

и пациенты, которым перед ТУР мочевого пузыря проводилась инстиляция с электрофорезом ММС. В промежуточной группе риска процент рецидивов составил 62,7; 59,7 и 35,6% соответственно. В группе высокого риска этот показатель равнялся 84,4; 75,0 и 56,9% соответственно ($p \leq 0,01$). Медиана наблюдения безрецидивной выживаемости в группах составила 12,9; 16,4 и 56,9 мес соответственно. Таким образом, показано значительное преимущество предоперационного введения ММС перед другими видами профилактики рецидивов РМП. Проф. U. Studer (Германия) продемонстрировал технику нервосберегающей цистэктомии у женщин и технику цистпростатэктомии с сохранением семенных пузырьков у мужчин.

Наиболее обсуждаемые темы, посвященные РП, это возможность выполнения органосохраняющего лечения, отдаленные результаты такого лечения и поиск факторов риска развития местного рецидива и прогрессирования заболевания. Ретроспективный анализ включал данные 2327 пациентов, которым была выполнена радикальная нефрэктомия или резекция почки (у 177 пациентов зарегистрирован рецидив, из них у 7,9% — местный рецидив и 92,1% имели отдаленные метастазы). При анализе всех данных были сделаны выводы, что рецидив чаще развивался у мужчин, а также при стадиях Т3—4 и степени злокачественности по Фурману 4. Тип операции, статус хирургического края

и гистологический подтип строения опухоли не влияли на время развития рецидива. В ходе проведенного в одном центре проспективного исследования изучали факторы риска развития рецидива после резекции почки. Были включены 188 пациента, которым проводили органосохраняющее лечение по поводу почечно-клеточного рака. Период наблюдения составил 74,2 мес, риск рецидива составил 9,5%. Факторами риска развития рецидива являлись степень злокачественности по Фурману: при I—II степени риск рецидива достигал 5,9%, при III—IV степени составлял 23,3%, при обязательных показаниях к выполнению органосохраняющего лечения (например, при единственной почке) риск рецидива был выше (19,5%) по сравнению с электроактивными показаниями (6,3%).

На конгрессе были представлены видеоматериалы, демонстрирующие инновационные и модернизированные хирургические вмешательства, большое внимание уделено роботической хирургии. Проведены круглые столы по основным спорным вопросам в урологии и онкоурологии. Безусловно, на часть вопросов были получены долгожданные ответы, но в целом вопросов остается еще не мало, и дискуссии по ним продолжаются как в клинических отделениях, так и в научных кругах.

А.В. Климов

Отчет о 26-м ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов

С 18 по 22 марта 2011 г. в Вене (Австрия) состоялся 26-й ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (ЕАУ). В течение 5 дней участники конгресса были погружены в удивительно увлекательную научную программу, посвященную вопросам как общей урологии, так и онкоурологической направленности.

Обращает на себя внимание большое количество представленных работ, посвященных поиску новых биомаркеров для улучшения диагностики и прогнозирования течения рака предстательной железы (РПЖ) и мочевого пузыря. Однако, несмотря на увеличивающееся с каждым годом число исследований, по результатам которых в литературе появляются описания все новых потенциальных биомаркеров рака, внедрение последних в клиническую практику весьма ограничено. Происходит это по разным при-

чинам, в основном это связано с тем, что анализ биомаркеров не стандартизирован и большинство найденных биомаркеров, статистически подтвердивших свою достоверность в одном клиническом центре, при использовании в других лабораториях не обладают необходимой достоверностью. Потенциальный опухолевый биомаркер согласно мнению проф. Shariat должен обладать следующими характеристиками: неинвазивный способ получения материала для анализа, быстрый и простой способ анализа и интерпретации, сочетающихся с высокой чувствительностью и специфичностью.

Доклад S. Joniau был посвящен целесообразности расширенной тазовой лимфаденэктомии (ЛАЭ) при РПЖ. Докладчик отметил, что в группе низкого риска (сT1c—2a, индекс Глисона ≤ 6 , уровень

ПСА < 10 нг/мл) выполнением ЛАЭ при простатэктомии можно пренебречь. Если же выполнение ЛАЭ предполагается, то следует выполнять расширенную тазовую ЛАЭ, поскольку таким образом обеспечивается более детальное стадирование (а значит, и возможность выявить пациентов для адъювантного лечения), тазовая ЛАЭ имеет лечебный эффект у пациентов с ограниченным количеством положительных лимфатических узлов (ЛУ) (< 2), служит прогностическим признаком (при пораженных ЛУ > 2 опухолевоспецифическая выживаемость значительно ниже).

