

онкопатологии у мужчин. Так, по данным популяционного канцер-регистра ГЛПУ ТО ООД заболеваемость РПЖ в Тюменской области в 2005 г. составила 16,59 на 100 тыс. мужского населения, а в 2009 г. – 32,06. Рост заболеваемости обусловлен, в первую очередь, количеством локализованных форм. При выборе радикальных методов лечения простатэктомия является наиболее распространённой и отработанной хирургической операцией, в том числе и в онкоурологическом отделении ГЛПУ ТО ООД. Однако есть ряд пациентов, которым по тем или иным причинам невозможно выполнить радикальную простатэктомию. Появление в арсенале онкоурологической службы такого малоинвазивного метода терапии РПЖ, как трансректальная высокосфокусированная ультразвуковая абляция (High Intensity Focused Ultrasound – HIFU) позволяет лечить пациентов с противопоказаниями к хирургическому лечению.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты HIFU-терапии РПЖ.

Материалы и методы.

В отделении онкоурологии ГЛПУ ТО ООД пролечено 4 больных с РПЖ, двое из которых имеют стадию $cT_{1c}N_0M_0G_1$, и двое – $cT_{2a}N_0M_0G_2$.

Средний возраст – 62,7 лет. Начальный уровень ПСА – от 8 до 20 нг/мл. Объём предстательной железы – от 11,6 $см^3$ до 26,45 $см^3$. Показатель Глисона – от 4 до 5. Лечение проводилось на аппарате «Ablatherm integrated imaging» (ЭДАП, Франция). Всем пациентам была выполнена спинномозговая анестезия и проведен сеанс лечения. Среднее время одного сеанса – 1 ч. 40 мин.

Результаты и обсуждение.

Все пациенты удовлетворительно перенесли процедуру. В течение 2-3 суток наблюдалась гематурия, умеренный болевой синдром. В настоящее время у пациентов функционируют уретральные катетеры, проводится уроантисептическая терапия.

Выводы.

HIFU-терапия – малоинвазивный, хорошо переносимый метод лечения РПЖ, особенно для возрастных пациентов, имеющих массу сопутствующих интеркуррентных заболеваний, а также отказывающихся от хирургического лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко

Тюменский ООД

Рак почки, или почечно-клеточный рак (ПКР) по темпам прироста за последнее десятилетие занимает одно из ведущих мест среди онкозаболеваний в РФ. Так, в 2009г стандартизованный показатель заболеваемости ПКР на 100 тыс.населения составил 8,9, а прирост заболеваемости за 1999-2009г – 34,8%. В Тюменской области показатель заболеваемости за 2009г несколько выше, чем в целом по РФ – 11,53. Больные ПКР составили 3,6% от всех вновь выявленных онкобольных (152 из 4223). Распределение по стадиям традиционно сохраняется прежним: I-II – 33%, III – 34%, IV – 33%; несколько больше стал процент больных с I-II стадиями, что объясняется проведением скрининг-диагностики ПКР и выявлением большого количества инцидентальных (бессимптомных) опухолей почек. Лечение I-III стадий – радикальное хирургическое (полные и частичные нефрэктомии, а также перкутанные органосохраняющие виды деструкции опухолей почки). Результаты хирургического лечения ПКР в отделении онкоурологии ГЛПУ ТО ООД за последние 14 лет приведены в табл. 1.

Таблица 1

Операции	1996-2009	За 1996	За 2009
Всего	1733	80	164
Нефрэктомия	1456	78	72
Комбинированная НЭ при опухолевом тромбозе НПВ	26	0	2
Резекция почки	277	2	87
Радиочастотная абляция (РЧА)	10	0	3

В приведённой таблице видно, что за последние годы наблюдается отчётливая тенденция к органосохранному лечению ПКР.

Лечение ПКР IV стадии – более сложная задача. До недавнего времени в арсенале онкоурологов присутствовали паллиативные нефрэктомии с последующей иммунотерапией препаратами цитокинового ряда, бисфосфонаты и паллиативная лучевая терапия при костных mts, а также циторедуктивные операции по удалению солитарных mts (за последние 5 лет операций на лёгких выполнено 22, на позвонках-3, на головном мозге-3). В приведённой ниже таблице приведены результаты лечения 78 больных местнораспространённым (МПКР) и метастатическим (мПКР) раком почки. Надо отметить, что у первой группы терапия применялась с адъювантной целью, тогда как во 2-й группе – с лечебной.

