

Рецензия на статью «Возможности позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, с ^{18}F -ФДГ в диагностике почечно-клеточного рака»

Review of the article “ ^{18}F -FDG positron emission tomography combined with computed tomography in renal cell carcinoma diagnostics”

В статье представлен обзор данных литературы о позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), в диагностике почечно-клеточного рака (ПКР). Статья безусловно актуальна как с научной, так и с клинической точки зрения.

Известно, что интенсивность накопления в опухоли ^{18}F -фтордезоксиглюкозы (^{18}F -ФДГ), используемой для ПЭТ/КТ, определяется интенсивностью гликолиза в клетках опухоли, уровень которого существенно различается в зависимости от ее гистологического типа.

Значительная часть типов ПКР характеризуется низким уровнем гликолиза, низкой интенсивностью накопления препарата в опухолевых клетках, соответственно, точность данных ПЭТ/КТ при этих опухолях сравнительно низкая. В этих случаях целесообразность последующего использования ПЭТ/КТ для диагностики рецидива опухоли или ее отдаленных метастазов и тем более для оценки эффективности лечения представляется сомнительной — у таких пациентов выполнение ПЭТ/КТ не имеет преимуществ перед традиционно применяемым комплексом исследований.

Другие типы ПКР, преимущественно низкокодифференцированные опухоли, накапливают ^{18}F -ФДГ активно, хорошо визуализируются при ПЭТ/КТ, а, значит, метод имеет высокую точность как в оценке распространенности первичного процесса, так и для рестадирования — выявления локального рецидива, а также региональных и отдаленных метастазов.

Результаты научных исследований показали, что высококодифференцированные типы светлоклеточного рака почки, а также хромофобный ПКР имеют низкую интенсивность гликолиза, и, соответственно, при этих типах ПКР можно ожидать низкую точность данных ПЭТ/КТ с наличием высокого процента ложноотрицательных результатов. Именно поэтому при выполнении ПЭТ/КТ пациентам после радикального лечения в целях рестадирования специалиста всегда интересует не просто гистологический тип удаленной опухоли, а детальная характеристика ее агрессивности.

В идеале всегда желательно иметь результаты ПЭТ/КТ до лечения, чтобы понимать, настолько активно

накопление препарата в опухоли у конкретного пациента, потому что интенсивность накопления препарата может быть вариабельна даже в пределах одного гистологического типа опухоли. Только опираясь на исходные данные, можно точно понять, насколько интенсивно будут накапливать ^{18}F -ФДГ метастазы опухоли и настолько будут точны результаты ПЭТ/КТ.

Таким образом, знание исходных метаболических характеристик первичной опухоли у больных ПКР определяет целесообразность использования метода как на этапе диагностики для оценки распространенности процесса, так и на этапе рестадирования и тем более для оценки эффективности лечения.

В разделе статьи «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией, с ^{18}F -ФДГ при первичном почечно-клеточном раке» авторам удалось показать противоречивость данных литературы о точности результатов ПЭТ/КТ у этой категории больных.

Однако, с моей точки зрения, не стоило бы ссылаться на работы о динамической ПЭТ/КТ и сомнительную гипотезу, что «применение ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ при первичном стадировании ПКР ограничено в основном из-за физиологического выведения радиофармацевтического препарата мочевыделительной системой, что уменьшает контрастность между неопластическими очагами и нормальной паренхимой». Эти ссылки создают ощущение, что нас уведут от обсуждения главного вопроса, определяющего точность результатов ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ, — гистологического типа опухоли. Авторы, конечно, обсуждают точность данных ПЭТ/КТ при опухолях различных гистологических типов, но не демонстрируют читателю свое мнение, хотя, скорее всего, оно существует, а в заключении раздела пишут стандартную фразу, что этот вопрос требует дальнейшего изучения. Это действительно очень интересный вопрос, требующий всестороннего дальнейшего изучения. С моей точки зрения, любое исследование по данной тематике безусловно будет актуальным и иметь научное значение, даже если оно полностью повторит уже известные данные.

Очень интересно написана часть статьи о прогностической роли ПЭТ/КТ с ^{18}F -ФДГ при ПКР. Точное определение исходных факторов прогноза до начала

лечения пациента с клинической точки зрения — чрезвычайно важный вопрос. Проведение подобного анализа на своей группе больных представлялось бы очень важным и имеющим большое практическое значение, особенно в аспекте персонифицированного подхода к лечению.

В этой части статьи авторы всесторонне проанализировали данные литературы и продемонстрировали свое понимание важности отдельных аспектов изучаемой проблемы.

В разделе «Роль позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, с ^{18}F -ФДГ при рестадировании почечно-клеточного рака» приведены данные многочисленных исследований о диагностических показателях метода, но, к сожалению, не упоминается об основном ограничении его использования на данном этапе диагностики, связанном с информацией об исходной метаболической активности опухоли. Кроме этого, к настоящему времени опубликовано много интересных данных о преимуществах ПЭТ/КТ в диагностике поражения

скелета, и обсуждение результатов этих исследований у больных ПКР, безусловно, сделало бы статью более интересной.

В разделе «Роль позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, с ^{18}F -ФДГ при планировании и мониторинге терапии» продолжается тема персонифицированного подхода к лечению по результатам ПЭТ/КТ. Проведен анализ наиболее перспективных направлений системной терапии ПКР. Однако лишь вскользь упоминается о наиболее серьезной проблеме при оценке эффективности иммунотерапии — эффекте псевдопрогрессирования.

В заключении отмечу, что статья написана хорошим научным языком, все сделанные замечания носят рекомендательный характер и не имеют принципиального значения.

О. В. Мухортова, д.м.н.
(ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Минздрава России)