

На правах рукописи

ГААС Маргарита Яковлевна

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С МЕСТНЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ПОЧКИ**

3.1.13. Урология и андрология

3.1.6. Онкология, лучевая терапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена на кафедре урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»

Научные руководители:

Каприн Андрей Дмитриевич- доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный врач РФ; генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, директор МНИОИ имени П.А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Костин Андрей Александрович- доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН; первый проректор — проректор по научной работе Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, заведующий кафедрой урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского института РУДН

Официальные оппоненты:

Шпоть Евгений Валерьевич- доктор медицинских наук (3.1.13. Урология и андрология), профессор, заместитель директора по научной работе, профессор НИИ урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, руководитель роботического центра.

Серегин Александр Александрович- доктор медицинских наук (3.1.13. Урология и андрология, 3.1.6. Онкология, лучевая терапия), доцент, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится _____ на заседании диссертационного совета ПДС 0300.026 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <https://www.rudn.ru/science/dissovet/dissertacionnye-sovety/pds-0300026>

Автореферат разослан _____

Ученый секретарь

диссертационного совета ПДС 0300.026

доктор медицинских наук, доцент

Епифанова Майя Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Частота возникновения местных рецидивов после первичного лечения больных раком почки, по данным литературы, разнится от 1,8% до 40%. [Petros, F. G. et al., 2018; Janzen, N. K. et al., 2003] Изолированный местный рецидив рака почки является довольно редким явлением, и, согласно ряду исследований, его распространенность колеблется от 1 до 2%. [Itano, N. B. et al., 2000; Margulis, V. et al., 2009; Psutka, et al., 2016] В настоящее время отсутствует единая универсальная модель послеоперационного наблюдения за данной группой пациентов. [Dabestani, S. et al., 2019].

Лечение по поводу местного рецидива рака почки представляет собой серьезную хирургическую и терапевтическую проблему, поскольку почти у половины пациентов с локальным рецидивом могут наблюдаться синхронные метастазы, что значительно ухудшает прогноз заболевания. [Psutka, S. P. et al., 2016].

В настоящее время отсутствует единая стандартная стратегия лечения пациентов с местным рецидивом рака почки, и существует несколько подходов, таких как: хирургическое лечение, термическая абляция, лучевая терапия, системная медикаментозная терапия и наблюдение. При этом оптимальная последовательность лечения пациентов с локальным рецидивом рака почки все еще обсуждается. [Psutka, S. P. et al., 2016]. Ни один из альтернативных вариантов лечения местного рецидива рака почки, по данным литературы, не превосходит онкологические результаты R0-резекции. [Asar, Ö., 2016.]

Степень разработанности темы исследования

Выбор метода лечения пациентов с местным рецидивом рака почки остается сложной задачей для практикующего онкоуролога. В настоящий момент, не определена роль хирургии в лечении данной группы пациентов, в связи с чем нами было проведено исследование на базе онкоурологического

отделения МНИОИ им.П.А.Герцена с целью освещения всех аспектов и особенностей данного метода лечения. В рамках исследования определена безопасность и высокая эффективность хирургического лечения пациентов с разными формами и объемами местного рецидива рака почки. Кроме того, нами был выполнен всесторонний анализ предикторов самого возникновения местного рецидива рака почки, а также факторов, определяющих выживаемость данной группы пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов по поводу локального рецидива рака почки путем определения алгоритма выбора лечебной тактики и этапов хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Определить показания к хирургическому лечению и алгоритм выбора лечебной тактики при местном рецидиве рака почки.
2. Изучить интра- и ранние послеоперационные результаты хирургического лечения больных по поводу локального рецидива рака почки.
3. Определить факторы, влияющие на возникновение послеоперационных осложнений.
4. Оценить выживаемость пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу местного рецидива рака почки.
5. Определить основные предикторы местного рецидива рака почки
6. Определить прогностические факторы, влияющие на выживаемость пациентов с местным рецидивом рака почки.

Научная новизна исследования

Впервые на репрезентативном клиническом материале изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов, страдающих местным рецидивом рака почки после различных видов первичного лечения. Впервые был проведен анализ предикторов прогностических факторов, влияющих на возникновение местного рецидива,

а также факторов, определяющих онкологические исходы лечения пациентов в отдаленном периоде.

Теоретическая и практическая значимость

На основании анализа представленной когорты пациентов (n=53) предложен алгоритм диагностики и дальнейшего ведения пациентов при выявлении местного рецидива рака почки. На основании результатов проведенного исследования определены основные показания к проведению хирургического лечения данной когорты пациентов. Предложенные факторы прогноза позволяют на дооперационном этапе оценить эффективность предстоящего хирургического вмешательства. Предложенный алгоритм лечения позволил определить место хирургического удаления местного рецидива рака почки в лечении данной группы пациентов. Выявлено, что радикальное удаление рецидивного образования является высокоэффективным методом лечения данной категории пациентов, который обеспечивает высокие показатели общей, опухолево-специфической, безрецидивной, локальной безрецидивной выживаемости и выживаемости без прогрессирования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Хирургическое вмешательство является эффективным способом лечения при местном рецидиве рака почки
2. Предикторами местного рецидива рака почки являются некроз опухоли, микроваскулярная инвазия опухоли, наличие положительного хирургического края, высокая степень злокачественности
3. Факторами, оказывающими наибольшее влияние на общую выживаемость пациентов, являются: количество рецидивных опухолевых узлов и микрососудистая инвазия
4. Факторами, оказывающими наибольшее влияние на опухолево-специфическую выживаемость, являются: количество рецидивных опухолевых узлов и высокая степень злокачественности.

Методология и методы исследования

Работа представляет собой спланированное ретро-проспективное исследование для оценки безопасности и эффективности хирургического лечения пациентов с местным рецидивом рака почки. Методической основой диссертационного исследования стали клинические, лабораторные, инструментальные, лучевые методы исследования, анализ результатов до и после хирургического лечения. В исследовании предусмотрены методы хирургического лечения местного рецидива почечно-клеточного рака (резекция почки, нефрэктомия, иссечение местного рецидива рака почки с резекцией или удалением соседних органов и тканей). На этой основе проведена разработка алгоритма ведения пациентов с местным рецидивом рака почки.

Степень достоверности результатов проведенного исследования

В работе использованы современные методы обследования пациентов, статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов проводилась с помощью программы SPSS Statistics 23 (IBM, США). Показатели выживаемости оценивались с использованием метода Каплана-Мейера. Для определения факторов, оказывающих влияние на выживаемости пациентов и на риск развития местного рецидива рака почки, использовались одномерные и многомерные модели регрессии Кокса. Статистически значимым считалось значение показателей $p < 0,05$.

Апробация работы

Основные положения работы доложены на конференции «Мужское здоровье» (Россия, г.Сочи, 29.04.2021г), II конференции онкологов МО (Россия, г.Москва, 04.06.2021г), Первой всероссийской урологической конференции молодых ученых с международным участием (Россия, г.Москва, 17.12.21 г.) конференции “Актуальные вопросы современной онкологии” (Россия, г.Москва, 27.10.23г), XIV Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Таджикистан, г.Душанбе, 26.04.24 г)

Личный вклад автора в получение результатов, изложенных в диссертации

Разработка дизайна, формулирование цели и задач исследования осуществлялась совместно с руководителями исследования. Аналитический обзор литературы, систематизация клинических наблюдений, их анализ, выбор методов исследования и интерпретация полученных данных были выполнены автором лично. Научные рекомендации и результаты, изложенные в диссертации и лежащие в основе выводов, получены лично автором. Автор принимал активное участие в подготовке научных материалов к публикациям.

Публикации по теме диссертации

По результатам диссертационного исследования опубликовано 4 печатные работы, индексируемых в международной базе цитирования Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 103 страницах, иллюстрирована 5 рисунками, 9 графиками, 24 таблицами; содержит введение, 2 главы результатов исследования и обсуждения, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, который включает 10 отечественных источников и 119 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы исследования

Диссертация выполнена на кафедре урологии и оперативной нефрологии с курсом онкоурологии Медицинского Института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы». В основе работы - анализ результатов лечения 53 пациентов с местным рецидивом рака почки на базе онкоурологического отделения Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена в период с мая 2007 года по апрель 2024 года: Средний возраст пациентов составил $59,38 \pm 8,9$ лет (IQR – 53,0-64,8). (Рисунок 1)



Рисунок 1 – Дизайн диссертационного исследования

Методы диагностики

Основной метод диагностики местного рецидива при обследовании по месту жительства представлен МСКТ (83%), в остальных случаях рецидив был обнаружен посредством МРТ (3,8%) и УЗИ (13,2%). В последнем случае пациенту дополнительно проводилась МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием в условиях МНИОИ им.П.А.Герцена. (Таблица 1).

