DOI: 10.17650/1726-9776-2020-16-4-59-60

CC BY

Рецензия на статью «Резекция опухоли почки с суперселективной баллонной таргетной химиоэмболизацией»

Review of the article "Resection of a kidney tumor with superselective targeted balloon-occluded chemoembolization"

Целью исследования А.В. Максимова и соавт. явилось снижение вероятности рецидива после резекции почки у больных почечно-клеточным раком (ПКР). В эксперименте на животных и *in vivo* было продемонстрировано, что в случае резекции почки и сочетанной химиоэмболизации сегментарной почечной артерии возможно создать высокую концентрацию лекарственного препарата в ложе удаленной опухоли. В качестве противоопухолевого агента для данной методики использовался бевацизумаб. Авторы полагают, что накопление бевацизумаба в краях резекции почки позволит сформировать активную противорецидивную защиту в раннем послеоперационном периоде и повысит локальный контроль у больных ПКР.

Действительно, наиболее эффективным методом лечения локализованного ПКР является хирургический. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов резекция почки – предпочтительный вариант выбора для больных ПКР стадии T1 [1]. Вероятность локального рецидива после нефронсберегающей хирургии, по данным литературы, составляет 1,4–6,4 % [2–4]. Определение локального рецидива отличается в исследованиях. Большинство авторов в своих работах учитывали ипсилатеральный рецидив. A. Antonelli и соавт. сформулировали типы рецидива ПКР (см. таблицу) [5].

К локальным рецидивам, связанным с хирургической техникой, относится тип A.

В ретроспективном исследовании E.L. Wood и соавт. [4] проанализированы данные 2256 больных после резекции почки по поводу ПКР. Критерии локального рецидива были строго определены как появление опухоли в зоне хирургического дефекта или в зоне предшествующей резекции почки. Согласно их данным частота рецидива типа A составила 1,9 % ($n = 44$), медиана времени до его развития – 23 (2–107) мес. По результатам многофакторного анализа мужской пол, единственная почка, положительный хирургический край, более 2 резецированных опухолей, стадия pT3 и нефрометрический индекс по системе R.E.N.A.L. ≥10 ассоциировались с более коротким временным интервалом до развития рецидива. Можно констатировать, что вероятность развития рецидива выше при наличии облигатных показаний к резекции с бóльшим размером опухоли, мультифокальным ростом и/или более распространенным опухолевым поражением.

Данные литературы свидетельствуют о том, что локальный рецидив, связанный с хирургической техникой, развивается не более чем в 1,9 % случаев. Период времени до его появления составляет в среднем 2 года. Меньший интервал до появления рецидива обусловлен характеристиками опухоли, которые диктуют

Классификация ипсилатерального рецидива

Classification of ipsilateral relapses

Тип рецидива Type of relapse	Характеристика Characteristic
A	Обусловлен неполным удалением опухоли, рецидив развивается в ложе удаленной опухоли; резидуальный рост опухоли среди швов и грануляционной ткани Due to incomplete tumor removal, a recurrent tumor develops in the bed of the removed tumor; residual tumor growth among sutures and granulation tissue
B	Обусловлен диффузной сосудистой диссеминацией в близлежащую паренхиму почки; часто сопровождается наличием опухолевых эмболов в микрососудах Caused by diffuse vascular dissemination to the renal parenchyma located nearby; often accompanied by tumor emboli in microvessels
C	Обусловлен генетическими изменениями; мультифокальность, рост новых опухолей в резецированной почке Caused by genetic changes; multifocality; growth of new tumors in the resected kidney

необходимость технически более сложных оперативных вмешательств. Вследствие всего вышеизложенного крайне непросто сформировать когорту больных ПКР, у которых предложенная методика окажется эффективной и безопасной.

Не менее важным вопросом является противорецидивное воздействие антиангиогенного препарата бевацизумаб в отношении опухолевых клеток, расположенных в зоне послеоперационного рубца. Данных об эффективности этого лекарственного средства при его локальном введении на сегодняшний день не существует.

Таким образом, целесообразность применения разработанной методики сочетанной резекции почки с химиоэмболизацией в клинической практике крайне сомнительна.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. European Association of Urology (EAU), 2020.
2. Kreshover J.E., Richstone L., Kavoussi L.R. Renal cell recurrence for T1 tumors after laparoscopic partial nephrectomy. J Endourol 2013;27(12):1468–70. DOI: 10.1089/end.2013.0197.
3. Thompson R.H., Atwell T., Schmit G. et al. Comparison of partial nephrectomy and percutaneous ablation for cT1 renal masses. Eur Urol 2015;67(2):252–9. DOI: 10.1016/j.eururo.2014.07.021.
4. Wood E.L., Adibi M., Qiao W. et al. Local tumor bed recurrence following partial nephrectomy in patient with small renal masses. J Urol 2018;199(2):393–400. DOI: 10.1016/j.juro.2017.09.072.
5. Antonelli A., Furlan M., Tardanico R. et al. Features of ipsilateral renal recurrences after partial nephrectomy: a proposal pathogenetic classification. Clin Genitourin Cancer 2017;15(5):540–7. DOI: 10.1016/j.clgc.2017.04.028.

А.М. Попов, к.м.н.

(ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации)