбумінурії або протеїнурії у хворих як з діабетичною, так і з недіабетичною нефропатією. Антипротеїнуричні ефекти на протипагу плацебо спостерігали також при застосуванні спіронолактону. За винятком одного, в усіх інших плацебо-контрольованих дослідженнях ниркові впливи активного середника супроводжувалися дещо більшим зменшенням артеріального тиску, котре хоча б частково відповідале за ниркові ефекти. Фактично, в дослідженні SYSTEUR було встановлено, що антагоніст кальцію (нітрендипін) краще зберігає функцію нирок, ніж плацебо.

Порівняння різних активних режимів лікування забезпечило менш чіткі результати. Два дослідження: одне серед пацієнтів із протеїнуричною діабетичною нефропатією, а друге – з недіабетичною нефропатією, засвідчили вищу ефективність антагоніста рецепторів ангіотензину або інгібітора АПФ, ніж блокаторів кальцієвих каналів, у відтермінуванні термінального захворювання нирок і достовірного підвищення сироваткового креатиніну, але субаналіз у межах дослідження ALLHAT серед гіпертоніків із зниженою функцією нирок спочатку (про протеїнурію було невідомо) засвідчив однакову частоту цих кінцевих точок у хворих, лікованих діуретиком, антагоністом кальцію або інгібітором АПФ. Дослідження, в яких оцінювали ШКФ, також дали неоднозначні результати: лише одне з них засвідчило дещо менше зниження цього показника при використанні інгібітора АПФ на протипагу бета-адреналокатора або антагоніста кальцію, тоді як інші не продемонстрували відмінних ефектів інгібіторів АПФ, порівняно з антагоністом кальцію, бета-адреналокатором, антагоністом рецепторів ангіотензину чи комбінацією блокатора кальцієвих каналів із діуретиком; однаковий ефект антагоніста кальцію і діуретика також було продемонстровано в одному з досліджень.

Менш чіткі результати одержано щодо порівняльного впливу різних гіпотензивних препаратів на мікроальбумінурію або протеїнурію. Ви-

явилось, що блокатори рецепторів ангіотензину більш ефективні у зниженні виділення білка із сечею, порівняно із бета-адреналокатором, антагоністом кальцію або тіазидним діуретиком, антагоністи альдостерону – порівняно з антагоністами кальцію, а інгібітори АПФ – порівняно з блокаторами кальцієвих каналів. Слід пам'ятати про доволі гетерогенні результати, проте згідно з повідомленнями, інгібітори АПФ за ефективністю були еквівалентні антагоністам кальцію в трьох дослідженнях, і діуретикам – в одному.

Цікавими є останні кілька досліджень, де вивчали комбінацію антагоніста рецепторів ангіотензину й інгібітора АПФ (порівняно з монотерапією). У дослідженні COOPERATE повідомлено про сповільнене прогресування недіабетичної нефропатії при застосуванні комбінації ліків на протипагу монотерапії окремими компонентами без відмінностей в показниках артеріального тиску між основними групами. Інші дослідження засвідчили більший антипротеїнуричний ефект комбінованого лікування, асоційований із вираженішим зниженням АТ; справді, коли дозу інгібітора АПФ титрували до того рівня, щоб одержати зниження тиску, типове для комбінованої схеми, то різниці в антипротеїнуричному ефекті не виявляли. Доступні дослідження були включені в останній мета-аналіз, котрий підтвердив кращий антипротеїнуричний вплив комбінованої терапії, пов'язаний із більшим зниженням АТ. З другого боку, два невеликі дослідження дозволяють припустити, що дуже високі дози антагоністів рецепторів ангіотензину можуть реалізовувати набагато більший антипротеїнуричний вплив, порівняно із стандартними дозами без зростання гіпотензивного ефекту. Такі висновки вимагають підтвердження на більших популяціях пацієнтів [15].

Отже, на сьогодні не існує чітких даних щодо впливу на функціональний стан нирки у хворих на НКР як інгібіторів АПФ (периндоприлу аргінін) монотерапії, так і в комбінації з блокаторами Са – каналів при проведенні лікування супутньої гіпертонічної хвороби (ГХ).