Таблица 1 – Сравнение чувствительности УЗИ и МСКТ органов брюшной полости в диагностике местного рецидива рака почки

Чувствительность диагностики	Наличие местного рецидива				p
	да		нет		
УЗИ	39	73,6 %	14	26,4%	< 0,001
МСКТ	53	100 %	0	0%	

При МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением у всех пациентов (100%) был выявлен местный опухолевый процесс в зоне ранее проведенной операции. Однако при морфологическом исследовании послеоперационного материала у 3-х пациентов (5,7%) не была подтверждена злокачественность опухоли, что говорит о высокой, но не 100%-ной специфичности метода.

Характеристика проведенного хирургического лечения пациентов с местным рецидивом рака почки

Классическая резекция почки чаще выполнялась в группе лапароскопического доступа ($p=0,038$). Так, из 14 резекций органа 9 (64,3%) было выполнено лапароскопически. В группе открытой хирургии преобладают расширенные операции по сравнению с группой лапароскопических вмешательств ($p = 0,032$). (Таблица 2)

Таблица 2 - Объем хирургического вмешательства и соотношение доступа

<i>Объем хирургического вмешательства</i>	<i>Количество случаев (n = 53)</i>	<i>Лапароскопический (n = 13)</i>	<i>Открытый (n = 40)</i>
После первичного органосохраняющего лечения			
Резекция почки	14	9	5
Нефрэктомия	2	1	1
Нефрэктомия с удалением/ резекцией соседних органов и тканей	8	2	6
После первичной нефрэктомии			
Удаление местного рецидива из ложа почки с удалением/резекцией n ≤3 соседних органов/тканей	18	1	17
Удаление местного рецидива из ложа почки с удалением/резекцией n > 3 соседних органов/тканей	7	0	7
Удаление местного рецидива из ложа почки с интраоперационной лучевой терапией, забрюшинной лимфаденэктомией, резекцией участка брыжейки толстой кишки	1	0	1
Забрюшинная лимфаденэктомия	1	0	1
Забрюшинная лимфаденэктомия с резекцией соседних органов	2	0	2

Предпочтительным вариантом доступа в исследуемой группе пациентов был открытый (75,5%), особенно при большом объеме рецидивного образования, а также в случаях, когда по поводу первичной опухоли был выполнен открытый доступ. (Таблица 3)

Таблица 3 - Соотношение доступов первичной и повторной операций

Характер первичного лечения (доступ)	Открытый доступ повторной операции	Лапароскопический доступ повторной операции	Р
Открытый (n=31)	28 (70%)	3 (23,1%)	0,011
Лапароскопический (n=17)	9 (22,5%)	8 (61,5%)	
Термоабляция (n=5)	3 (7,5%)	2 (15,4%)	
Всего	40 (100%)	13 (100%)	

В группе лапароскопического доступа размер опухоли менее 40мм встречался в 11 случаях (84,6%), а в группе открытого доступа данный показатель оказался меньше и составил 52,5% ($p<0,001$).

Оценка интраоперационных и ранних послеоперационных результатов хирургического лечения

В исследуемой группе пациентов главной технической проблемой был выраженный спаечный процесс в зоне предшествующей операции, который в большинстве случаев стал причиной интраоперационных осложнений (Таблица 4), что в свою очередь увеличивало время операции.

Таблица 4- Интраоперационные осложнения в исследуемой группе

Интраоперационные осложнения	Количество случаев (n)
Вскрытие плевральной полости	9 (16,9%)
Десерозация селезенки	4 (7,5%)
Десерозация кишки	3 (5,7%)
Дефект аорты	1 (1,9%)
Вскрытие компонентов ЧЛС	2 (3,8%)

У 10 (18,9%) наблюдались осложнения различной степени тяжести, послеоперационная летальность составила 1,9% (n = 1). (Таблица 5).

Таблица 5 - Послеоперационные осложнения по Клавьен-Диндо

Степень	Вид осложнения	Пациенты (n=53)	
		Абс.	%
I	Нагноение послеоперационной раны	1	10
II	Окклюзивный тромбоз мышечной вены	2	20
IIIa	Реактивный плеврит, флотирующий тромб общей бедренной вены, некроз в области хвоста поджелудочной железы	4	40
IIIb	—	0	—
IVa	Острая дыхательная недостаточность, острая почечная недостаточность	2	20
IVb	—	0	—
V	Сердечно-сосудистая недостаточность	1	10
Всего		10	100,0

Непосредственные результаты лечения пациентов в группах лапароскопического и открытого доступов

При сравнении группы лапароскопического и открытого хирургического доступов была проведена оценка ранних результатов хирургического лечения. (Таблица 6).