Большое внимание на прошедшем конгрессе было уделено новейшим техническим разработкам, а именно внедрению 3D-видео практически во все эндоурологические манипуляции. Были представлены трансуретральные резекции (ТУР) мочевого пузыря в 3D, робот-ассистированные простатэктомии. Новый метод позволяет более детально оценивать операционное поле, обеспечивая комфорт в работе хирургу и функциональные преимущества пациенту.

В докладе Dr. Naberg было показано, что выполнение робот-ассистированной резекции почки при опухолях размером > 4 см (стадия T1b) эффективно и безопасно, при этом отдаленные результаты сравнимы с таковыми при операциях у пациентов со стадией T1a. Конечно при таких операциях требуется большее время (194 мин против 180 мин, $p=0,017$), больше время тепловой ишемии (24 мин против 17 мин, $p<0,001$), немного больше кровопотеря (200 мл против 150 мл, $p<0,001$), и в большем проценте случаев потребовалось восстановление собирательной системы почки (72,2% против 51,6%). В ближайшем будущем авторы планируют проведение проспективного рандомизированного исследования с целью сравнения представленной ими техники с «золотым стандартом» — открытой резекцией почки.

В эру бурного развития таргетной лекарственной терапии осталось ли место для иммунотерапии при почечно-клеточном раке (ПКР)? Именно этой теме был посвящен доклад проф. В. Escudier (Франция).

По мнению докладчика, химиоиммунотерапия (комбинация интерлейкин-2 + интерферон + 5-фторурацил), считавшаяся стандартом в Европе в течение многих лет, более не должна рассматриваться в качестве выбора лечения. Как известно, эффективность цитокинов не превышает 15%, в связи с этим, утверждает докладчик, требуется разработка маркеров, с помощью которых можно будет выделить ту категорию пациентов, которые смогут получить максимальный эффект от цитокиновой иммунотерапии. Начинается период иммунотаргетной терапии, с применением антител к определенным звеньям развития опухолевой клетки (например, ипилимумаб, доказавший свою эффективность при меланоме, оказался эффективным и при ПКР), однако не до конца решенным остался вопрос применения противоопухолевых вакцин.

Одним из последних был прочитан доклад проф. А. Heidenreich (Германия), посвященный паллиативной помощи при распространенном онкологическом поражении органов мочеполовой системы. Проф. Heidenreich еще раз напомнил, что при лечении пациентов аналогичной категории нужно стремиться к достижению следующих целей: продление жизни, по возможности замедление прогрессирования и, наверное самое главное для пациента в данной ситуации, улучшение качества жизни (а в некоторых случаях «качества умирания»). В данной лекции был продемонстрирован мультимодальный подход (лучевое, лекарственное, хирургическое лечение), позволяющий реализовать указанные выше задачи.

В целом 26-й конгресс ЕАУ прошел в оживленной и дружеской атмосфере, его научная программа была интересной и актуальной. Мы попытались сделать акцент на основных моментах конгресса и отразили лишь малую часть того, о чем хотелось рассказать. Добавим, что на официальном сайте конгресса доступны интернет-трансляции большинства выступлений, и все желающие могут окунуться в эту атмосферу, почувствовав себя участниками конгресса.

В.А. Черняев

Уважаемые читатели!

В статье «Применение метода флуоресцентной гибридизации *in situ* на клетках осадка мочи для диагностики рака мочевого пузыря и его рецидивов» (авторы И.Е. Воробцова, З.Ж. Васильева, М.И. Школьник, Д.А. Тимофеев, М.В. Одинцова, М.У. Гаппоев, А.И. Урбанский, М.И. Карелин), опубликованной в № 1 2011 г., в процессе верстки были допущены ошибки. На с. 73, 6-я строка сверху, следует читать: «ФГУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург». В табл. 1 следует читать вместо «КМ < 6» знак «—», вместо «КМ от 6 до 20» знак «+», вместо «КМ < 6» знак «+». В табл. 2 следует читать:

Таблица 2. Результаты FISH-диагностики рецидивов РМП (индивидуальные данные)

Код	Стадия pTNM	FISH +/-	Частота клеток, %			
			гиперплоидия по хромосомам			делеция локуса 9p21
			3	7	17	
45	T1N0M0	+	46,2	15,4	38,4	0
41	T1N0M0	+	38,5	23,0	38,5	0
7	T1N0M0	—	0	0	0	0
42	T1N0M0	—	0	0	0	0
11	T2N0M0	+	33,3	33,3	33,4	0
43	T2N0M0	+	43,7	18,8	37,5	0
18	T2N0M0	—	0	0	0	0
36	T2N0M0	—	0	0	0	0
44	T2N0M0	—	0	0	0	0
35	T2N0M0	—	0	0	0	0
46	T2N0M0	—	0	0	0	0
30	T3N0M0	+	60	0	40	0

Редакция журнала «Онкоурология» приносит вам свои извинения.