**Мета роботи:** дослідити вплив на функціональний стан нирки у хворих на НКР як інгібіторів АПФ (периндоприлу аргінін) монотерапії, так і в комбінації з блокаторами Са – каналів при проведенні лікування супутньої ГХ.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 38 хворих на НКР. У всіх хворих було вперше діагностовано НКР, відповідно до Міжнародної класифікації TNM ( $T_1 N_0 M_0$ ). Гістологічна градація за Фурманом:  $G_1 - G_3$ , гістологічний підтип НКР:

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

світлоклітинний рак. Всім хворим із лікувальною метою було проведено резекцію нирки. Окрім того, в обох досліджуваних групах спостерігалась АГ I стадія II ступінь, (помірна АГ) (САТ, мм рт. ст. 160 – 179, ДАТ, мм рт. ст. 100 – 109). При цьому статистично достовірної різниці в середніх значеннях показників систолічного та діастолічного тисків між двома групами не спостерігалось ( $p > 0,05$ ).

У першу групу входило 17 пацієнтів. Всім пацієнтам I групи з лікувальною метою, окрім вищезгаданого хірургічного лікування, було застосовано комбінацію інгібіторів АПФ (периндоприлу аргінін 5 мг) та блокаторів Са – каналів (амлодипін 5 мг.) та препарат “Бі – престріум” з метою лікування ГХ. В другу групу увійшов 21 пацієнт, якому на відміну від пацієнтів I групи з метою лікування ГХ застосовували лише інгібітори АПФ (периндоприлу аргінін 5 мг).

Основні критерії ефективності проведеного лікування: 1) рівень сироваткового креатиніну; 2) ШКФ.

Оцінку результатів проводили при первинному зверненні хворого в лікувальний заклад, через 1 та 3 місяці від моменту первинного звернення. Обробку статистичних даних проводили прикладними статистичними методами за допомогою програмного пакета Microsoft Excel 2016.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У таблиці представлено дані динамічного спостереження хворих, які брали участь у дослідженні.

У результаті проведеного лікування, протягом 3 місяців спостереження, в обох групах дослідження спостерігалось статистично достовірне зниження середніх значень систолічного та діастолічного тиску тиску до нормальних показників.

**Таблиця. Динаміка змін функціонального стану нирок на початку лікування та через 1 та 3 місяці від початку лікування**

Група хворих	Критерій оцінки					
	рівень сироваткового креатиніну, мкмоль/л			ШКФ, мл/хв/1,73 м <sup>2</sup>		
	при первинному огляді	через 1 місяць	через 3 місяці	при первинному огляді	через 1 місяць	через 3 місяці
I група (n=17)	109±0,15	112±2,13	114±2,72	89±4,24	84±7,61	81±6,22
II група (n=21)	107±0,13	114±1,28	121±3,72	89±1,73	74±1,11	58±3,17

Протягом 3 місяців спостереження, в пацієнтів II групи спостерігалось статистично достовірне підвищення середніх значень рівня сироваткового креатиніну та підвищення ШКФ порівняно з пацієнтами I групи.

**Висновки.** Застосування комбінованого лікування раку нирки, ускладненого АГ I стадії II ступеня, через 1 місяць спостереження в середньому призводить до підвищення рівня сироваткового креатиніну на 3 мкмоль у пацієнтів першої групи та на 7 мкмоль у хворих II групи. Відповідно, ШКФ у вищезгаданих групах хворих за аналогічний пері-

од в середньому знижувалася на 5 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> у пацієнтів першої групи та на 15 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> у хворих другої групи.

