

КОММЕНТАРИЙ

к статье Ф.Р. Джабарова и соавт. «Роль адъювантной гамма-терапии в лечении рака почки»

Абсолютное большинство современных руководств, регламентирующих тактические подходы к лечению рака почки, полностью игнорируют использование адъювантной лучевой терапии (АЛТ) после радикальной нефрэктомии (РНЭ) на основании результатов исследований, завершённых в 1970–1980 гг. [1, 2].

В ретроспективной серии работ Ф.Р. Джабарова и соавт. продемонстрировано достоверное преимущество в 5-летней выживаемости без местного рецидива и общей выживаемости больных раком почки pT1N0M0G2–4, получавших адъювантную химиолучевую терапию (АХЛТ) ($n=81$), по сравнению с пациентами, находившимися под наблюдением ($n=70$), после РНЭ по поводу почечно-клеточного рака. Также исследователи выявили значимое увеличение 2-летней общей выживаемости при проведении АХЛТ после РНЭ по поводу рака почки pN+ [3]. Данная работа имеет ряд недостатков, характерных для ретроспективных исследований, не позволяющих полностью доверять полученным результатам. Вызывают сомнение однообразие проводившегося лечения (данные пациентов набраны ретроспективно, при этом больные основной (АХЛТ) и контрольной (наблюдение) групп получали лечение в разные временные интервалы), адекватность патоморфологического стадирования и оценки степени дифференцировки G (больные оперированы в разных клиниках, не было централизованного пересмотра препаратов), а главное – сбалансированность групп по основным характеристикам, что могло повлиять на результаты. Весьма оригинальным, но при этом спорным является конкурентное назначение химиопрепаратов, неэффективных при раке почки [4], в лечебных дозах с радиомодифицирующей целью, что не описано в других работах аналогичного дизайна.

Тем не менее проблема, обсуждаемая авторами, представляется весьма актуальной. В большинстве исследова-

ний, на которые принято ссылаться при формулировке аксиомы о радиорезистентности рака почки, использовались старые технологии облучения в низких дозах у плохо отобранных больных, а также несовершенные методы визуализации локорегионарных рецидивов после нефрэктомии [1, 2]. В настоящее время опубликованы данные нескольких хорошо контролируемых ретроспективных и рандомизированных исследований, в ходе которых изучалась роль АЛТ при раке почки. Как сообщают Н.С. Ulutin et al., АЛТ обеспечивала преимущество только у пациентов группы плохого прогноза (pT3 и pN2) [5]. Исследование National Cancer Institute Cairo не выявило различий в частоте локорегионарных рецидивов между группами АЛТ и наблюдения [6, 7]. R. Makarewicz et al. обнаружили увеличение времени до любого прогрессирования после АЛТ, особенно у больных раком почки pT3 [2]. Вопреки ретроспективным данным в проспективных исследованиях не удалось подтвердить преимуществ АЛТ перед наблюдением. Более того, согласно результатам рандомизированных исследований Copenhagen Renal Cell Carcinoma Study Group [1] и Finney [8], выявлена большая частота осложнений и летальности, ассоциированной с гастроинтестинальными и печеночными нежелательными явлениями у облученных пациентов. Как показали 2 ретроспективных контролируемых [9, 10], 2 несравнимых исследования [11, 12] и недавно опубликованный мета-анализ ($n=735$) [13], АЛТ обеспечивала снижение частоты локорегионарных рецидивов рака почки, не оказывая влияния на специфическую и общую выживаемость.

Таким образом, вопрос об эффективности и безопасности АЛТ после РНЭ остается открытым и требует проведения многоцентрового проспективного рандомизированного исследования.

М.И. Волкова

ЛИТЕРАТУРА

1. Kjaer M., Frederiksen P.L., Engelholm S.A. Postoperative radiotherapy in stage II and III renal adenocarcinoma. A randomized trial by the Copenhagen renal cancer study group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987;13(5):665–72.
2. Makarewicz R., Zarzycka M., Kulinska G., Windorbska W. The value of post-operative radiotherapy in advanced renal cell carcinoma. *Neoplasma* 1998;45:380–3.
3. Джабаров Ф.Р., Шевченко А.Н., Розенко Л.Я. Роль адъювантной гамма-терапии в лечении рака почки. *Онкоурология* 2011;(1):16–9.
4. Yagoda A., Abi-Rached B., Petrylak D. Chemotherapy for advanced renal-cell carcinoma: 1983–1993. *Semin Oncol* 1995;22(1):42–60.
5. Ulutin H.C., Aksu G., Fayda M. et al. The value of postoperative radiotherapy in renal cell carcinoma: a single institution experience. *Tumori* 2006;92:202–6.
6. Gofrit O.N., Shapiro A., Pizov G. et al. Does stage T3a renal cell carcinoma embrace a homogeneous group of patients? *J Urol* 2007;177:1682–6.
7. Yoo C., Song C., Hong J.H. et al. Prognostic significance of perinephric fat infiltration and tumor size in renal cell carcinoma. *J Urol* 2008;180:486–91.
8. Finney R. The value of radiotherapy in the treatment of hypemephroma: a clinical trial. *Br J Urol* 1973;45:258–69.
9. Kao G., Malkowicz S.B., Whittington R. et al. Locally advanced renal cell carcinoma: low complication rate and efficacy of postnephrectomy radiation therapy with CT. *Radiology* 1994;193:725–30.
10. Stein M., Kuten A., Halpern J. et al. The value of postoperative irradiation in renal cell cancer. *Radiother Oncol* 1992;24:41–4.
11. Rafla S., Parikh K. The role of adjuvant radiotherapy in the management of renal cell carcinoma. In: N. Javadpour (ed.). *Cancer of the Kidney*. New York, NY: Thieme-Stratton, 1984.
12. Zhang B.X. Postoperative radiotherapy of renal carcinoma: analysis of 57 patients. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 1991;13:223–5.
13. Tunio M. A., Hashmi A. & Rafi M. Need for a new trial to evaluate postoperative radiotherapy in renal cell carcinoma: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Oncol* 2010;21:1839–45.