Таблица 6 – Сравнительная характеристика интраоперационных и ранних послеоперационных параметров в зависимости от хирургического доступа

Параметры	<i>Лапароскопический доступ (n = 13)</i>	<i>Открытый доступ (n = 40)</i>	<i>p</i>
Продолжительность операции (мин)	263,8±6,0	208,6±8,5	< 0,0001
Объем кровопотери (мл)	326,1±34,7	831±84,4	0,014
Послеоперационные осложнения (n)	0	10	0,041
Число койко-дней в стационаре	6,2±1,2	10,6±2,8	0,072

Результаты послеоперационного патоморфологического исследования

Всего у 14 человек (26,4%) было выявлено изменение степени злокачественности без явной тенденции к росту или снижению показателя: 8 случаев снижения показателя, 6 случаев повышения показателя ($p=0,057$). В 56,9% в удаленном операционном материале были выявлены опухолевые клетки, то есть в достаточно большом проценте случаев (43,1%) резекция/удаление рядом расположенных органов и тканей были связаны с техническими трудностями мобилизации рецидивного узла, обусловленными выраженным спаечным процессом в зоне ранее выполненной операции.

Отдаленные результаты лечения больных с местным рецидивом рака почки

Медиана времени наблюдения за пациентами составила $79,60 \pm 5,03$ (95% ДИ 47,50-123,50) месяцев. На момент исследования, 19 (35,8%) пациентов из 53 скончалось: 13 (68,4%)- от прогрессирования основного заболевания, 6 (31,6%) пациентов – от причин, не связанных с онкологическим процессом.

Для ОВ и ОСВ средняя длительность дожития за 5 лет оказалась идентичной и в обоих случаях составила 56,31 месяцев (95%-й ДИ 53,28–59,34). 5-тилетняя ОВ и ОСВ в обоих случаях составил 84,6%. За 10-летний период наблюдения данный показатель был различным для ОВ и ОСВ и составил 94,31 месяца (95%-й ДИ 83,29–105,33 месяцев) и 99,59 месяцев (95%-й ДИ 88,67–110,51 месяцев) для ОВ и ОСВ, соответственно. 10-тилетняя ОВ составила 73,1%, 10-тилетняя ОСВ-80,8%.

Средняя длительность дожития пациентов до любой формы рецидива (БРВ) за 5-летний период составила 49,37 месяцев (95%-й ДИ 44,10–54,65 месяцев), а за 10-летний период – 82, 80 месяцев (95%-й ДИ 68,13–97,48 месяцев). 5-тилетняя БРВ составила 71,2%, 10-тилетняя БРВ-67,3%. Показатель средней длительности дожития пациентов до локальной формы рецидива оказался выше как при 5-летнем, так и при 10-летнем наблюдении и составил 53,99 месяцев (95%-й ДИ 49,19–58,79 месяцев) и 102,40 месяцев, соответственно (95%-й ДИ 79,47–115,32 месяцев). 5-тилетняя и 10-тилетняя лБРВ оказались идентичными и составили по 88,5%.

Средняя длительность дожития пациентов до прогрессирования составила 52,41 месяцев (95%-й ДИ 47,79–57,02 месяцев) при 5-летней наблюдении и 90,47 месяцев (95%-й ДИ 76,07–104,87 месяцев) при 10-летнем наблюдении. 5-тилетняя ВБП составила 78,8%, 10-тилетняя ВБП-75,0%.

Анализ предикторов местного рецидива рака почки

Наиболее значимыми предикторами местного рецидива рака почки оказались некроз опухоли ($p < 0,001$), микрососудистая инвазия ($p = 0,019$), положительный хирургический край после первичной операции ($p = 0,009$) и высокая степень злокачественности ($p = 0,04$). Выявлено значительное влияние вышеописанных критериев на вероятность развития местного рецидива рака почки ($AUC = 0,947$).

Факторы прогноза при местном рецидиве рака почки

Также были определены основные факторы, влияющие на общую и опухолево-специфическую выживаемость пациентов. При многофакторном анализе наиболее значимыми факторами для ОВ оказались количество опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$), микрососудистая инвазия ($HR = 103,330$, $p = 0,002$). При многофакторном анализе наиболее значимыми факторами для ОСВ оказались количество рецидивных опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$) и высокая степень злокачественности опухоли (G3-4) ($HR = 6,304$, $p = 0,025$).