На ґрунті застосування комбінованого лікування раку нирки, ускладненого АГ I стадії II ступеня, через 3 місяці від початку лікування в середньому спостерігалось підвищення рівня сироваткового креатиніну на 5 мкмоль у пацієнтів першої групи та на 14 мкмоль у хворих II групи. Відповідно, ШКФ через 3 місяці від початку проведення лікування в середньому знижувалася на 8 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> у пацієнтів першої групи та на 31 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> другої групи.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шальнова С. А. Проблемы лечения артериальной гипертонии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2003. – № 3. – С. 17–21.
2. Лопатин М. Ю. Пробы с дозированной физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил - тест) : научно – практические рекомендации / М. Ю. Лопатин. – Волгоград : ВОКЦ, 2001. – С. 68.
3. Давыдова С. С. Особенности лечения артериальной гипертонии у мужчин с опухолью почки после лапароскопической нефрэктомии / С. С. Давыдова // Архив внутренней медицины. – № 2 (16). – 2014. – С. 42.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої, третинної (високоспеціалізованої) допомоги. Рак нирки / Стаховський Е. О. та співавт. – Київ, 2016. – С. 7–8.
5. Mindikoglu A. L. New developments in hepatorenal syndrome / A. L. Mindikoglu, S. C. Pappas // Clin. Gastroenterol Hepatol. – 2018. – Vol. 16, No. 2. – P. 162–177. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.05.041.

6. Пиріг Л. А. Організація нефрологічної допомоги в Україні: сучасний стан і перспективи / Л. А. Пиріг // *Почки*. – 2016. – № 4 (18). doi: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.4.18.2016.84319>.

7. Patterns of progression of chronic kidney disease at later stages / F. Caravaca-Fontán, L. Azevedo, E. Luna, F. Caravaca // *Clin. Kidney J.* – 2017. – Vol. 11, No. 2. – P. 246–253. DOI: 10.1093/ckj/sfx083.

8. Ускладнення резекції нирки при оперативному лікуванні хворих на нирково-клітинний рак / О. А. Войленко, П. С. Вукалович, Ю. В. Вітрук [та ін.] // *Клінічна онкологія*. – 2013. – № 9 (1). – С. 1–4.

9. Mindikoglu A. L. New developments in hepatorenal syndrome / A. L. Mindikoglu, S. C. Pappas // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2018. – Vol. 16, No. 2. – P. 162–177. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.05.041.

10. Cardiorenal syndrome—current understanding and future perspectives / B. Braam, J. A. Joles, A. H. Danishwar, C. A. Gaillard // *Nat. Rev. Nephrol.* – 2014. – Vol. 10, No. 1. – P. 48–55. DOI: 10.1038/nrneph.2013.250.

11. Perazella M. A. Renal vulnerability to drug toxicity / M. A. Perazella // *CJASN.* – 2009. – Vol. 4, No. 7. – P. 1275–

1283. DOI: 10.2215 / CJN.020309.

12. Філіпець Н. Д. Блокатори ренін-ангіотезин-альдостеронової системи як основний патогенетичний напрям медикаментозної нефропротекції / Н. Д. Філіпець, Д. Д. Іванов, А. І. Гоженко // *Почки*. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 34–39.

13. Гоженко А. И. Функциональный почечный резерв у больных с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек / А. И. Гоженко, Е. С. Кузнецова, Е. Н. Кузнецова // *Нефрология*. – 2015. – Т. 19, № 4. – С. 95–99. <https://journal.nephrolog.ru/jour/article/view/115/0>.

14. Ivanov D. D. Central hemodynamics and drugs of choice for the correction of hypertension in chronic kidney disease / D. D. Ivanov // *Почки*. – 2016. – No. 1 (15). – Access mode : <https://doi.org/10.22141/2307-1257.1.15.2016.71468>.

15. Giuseppe Mancía. Рекомендації з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії 2007 року. Робоча група з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії Європейського товариства з гіпертензії (ESH) і Європейського кардіологічного товариства (ESC) / Giuseppe Mancía, Guy De Backer // *Journal of Hypertension*. – 2007. – Vol. 25. – P. 1005–1187.

#### REFERENCES

1. Shalnova, S.A. (2003). Problemy lecheniya arterialnoy gipertonii [Problems in the treatment of arterial hypertension]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika – Cardiovascular Therapy and Prevention*, 3, 17-21 [in Russian].