Таблица 2

Рак почки	n	Выжили (%)			Медиана общей

		1 год	2 года	3 года	выж-ти (мес.)
МПКР	31	100	84	61,5	24,3
мПКР	47	61,4	14,3	4,8	12,1
Всего	78	80,7	49,1	33,2	18,2

Таким образом, цитокиновая терапия местнораспространенного и метастатического ПКР после нефрэктомии, хотя и недостоверно, но увеличивает продолжительность жизни данной категории больных. Наилучший эффект получен при адъювантном лечении местнораспространенного ПКР. Однако, в целом, эффективность неспецифической иммунотерапии не превышает 15-20 % по мировым данным, и показана при хорошем прогнозе по шкале MSKCC.

С 2007 г. в связи с появлением в РФ таргетных препаратов возникли новые перспективы лечения генерализованного ПКР. Анализ последних мировых научных данных показывает, что таргетные препараты в 2 – 2,5 раза увеличивают период общей и в 1,5–2 раза безрецидивной выживаемости больных ПКР по сравнению с цитокиновыми препаратами. В настоящее время при лечении ПКР в РФ применяются ингибиторы тирозинкиназ (сорафениб, сунитиниб), ингибиторы VEGFR (бевацизумаб), ингибиторы mTOR (эверолимус, темсиrolimus). Мы имеем очень небольшой опыт применения данных препаратов. В настоящее время во всей Тюменской области (с округами) зарегистрировано около 30 пациентов с генерализованным ПКР, принимавших и/или принимающих таргетные препараты. Ниже приведены 2 клинических примера.

1. Больная М.: нефрэктомия + забрюшинная лимфаденэктомия + тромбэктомия из НПВ (10.2006 г.) – 9 курсов цитокотерапии – прогрессия (10.2008 г.) – непрерывные курсы таргетной терапии (24 мес) до сентября 2010 (сорафениб-сунитиниб-эверолимус).

2. Больная П.: нефрэктомия (09.2006 г.) – прогрессия (01.2010 г.) – 4 курса сорафениба – частичная регрессия mts.

Данные примеры, несмотря на малочисленность, демонстрируют высокую эффективность таргетной терапии.

Выводы:

1. Перспективы лечения начальных стадий ПКР на сегодняшний день: тенденция к высокотехнологичным, малоинвазивным органосохранным видам (открытые, эндоскопические, роботизированные резекции либо нефрэктомии, LESS-операции)

2. Перспективы лечения диссеминированных форм ПКР: циторедуктивные операции в сочетании с таргетной альтернирующей терапией, по-

иск и внедрение новых мультифакторных препаратов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

С.А. Пармс, С.В. Лесков, Е.С. Кузьмина

Забайкальский КОД, г. Чита

Вопрос лечения рака желудка продолжает оставаться одним из самых актуальных и сложных в современной клинической онкологии и хирургии. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости РЖ за последние годы, она остается высокой и в среднем составляет в РФ 37,2 на 100 000 населения у мужчин и 24,3 – у женщин (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2002; Чиссов В.И., Старинский В.В., 2004). Локализация же опухоли в проксимальном отделе определяет наиболее пессимистические результаты лечения среди других локализаций рака желудка. Послеоперационная летальность варьирует от 4 до 18%, а 5-летняя выживаемость оперированных пациентов составляет лишь от 13 до 42%, что определяется как распространенностью заболевания на момент лечения, так и агрессивностью проводимого лечения (Давыдов М.И. и др., 2002; Kim D.Y. et al., 2006; Katsoulis I.E., 2006; Ilias E.J. et al., 2007; Siewert J.R., 2007).

На сегодняшний день результаты хирургического лечения кардиального рака желудка нельзя считать удовлетворительными. Несмотря на полное удаление первичной опухоли и расширение объема лимфодиссекции до D 2-3, у 61-65% больных развиваются ранние рецидивы заболевания с быстрым фатальным исходом (Давыдов М.И., 2001; Неред С.Н., 2007; Sugarbaker P.H., 2003).

Учитывая недостаточно удовлетворительные результаты только хирургического лечения, поиски вариантов комбинированного лечения являются вполне обоснованными. Целесообразность проведения предоперационной лучевой терапии при РЖ была показана в ряде работ (Скоропад В.Ю., Бердов Г.А., 2001, Локтионова О.В., Скоропад О.В., 2009). Авторы отметили достаточно высокую степень радиочувствительности опухолей желудка. Исходя из вышеизложенного, большой интерес исследователей вызывают поиски подходов к комбинированному лечению рака кардиального отдела желудка, способных улучшить результаты, не увеличивая при