

Конференция Российского общества онкоурологов в Уральском федеральном округе

13—14 марта 2008 г. в Екатеринбурге состоялась конференция Российского общества онкоурологов в Уральском федеральном округе. Организатором конференции выступило Российское общество онкоурологов при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области, Свердловской областной клинической больницы №1, Свердловского областного онкологического диспансера, Свердловского областного урологического центра.

В работе конференции приняли участие около 250 урологов Уральского федерального округа — Свердловской, Челябинской, Тюменской, Пермской областей, урологи из Москвы, Санкт-Петербурга, Башкортостана и других регионов России, а также 13 фармацевтических компаний и разработчиков урологического оборудования.

I заседание было посвящено вопросам лечения рака почки (РП). Открыла заседание видеосессия «Лапароскопические операции при раке почки». С докладами выступили профессора В.Б. Матвеев, Б.Я. Алексеев, К.В. Пучков, А.В. Зырянов.

Использование лапароскопического доступа не препятствует соблюдению онкологических принципов проведения радикальной нефрэктомии. По мнению многих авторов, адекватное выполнение методики и накопление опыта подобных операций позволяют выделять элементы сосудистой ножки почки без существенных технических сложностей. Раннее лигирование почечных артерий и вены снижает вероятность возникновения кровотечения при мобилизации почки, а также уменьшает риск гематогенной диссеминации опухоли. В докладах проф. В.Б. Матвеева была описана методика выполнения лапароскопической радикальной нефрэктомии. Проф. Б.Я. Алексеев и докт. мед. наук К.В. Пучков представили оригинальную методику проведения лапароскопической резекции почки. Показаниями к выполнению данной операции считают небольшие (не более 2—3 см) опухоли с экстраорганным ростом. По мере накопления опыта показания к операции могут быть расширены.

Докт. мед. наук А.В. Зырянов выступил с докладом, посвященным первому в России опыту проведения лапароскопической радикальной нефрэктомии с использованием роботизированного комплекса Da Vinci. У хирурга появляется больше возможностей для манипулирования в ограниченном пространстве, обеспечивается лучшая визуализация тканей. Все эти факторы способствуют достижению хорошего результата при наименьшем числе интраоперационных осложнений.

Канд. мед. наук П.А. Карнаух (Челябинский областной онкологический диспансер) и В.О. Магер (Свердловский областной онкологический диспансер) подготовили доклады о хирургическом лечении РП, осложненного опухолевой венозной инвазией.

Тему «Таргетная терапия распространенного рака почки» подробно осветил в своем докладе проф. Б.Я. Алексеев, а профессора В.Б. Матвеев и О.Б. Карякин рассказали об опыте применения сорафениба и сунитиниба в лечении метастатического РП. Конкретными молекулярными мишенями для воздействия таргетных препаратов являются собственные белки организма, участвующие в процессах канцерогенеза и определяющие способность опухоли к прогрессии и метастазированию. Препаратами таргетной группы стали сунитиниб и сорафениб.

На II заседании рассматривались вопросы по лечению рака яичка, полового члена и рака мочевого пузыря (РМП).

Докт. мед. наук М.И. Волкова представила вниманию участников доклад «Тактика лечения при герминогенных опухолях яичка».

Пятилетняя безрецидивная выживаемость составляет 82,3%, частота рецидивов за 5 лет — 17,7%. Рецидив чаще всего локализуется в забрюшинных лимфоузлах [Warde P., JCO, 2002; EAU Guidelines, 2007].

В лечении пациентов с диссеминированными опухолями яичка предложены следующие рекомендации.

- Семинома IА—V: лучевая терапия (ЛТ) — поле hockey-stick, суммарная очаговая доза (СОД) 30 Гр (IА) или 36 Гр (IВ).

- Семинома IС—III стадии: 3 цикла ВЕР.

- Несеминома IА стадии с повышенными маркерами: — 3 цикла ВЕР с последующей забрюшинной лимфаденэктомией (ЗЛАЭ) при неполном эффекте индукции и нормализации уровня маркеров;

- ЗЛАЭ с последующей химиотерапией — ХТ (2 цикла ВЕР).

- Несеминома IА стадии с нормальными маркерами: нервосберегающая ЗЛАЭ.

- Несеминома IВ—III стадии, хороший прогноз в соответствии с классификацией IGCCCG (International Germ Cell Cancer Collaborative Group): 3 ВЕР с последующей ЗЛАЭ при неполном эффекте индукции и нормализации уровня маркеров.

- Несеминома IВ—III стадии, умеренный и плохой прогноз IGCCCG: 4 ВЕР с последующей ЗЛАЭ при неполном эффекте индукции и нормализации уровня маркеров.

Лечение рака полового члена

Общепринятая тактика лечения включает в себя ампутацию полового члена и проведение паховой лимфаденэктомии. Пятилетняя выживаемость составляет в среднем 52% и существенно не изменяется при органосохраняющем или органосохраняющем вариантах лечения. К альтернативным методам лечения относят различные виды ЛТ: внутритканевую, дистанционную, сочетанную, близкофокусную рентгено- и фотодинамическую.

При выполнении системной ХТ частичный или полный клинический ответ может быть достигнут в 21—60% случаев (EAU, 2004). ХТ проводится в неoadьювантном режиме и при лечении диссеминированных опухолей. Радикальная лимфаденэктомия показана пациентам с положительными лимфоузлами, выявленными как при установлении диагноза, так и в процессе наблюдения. Хирургическое лечение обычно дополняется назначением системной ХТ или наружной ЛТ в случае невозможности проведения ХТ.