2. Lopatin, M.Yu. (2001). *Problemy s dozirovanoy fisicheskoy nagruzkoy (veloergometriya, tredmil – test). Nauchno-prakticheskie rekomendatsii [Samples with dosed physical activity (bicycle ergometry, treadmill test): scientific and practical recommendations]*. Volgograd: VOKTs [in Russian]

3. Davidova, S.S. (2014). Osobnosti lecheniya arterialnoy gipertonii u muzhchin s opucholyu pochki posle laparoskopicheskoy nefrektomii [Features of the treatment of arterial hypertension in men with kidney tumor after laparoscopic nephrectomy]. *Arkhiv vnutreny meditsyny – Archive of Internal Medicine*, 2 (16), 42 [in Russian].

4. Stachovskyy, E.O. (2016). *Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi, tretynnoi (vysokospetsializovanoi). Rak nyryki [Unified clinical protocol of primary, secondary, specialized, tertiary (highly specialized) care]*. Kyiv [in Ukrainian].

5. Mindikoglu, A.L., & Pappas, S.C. (2018). New developments in hepatorenal syndrome. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 16 (2), 162-177. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.05.041.

6. Pirig, L.A. (2016). Orhanizatsiia medychnoi dopomohy v Ukraini: suchasnyi stan i perspektyvy [Organization of nephrological care in Ukraine: current status and prospects]. *Pochki – Kidneys*, 4 (18). DOI: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.4.18.2016.84319> [in Ukrainian].

7. Caravaca-Fontán, F., Azevedo, L., Luna, E., Caravaca, F. (2017). Patterns of progression of chronic kidney disease at later stages. *Clin. Kidney J.*, 11 (2), 246-253. DOI: 10.1093/ckj/sfx083.

8. Voilenko, O.A., Vukalovich, P.S., Vitruk, Yu.V., Stachovskyy, E.O., & Kotov, E.O. (2013). Uskladnennia rezektsii nyryky hry operatyvnomu likuvanni khvorykh na nyrykovo- klitinnyi rak [Complications of kidney resection in the surgical treatment of patients with renal cell carcinoma]. *Klinichna onkologhiia – Clinical Oncology*, 9 (1), 1-4 [in Ukrainian].

9. Mindikoglu, A.L., & Pappas, S.C. (2018). New developments in hepatorenal syndrome. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 16 (2), 162-177. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.05.041.

10. Braam, B., Joles, J.A., Danishwar, A.H., & Gaillard, C.A. (2014). Cardiorenal syndrome-current understanding and future perspectives. *Nat. Rev. Nephrol.*, 10 (1), 48-55. DOI: 10.1038/nrneph.2013.250.

11. Perazella, M.A. (2009). Renal vulnerability to drug toxicity. *CJASN.* 4 (7), 1275-1283. DOI: 10.2215 / CJN.020309

12. Filipets, N.D., Ivanov, D.D., & Hozhenko, A.I. (2019). Blokatory renin- anhiotenzyn-aldosteronovoi systemy yak osnovnyi patohenetychnyi napriam medyamentoznoi nefroproteksii [Renin-angiotensin-aldosterone system blockers as the main pathogenetic direction of drug nephroprotection]. *Pochky – Kidneys*, 8 (1), 34-39 [in Ukrainian].

13. Hozhenko, A.I., Kuznetsova, E. S., & Kuznetsova, E.N. (2015). Funktsionalnyy pochechnyy rezerv u bolnykh s sakharnym diabetom 2 tipa s khronicheskoy boleznnyu pochek [Functional renal reserve in patients with type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease]. *Nephrologiya – Nephrology*, 19 (4), 95-99 [in Russian]. Retrieved from: <https://journal.nephrolog.ru/jour/article/view/115/0>. [in Russian].

14. Ivanov, D.D. (2016). Central hemodynamics and drugs of choice for the correction of hypertension in chronic kidney disease. *Pochki*, 1 (15). Retrieved from: <https://doi.org/10.22141/2307-1257.1.15.2016.71468>.