Для оценки прогностической значимости полученных моделей при многофакторном анализе на длительность общей и опухолево-специфической выживаемостей пациентов после проведения лечения по поводу местного рецидива рака почки были построены ROC-кривые: AUC для ОВ = 0,932, AUC для ОСВ = 0,886.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной метод диагностики местного рецидива в исследованной серии пациентов представлен мультиспиральной компьютерной томографией (83%). При МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением местный опухолевый процесс в зоне ранее проведенной операции был выявлен у всех пациентов (100%). Однако при морфологическом исследовании послеоперационного материала у 3 пациентов (5,7%) не была подтверждена злокачественность опухоли, что говорит о высокой, но не 100%-ной специфичности метода.

Определена оптимальная периодичность обследования пациентов после первичного лечения рака почки: компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием через 3,6,12 месяцев после операции, далее ежегодно.

В группе открытого доступа преобладают расширенные операции (иссечение местного рецидива в сочетании с резекцией/удалением соседних органов и тканей) ($p = 0,032$). В группе лапароскопического доступа размер опухоли менее 40 мм встречался в 11 случаях (84,6%), а в группе открытого доступа данный показатель оказался меньше и составил 52,5% ($p < 0,001$). В ходе исследования выявлена значимая корреляция между развитием послеоперационных осложнений и наличием сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, варикозное расширение вен нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца и др.). Благоприятным фактором прогноза является меньший объем хирургического вмешательства (чем меньше вмешательство, тем меньше осложнений), а также доступ операции (все выявленные осложнения были выявлены в группе открытого доступа). Наиболее частым осложнением, согласно классификации Clavien – Dindo, явилась IIIa степень у 4 пациентов (40%) в виде 1 случая реактивного плеврита, 2 случаев флотирующего тромба общей бедренной вены и одного случая некроза в области хвоста поджелудочной железы.

Предпочтительным вариантом доступа в проведенном исследовании был открытый (75,5%). Лапароскопический доступ был выполнен в 13 случаях, из них в 23,1% после первичного открытого доступа, в 61,5% после первичной лапароскопической операции, причем ни в одном случае не потребовалось выполнить конверсию.

При морфологическом исследовании наиболее часто встречались опухоли до 4 см в диаметре – 60,4% (n = 32). Всего у 14 человек (26,4%) было выявлено изменение степени злокачественности без явной тенденции к росту или снижению показателя: 8 случаев снижения показателя, 6 случаев повышения показателя (p = 0,057). В большинстве случаев (47,2%) при местном рецидиве выявлены низкодифференцированные опухоли (G3). Некроз опухоли выявлялся чаще всего: у 28 (52,8%) пациентов.

В достаточно большом проценте случаев (43,1%) резекция/удаление рядом расположенных органов и тканей была (-о) связана (-о) с техническими трудностями мобилизации рецидива. Данные результаты должны учитываться на этапе планирования операции, так как потенциальная резектабельность самого опухолевого узла, определяемая по данным МСКТ, может значительно осложняться спаечным процессом. Наличие в большинстве случаев (90%) опухолевых клеток в просвете почечных сосудов может быть результатом оставления во время первичной операции длинной культи почечных сосудов.

Медиана времени наблюдения за пациентами составила $79,60 \pm 5,03$ (ДИ 47,50–123,50) месяцев. Для ОВ и ОСВ средняя длительность дожития за период наблюдения в 5 лет в обоих случаях составила 56,31 месяцев (95%-й ДИ 53,28–59,34), за 10-летний период - 94,31 месяца (95%-й ДИ 83,29–105,33 месяцев) и 99,59 месяцев (95%-й ДИ 88,67–110,51 месяцев) для ОВ и ОСВ, соответственно. 5-тилетняя ОВ и ОСВ в обоих случаях составила 84,6%. 10-тилетняя ОВ составила 73,1%, 10-тилетняя ОСВ-80,8%. Средняя длительность дожития пациентов до любой формы рецидива за 5-летний период составила 49,37 месяцев (95%-й ДИ 44,10–54,65 месяцев), а за 10-

летний—82,80 месяцев (95%-й ДИ 68,13–97,48 месяцев). 5-тилетняя БРВ составила 71,2%, 10-тилетняя БРВ-67,3%. Показатель средней длительности дожития пациентов до локальной формы рецидива составил 53,99 месяцев (95%-й ДИ 49,19–58,79 месяцев) и 102,40 месяцев (95%-й ДИ 79,47–115,32 месяцев) для 5 и 10 лет наблюдения, соответственно. 5-тилетняя и 10-тилетняя лБРВ оказались идентичными и составили по 88,5%. Средняя длительность дожития пациентов до прогрессирования составила 52,41 месяцев (95%-й ДИ 47,79–57,02 месяцев) при 5-летнем и 90,47 месяцев (95%-й ДИ 76,07–104,87 месяцев) при 10-летнем наблюдении. 5-тилетняя ВБП составила 78,8%, 10-тилетняя ВБП-75,0%.

