

Рецензия на статью «Тактика лечения рака молочной железы у пациентки с почечным трансплантатом»

Review of the article “Approaches for breast cancer treatment in kidney transplant recipient”

Прогрессивное увеличение числа пациентов с пересаженными органами привело к повышению актуальности диагностики и лечения онкологических заболеваний у этой категории пациентов. Риск развития онкологических заболеваний на фоне постоянной иммуносупрессивной терапии существенно превышает таковой в общей популяции и прогрессивно увеличивается с ее продолжительностью [1]. По данным литературы, среди них преобладают онкологические заболевания кожи, затем следуют солидные образования внутренних органов и далее — заболевания крови [2, 3].

Результаты нашего собственного опыта наблюдения и лечения пациентов с саркомой Капоши, плоскоклеточным раком кожи, раком мочевого пузыря, предстательной железой, почки, тонкой кишки и лимфомой после трансплантации почки в целом совпадают с литературными данными.

Описанный в статье клинический случай представляет большой интерес с точки зрения подтверждения общих закономерностей и выработки конкретных рекомендаций по лечению рака молочной железы у пациентки после трансплантации органов. Представленное наблюдение также подтверждает данные некоторых исследований, свидетельствующих о повыше-

нии риска развития онкологических заболеваний даже через много лет после применения поли- или моноклональных антител как для индукции иммуносупрессии, так и для лечения острого отторжения (как в приведенном в статье случае).

Другим последствием острого или хронического отторжения стало снижение функции трансплантата. Это нередко ограничивает возможность химиотерапии. Поэтому выполнение радикальной операции нередко может быть единственным возможным путем лечения солидных новообразований у этой категории пациентов. При этом результаты лечения рака молочной железы и прогноз могут существенно не отличаться от таковых у пациентки без иммуносупрессии [4].

В статье поднята еще одна важная проблема. Пациентка самостоятельно обнаружила новообразование в молочной железе, при этом проходила регулярные обследования как реципиент пересаженного органа. Несмотря на повышенный риск развития онкологических заболеваний, в протокол наблюдения пациентки после трансплантации не входят специализированные мероприятия, направленные на их поиск. Это может стать предметом обсуждения внесения определенных изменений в протоколы ведения пациентки в отдаленном послеоперационном периоде.

*Д.В. Перлин, д.м.н., профессор
(ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет»
Минздрава России,
ГБУЗ «Волгоградский областной
уронефрологический центр»)*

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCE

1. Birkeland S., Storm H., Lamm L. et al. Cancer risk after renal transplantation in the nordic countries, 1964–1986. *Int J Cancer* 1995;60(2): 183–9. DOI: 10.1002/ijc.2910600209.
2. Wisgerhof H., van der Geest L., de Fijter J. et al. Incidence of cancer in kidney-transplant recipients: a long-term cohort study in a single center. *Cancer Epidemiol* 2011;35(2):105–11. DOI: 10.1016/j.canep.2010.07.002.
3. García J., Suárez-Varela M., Vilata J. et al. Risk factors for non-melanoma skin cancer in kidney transplant patients in a spanish population in the mediterranean region. *Acta Dermato Venereologica* 2013;93(4):422–7. DOI: 10.2340/00015555-1525.
4. Jeong I., Lee S., Kim Y. et al. Characteristics and prognosis of breast cancer after liver or kidney transplantation. *Breast Cancer Res Treat* 2017;167(1):101–6. DOI: 10.1007/s10549-017-4504-1.