15. Giuseppe Mancía, & Guy De Backer (2007). Rekomendatsii z diahnostryky ta likuvannia arterialnoi hipertenzii 2007 roku. Robocha hrupa z diahnostryky ta likuvannia arterialnoi hipertenzii Yevropeiskoho tovarystva z hipertenzii (ESH) i Yevropeiskoho kardiologichnoho tovarystva (ESC) [Working Party on the Diagnosis and Treatment of Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC)]. *Journal of Hypertension*, 25, 1005-1187 [in Ukrainian].

Отримано 02.06.2020

Електронна адреса для листування: pasichnykdoctua@gmail.com



S. M. PASICHNYK<sup>1</sup>, M. S. PASICHNYK<sup>1</sup>, O. B. LESCHUK<sup>2</sup>, A. I. GOZHENKO<sup>3</sup>

Danylo Halytsky Lviv National Medical University<sup>1</sup>

Lviv Regional Clinical Hospital<sup>2</sup>

Ukrainian Research Institute of Transport Medicine, Odesa<sup>3</sup>

### POSTOPERATIVE PREVENTION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA

**The aim of the work:** to investigate the effect on renal function in patients with renal cell carcinoma (RCC) as ACE inhibitors (perindopril arginine) monotherapy and in combination with Ca-channel blockers in the treatment of concomitant arterial hypertension.

**Materials and Methods.** The study involved 38 patients with RCC. All patients were diagnosed with RCC for the first time, according to the International Classification of TNM (T1 N0 M0). Group 1 included 17 patients. In addition to the above-mentioned surgical treatment, a combination of ACE inhibitors (perindopril arginine 5 mg) and Ca-channel blockers (amlodipine 5 mg) Bi-prestrium was used to treat arterial hypertension in all patients of group I. Group 2 included 21 patients who, in contrast to group I patients, were treated with ACE inhibitors (perindopril arginine 5 mg) for the treatment of arterial hypertension.

**Results and Discussion.** As a result of the treatment, during 3 months of follow-up, in both groups of the study there was a statistically significant decrease in the mean values of systolic and diastolic blood pressure to normal values. As a result of the study, during 3 months of follow-up, in patients of group II of the study there was a statistically significant increase in mean values of serum creatinine and an increase in GFR compared with patients in group I.

**Key words:** renal cell carcinoma; chronic kidney disease; arterial hypertension.

С. Н. ПАСЕЧНИК<sup>1</sup>, Н. С. ПАСЕЧНИК<sup>1</sup>, О. Б. ЛЕЩУК<sup>2</sup>, А. И. ГОЖЕНКО<sup>3</sup>

Львовский национальный медицинский университет, имени Даниила Галицкого<sup>1</sup>

Львовская областная клиническая больница<sup>2</sup>

Государственное предприятие "Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта МОЗ Украины", Одесса<sup>3</sup>

### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

**Цель работы:** исследовать влияние на функциональное состояние почки у больных с почечно-клеточным раком (ПКР) как ингибиторов АПФ (периндоприла аргинин) монотерапии, так и в комбинации с блокаторами Са – каналов при проведении лечения сопутствующей гипертонической болезни (ГБ).

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 38 больных с ПКР. У всех больных было впервые диагностировано ПКР, согласно Международной классификации TNM (T1 N0 M0). В первую группу входило 17 пациентов. Всем больным I группы с лечебной целью, кроме вышеупомянутого хирургического лечения, была применена комбинация ингибиторов АПФ (периндоприла аргинин 5 мг) и блокаторов Са – каналов (амлодипин 5 мг). Препарат "Би – престриум" назначали с целью лечения ГБ. Во вторую группу вошел 21 пациент, которому в отличие от пациентов I группы с целью лечения ГБ применяли только ингибиторы АПФ (периндоприла аргинин 5 мг).

**Результаты исследований и их обсуждение.** В результате проведенного лечения в течение 3 месяцев наблюдения, в обеих группах исследования наблюдалось статистически достоверное снижение средних значений систолического и диастолического давления до нормальных показателей. В течение 3 месяцев наблюдения у пациентов II группы наблюдалось статистически достоверное повышение средних значений уровня сывороточного креатинина и повышение СКФ по сравнению с больными I группы.

**Ключевые слова:** почечно-клеточный рак; хроническая болезнь почек; артериальная гипертензия.