При многофакторном анализе наиболее значимыми факторами для ОВ оказались количество опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$), микрососудистая инвазия ($HR = 103,330$, $p = 0,002$). При многофакторном анализе наиболее значимыми факторами для ОСВ оказались количество рецидивных опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$) и высокая степень злокачественности опухоли (G3-4) ($HR = 6,304$, $p = 0,025$). Наиболее значимыми предикторами местного рецидива рака почки являются некроз опухоли ($p < 0,001$), микрососудистая инвазия ($p = 0,019$), положительный хирургический край после первичной операции ($p = 0,009$) и высокая степень злокачественности ($p = 0,04$).

Перспективными по проблематике диссертации следует считать исследования, посвященные прогнозированию и разработке номограмм по определению групп риска с целью оптимизации как первичного, так и повторного лечения данных групп пациентов. Также перспективным видится проведение исследований на большой выборке пациентов с целью определения критериев оценки сложности потенциального лечения и дальнейшего определения групп риска. На основании данных групп целесообразным считается проведение сравнительной оценки различных методов лечения местного рецидива рака почки с целью определения их эффективности для каждой конкретной группы пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Показаниями к хирургическому лечению при местном рецидиве рака почки являются отсутствие признаков отдаленного прогрессирования процесса, потенциальная резектабельность образования и высокая ожидаемая продолжительность жизни пациента (более 5 лет). Срок появления местного рецидива не оказывает влияния на результаты хирургического лечения пациента. Разработан алгоритм выбора лечебной тактики при диагностике местного рецидива рака почки.

2. Хирургическое лечение больных с местным рецидивом рака почки является безопасным вмешательством с небольшой частотой послеоперационных осложнений (18,9%) и низкой летальностью (1,9%). Лапароскопический доступ в сравнении с открытым имеет преимущество в виде уменьшения объема кровопотери ($p = 0,014$), частоты послеоперационных осложнений ($p = 0,041$) и длительности госпитализации пациентов ($p = 0,072$).

3. Благоприятными факторами прогноза в отношении ранних послеоперационных осложнений является меньший объем хирургического вмешательства (чем меньше вмешательство, тем меньше осложнений), лапароскопический доступ и отсутствие выраженной сопутствующей патологии.

4. Хирургическое лечение больных местным рецидивом рака почки характеризуется высокими показателями выживаемости, что подтверждает его эффективность. Средняя длительность дожития за период наблюдения в 10 лет составила 94,31 месяца (95%-й ДИ 83,29–105,33 месяцев) и 99,59 месяцев (95%-й ДИ 88,67–110,51 месяцев) для ОВ и ОСВ, соответственно.

5. Предикторами местного рецидива рака почки являются: некроз опухоли ($p < 0,001$), микрососудистая инвазия ($p = 0,019$), положительный хирургический край ($p = 0,009$) и высокая степень злокачественности ($p = 0,04$).

6. Наиболее значимыми факторами для ОВ оказались количество рецидивных опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$), микрососудистая инвазия ($HR = 103,330$, $p = 0,002$); для ОСВ наиболее значимыми факторами оказались: количество рецидивных опухолевых узлов ($HR = 3,201$, $p = 0,003$) и высокая степень злокачественности опухоли (G3-4) ($HR = 6,304$, $p = 0,025$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выявления местного рецидива рака почки МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием является обязательным методом обследования.

2. При выявлении местного рецидива рака почки необходимо ориентироваться на размеры и распространенность опухолевого узла, отсутствие признаков отдаленного прогрессирования процесса, потенциальную резектабельность образования и высокую ожидаемую продолжительность жизни пациента.

3. Срок появления местного рецидива не должен влиять на решение о необходимости проведения хирургического лечения.

4. В случае благоприятного прогноза возможно проведение хирургического вмешательства с последующим динамическим наблюдением.

5. Пациенты после первичного лечения должны находиться под обязательным регулярным динамическим наблюдением, особенно в течение первых 5 лет после операции и при выявлении у них предрасполагающих факторов риска развития местного рецидива рака почки.

6. При неблагоприятном прогнозе предпочтение следует отдавать лекарственному лечению согласно рекомендациям мировых научных сообществ.