Доклад «Ультразвуковая диагностика рака мочевого пузыря» представил докт. мед. наук В.Н. Шолохов (ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва).

Точность выявления экзофитных опухолей размером ≥ 5 мм — 82—89%, < 5 мм — 34—48%. Ошибки в стадировании по категории Т достигают 30—35%.

Современные подходы к лечению неинвазивного РМП осветил в своем докладе проф. О.Б. Карякин.

Рассматривалась лечебная тактика в зависимости от наличия факторов риска у пациентов. Также было показано, что из-за наличия значительного риска рецидивирования и/или прогрессирования опухолей после выполнения трансуретральной резекции (ТУР) проведение большим адьювантной внутривезикулярной терапии рекомендуется на всех стадиях (Ta, T1 и Tis). Внутривезикулярная иммунотерапия (первичная и поддерживающая) вакциной БЦЖ более эффективна по сравнению с внутривезикулярной ХТ в плане снижения рецидивирования или отсрочки местного прогрессирования и развития мышечно-инвазивного рака. Однако внутривезикулярное ведение БЦЖ является более токсичным.

С докладом «Органосохраняющее лечение инвазивного рака мочевого пузыря» выступил проф. И.В. Баженов (клиника урологии УГМА, Екатеринбург).

Показаниями к выполнению резекции мочевого пузыря в настоящее время являются: наличие солитарной опухоли на подвижной стенке мочевого пузыря, возможность выполнения резекции с отступом 2,5—3 см от видимого края опухоли и сохранения достаточной емкости мочевого пузыря, отсутствие РМП в анамнезе.

Проблема деривации мочи после РЦЭ нашла отражение в докладах проф. В.Н. Павлова (Уфа) и канд. мед. наук В.П. Изгейма (Тюмень).

Завершением первого дня конференции стал разбор клинических случаев с анонимным интерактивным голосованием присутствующих в зале по тактике лечения.

III заседание было посвящено лечению рака предстательной железы (РПЖ).

Открылось заседание докладом проф. В.Н. Журавлева (клиника урологии УГМА, Екатеринбург) «Опыт организации кабинетов ранней диагностики рака предстательной железы».

При поддержке губернатора Свердловской области Э.Э. Росселя и Министерства здравоохранения Свердловской области в регионе была разработана и внедрена программа «Урологическое здоровье мужчины».

Канд. мед. наук С.А. Ракул (Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург) представил доклад «Отдаленные результаты позадилонной радикальной простатэктомии».

В докладе были освещены результаты наблюдения 361 пациента, перенесшего радикальную простатэктомию (РПЭ), причем у 44% больных наблюдение продолжалось более 5 лет. Общая 5-летняя выживаемость в группе составила 89,68%, скорректированная — 94%, безрецидивная — 67%. У 66% больных в течение 5 лет наблюдения диагностирован биохимический рецидив.

Обсуждение темы лучевого лечения РПЖ началось с доклада канд. мед. наук В.Н. Ощепкова «Отдаленные результаты брахитерапии предстательной железы».

В докладе был представлен опыт 8-летнего наблюдения 155 пациентов, перенесших брахитерапию по поводу локализованного РПЖ. При анализе 5-летней выживаемости 56 пациентов специфическая выживаемость составила 96%, а безрецидивная — 78%. Частота рецидивов коррелировала со степенью дифференцировки опухоли.

Тему использования брахитерапии для лечения локализованных форм РПЖ продолжил в своем докладе докт. мед. наук А.В. Зырянов. Он рассказал о первом опыте применения данной методики в клинике урологии УГМА (с ноября 2006 г. были прооперированы 140 пациентов с распространенными опухолями стадии T3a) и поделился опытом проведения брахитерапии как первого этапа комбинированного лучевого лечения.

Зав. отделением ЛТ Свердловского областного онкологического диспансера Д.Л. Бенцион представил доклад на тему «Сочетанная лучевая терапия при раке предстательной железы».

В его докладе дальнейшее развитие получила тема применения комбинированного лучевого лечения у пациентов с промежуточным и плохим прогнозом.

После небольшого перерыва заседание продолжил проф. И.Г. Русаков. Он предложил вниманию аудитории доклад «Лечение костных метастазов рака почки и предстательной железы».

При использовании препарата Зомета доказано уменьшение на 25% частоты развития осложнений костных метастазов, достоверное увеличение времени до развития первого костного осложнения (более 5 мес), снижение болевого синдрома в ходе лечения. По данным проведенного многоцентрового исследования CZOL446ERU03, у 97% больных на протяжении 8 мес терапии не было зарегистрировано ни одного костного осложнения, более чем у 50% наблюдалась частичная репарация метастатических очагов, выявленная с помощью рентгенографии, и 73% больных не получали обезболивающую терапию после 8 курсов применения Зометы.

Канд. мед. наук П.А. Карнаух (Челябинский областной онкодиспансер) представил доклад на тему «Термолучевая терапия рака предстательной железы».

Заседание было завершено докладом проф. И.Г. Русакова «Лечение гормонорефрактерного рака предстательной железы».

В.Н. Журавлев, А.В. Зырянов