7. Предлагается следующий алгоритм диагностики и дальнейшего ведения пациентов при выявлении местного рецидива рака почки:

- Прим. 1: МСКТ ОБП и ЗП с внутривенным контрастированием через 3,6,12 месяцев, далее ежегодно+ рентгенография ОГК ежегодно

- Прим 2: УЗИ ОБП и ЗП 1раз в 3месяца+МСКТ ОБП и ЗП, ОГК с внутривенным контрастированием 1 раз в 6 месяцев.

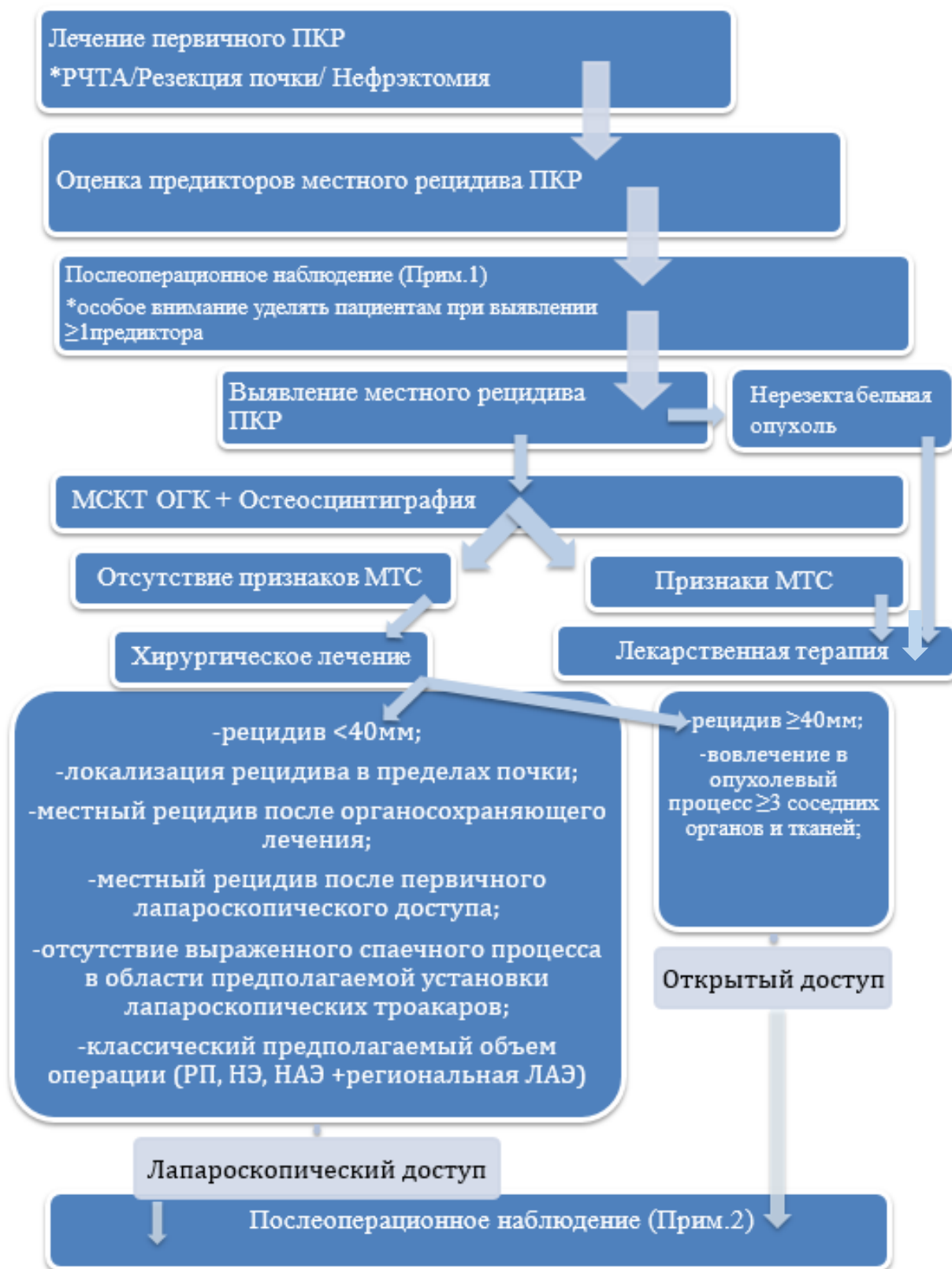


Рисунок 2- Алгоритм диагностики и дальнейшего ведения пациентов при выявлении местного рецидива рака почки

Список работ, опубликованных по теме диссертации
Научные труды, опубликованные в МБЦ (Scopus):

1. Markers of local kidney cancer recurrence: a surgeon`s mistake or a pattern. Review/ Margarita Y. Gaas, Andrey D. Kaprin, Nikolay V. Vorobyev, Leonid M. Rapoport, Dmitry O. Korolev, Alexey S. Kalpinsky // Urologia Journal (Volume 90, Issue 3, 2023) (Scopus)
2. Хирургическое лечение пациентов с местным рецидивом рака почки. Прогностические факторы выживаемости / Гаас. М.Я., Каприн А.Д., Костин А.А., Воробьев Н.В., Калпинский А.С., Сорочинский Н.А., Негматова М.Х., Зубайраева А.А. // P.A. Herzen Journal of Oncology, 2025;14 (3); 20-24 (Scopus)
3. Predictors of local recurrence of renal cell cancer. Our experience / Gaas M.Y., Kaprin A.D., Vorobyev N.V., Kalpinsky A.S., Kozlov V.V., Inozemtsev R.O.// Сибирский онкологический журнал (21(4), 2022)
4. Оперативное лечение пациентов с местным рецидивом рака почки. Хирургические аспекты и онкологические результаты/ Гаас. М.Я., Каприн А.Д., Костин А.А., Епифанова М.В., Воробьев Н.В., Иноземцев Р.О., Калпинский А.С., Гуськова С.А., Сорочинский Н.А. // Сибирский онкологический журнал. 2025;24(1)

Список сокращений и условных обозначений

ОВ- общая выживаемость

ОСВ-опухолево-специфическая выживаемость

БРВ-безрецидивная выживаемость

ЛБРВ-локальная безрецидивная выживаемость

ВБП-выживаемость без прогрессирования

МСКТ-мультиспиральная компьютерная томография

МРТ-магнитно-резонансная томография

УЗИ-ультразвуковое исследование

ОБП-органы брюшной полости

ЗП-забрюшинное пространство

ОГК-органы грудной клетки

РЧТА-радиочастотная абляция

ПКР-почечно-клеточный рак

МТС-метастазирование

РП-резекция почки

НЭ-нефрэктомия

НАЭ-нефрадреналэктомия

ЛАЭ-лимфаденэктомия

**Аннотация кандидатской диссертации Гаас Маргариты Яковлевны
«Хирургические аспекты и анализ онкологических результатов лечения
пациентов с местным рецидивом рака почки»**

Целью нашего исследования являлось улучшение результатов лечения пациентов по поводу локального рецидива рака почки путем определения алгоритма выбора лечебной тактики и этапов хирургического лечения.

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения пациентов в возрасте от 34 до 81 года по поводу местного рецидива рака почки, а также их дальнейшего наблюдения в течение около 6 лет.

В результате нашего исследования были определены основные показания к хирургическому лечению при местном рецидиве рака почки, разработан алгоритм выбора лечебной тактики при диагностике местного рецидива рака почки. Хирургическое лечение больных с местным рецидивом рака почки является безопасным вмешательством с небольшой частотой послеоперационных осложнений, низкой летальностью и высокими показателями выживаемости. Нами были определены благоприятные факторы прогноза в отношении ранних послеоперационных осложнений, а также основные предикторы местного рецидива рака почки и факторы, влияющие на общую и опухолево-специфическую выживаемость пациентов.

Annotation of the PhD thesis by Margarita Yakovlevna Gaas "Surgical aspects and analysis of oncological results of treatment of patients with local recurrence of kidney cancer"

The aim of our study was to improve the results of treating patients with local recurrence of kidney cancer by defining an algorithm for choosing treatment tactics and stages of surgical treatment.

The work is based on the analysis of the results of surgical treatment of patients aged 34 to 81 years for local recurrence of kidney cancer, as well as their further observation for about 6 years.

As a result of our study, the main indications for surgical treatment for local recurrence of kidney cancer were determined, an algorithm for choosing treatment tactics in the diagnosis of local recurrence of kidney cancer was developed. Surgical treatment of patients with local recurrence of kidney cancer is a safe intervention with a low incidence of postoperative complications, low mortality and high survival rates. We identified favorable prognostic factors for early postoperative complications, as well as the main predictors of local recurrence of kidney cancer and factors influencing overall and tumor-specific survival of patients.

Подписано в печать: 26.12.2025
Заказ № 21359. Тираж 100 экз.
Бумага офсетная. Формат 60х90/16.
Типография «Автореферат.ру»
ОГРНИП 320774600073831
119313, Москва, ул. Марии Ульяновой, д.3, к.1
+7 (977) 518-13-77, +7 (499) 788-78-56
www.avtoreferat.ru, e-mail: riso@mail.ru