



ОБЩЕСТВО
ОНКОУРОЛОГОВ
УКРАИНЫ

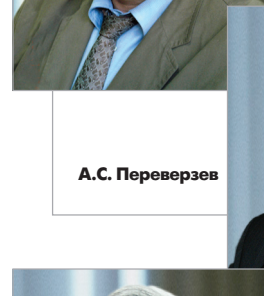
Конференция онкоурологов стран СНГ:

обмен опы

Прошедшая весна ознаменовалась значимым событием для отечественной онкоурологии: 6-7 апреля в г. Киеве состоялась конференция онкоурологов стран СНГ «Актуальные вопросы диагностики и лечения местнораспространенного и метастатического рака почки, мочевого пузыря и предстательной железы». Организаторами этого крупного научного форума выступили Общество онкоурологов Украины и Российское общество онкоурологов при поддержке Министерства здравоохранения Украины и Национального института рака. Проведение подобных форумов предоставляет прекрасную возможность для обмена опытом и повышения уровня оказания медицинской помощи. В рамках конференции доклады представили гости из США, Чешской Республики, а также ведущие отечественные эксперты и ученые из других стран СНГ.



Э.А. Стаховский



А.С. Переверзев



Б.Я. Алексеев



Марко Бабюк



Г. Братиславский



В.Б. Матвеев



Б.Ж. Кенжебаев



Один из гостей конференции – Геннадий Братиславский (г. Нью-Йорк, США) – посвятил выступление современным аспектам лечения рака почки (РП). Докладчик отметил целесообразность широкого использования при РП ренальной биопсии под контролем УЗИ и КТ, а также подверг критике распространенный подход, согласно которому во время операции на почке в обязательном порядке удаляется надпочечник. Многие исследования показывают, что при отсутствии вовлечения надпочечника в опухолевый процесс (по данным КТ и/или МРТ) его удаление представляет собой ненужную травму и не улучшает результаты лечения. В случае больших опухолей почки, затрагивающих ее верхний полюс, показано, что если надпочечник радиологически не вовлечен, то его удаление не обеспечивает никаких преимуществ как в отношении прогноза жизни, так и в отношении онкологических результатов лечения. Это подтверждается данными масштабного исследования, проведенного в клинике Mayo.

Таким образом, рутинное удаление надпочечников является устаревшей практикой. Кроме того, резекция почки по онкологическому прогнозу не уступает радикальной нефрэктомии и широко применяется как при стадии Т2, так и при Т3.

Докладчик отметил, что частота первичного мультифокального РП достигает от 4 до 25%. Несвоевременное выявление множественных очагов может быть расценено как рецидив после выполненной резекции.

Г. Братиславский поделился опытом выполнения множественных крио- и радиочастотных абляций, которые представляют собой сложные вмешательства, сопровождающиеся большой кровопотерей, но позволяют больному сохранить собственную почку, улучшают качество жизни и снижают затраты в послеоперационном периоде. В то же время, согласно данным современного многоцентрового исследования, отсроченные результаты (при наблюдении до 3 лет) крио- и радиочастотной абляции уступают таковым после резекции почки.

Докладчик также рассмотрел возможности и преимущества роботассистированной резекции почки. По его словам, уже более 200 публикаций в разных странах посвящены использованию роботов при проведении частичной нефрэктомии при РП; таким образом, сегодня это быстро развивающееся направление.

Говоря о проблеме лечения метастатического РП, следует отметить, что 2005 год можно считать началом эры применения таргетных препаратов; ранее в распоряжении врачей, занимающихся лечением данной патологии, был только интерлейкин-2 (он и сегодня не утратил своей актуальности). По словам выступающего, несмотря на малую долю пациентов, которые демонстрируют ответ на лечение высокими дозами интерлейкина-2, более 85% из тех, у кого отмечается полный ответ на лечение, могут быть эффективно излечены от метастазов светлоклеточного РП.

В последней части своего обширного доклада Г. Братиславский рассмотрел актуальность исследования проблемы: насколько эффективно у больных с метастазами РП проведение циторедуктивной нефрэктомии в сочетании с медикаментозным лечением. Ранее было показано, что около 50% пациентов, перенесших циторедуктивную нефрэктомию и полное иссечение метастазов в сочетании с соответствующим медикаментозным лечением, преодолевают 5-летний порог выживаемости. В настоящее время проводятся 2 масштабных исследования, посвященных данной проблеме.

О новых аспектах в диагностике и лечении рака мочевого пузыря рассказал профессор Университетского госпиталя Motol Марко Бабюк (г. Прага, Чехия). В частности, он изложил принципы проведения флуоресцентной цистоскопии – диагностического метода,



который основан на избирательном накоплении протопорфирина IX в опухолевых тканях при внутривенном введении 5-аминолеволиновой кислоты. Пораженные опухолью участки слизистой мочевого пузыря, которые не выявляются при обычной цистоскопии, при использовании флуоресцентной диагностики легко визуализируются за счет яркого свечения. Установлено, что чувствительность флуоресцентной цистоскопии составляет >96,9% и на $\geq 20\%$ превосходит таковую цистоскопии в белом свете. Так, более чем у 30% больных после цистоскопии в белом свете при флуоресцентном контроле обнаруживались незамеченные опухоли. Последние в перспективе могут быть расценены как рецидив заболевания, хотя на самом деле речь идет о продолжении роста опухолевых очагов, ранее не замеченных при осмотре в белом свете. Использование данного метода во время операции позволяет эффективно контролировать ее радикальность и улучшает результаты лечения.

Докладчик также акцентировал внимание на значимости стратификации риска, определяющей индивидуальный подход к адьювантному и хирургическому лечению больных раком мочевого пузыря. При лечении мелкоочаговых поражений мочевого пузыря существенную роль играет лазерная трансуретральная резекция. В целом подход к проведению резекций должен быть очень аккуратным. У пациентов из группы высокого риска (факторы риска: Т3, карцинома in situ, множественные опухолевые очаги, молодой возраст) необходимо проведение цистэктомии. Кроме того, это вмешательство должно проводиться у больных, у которых отмечено прогрессирование заболевания после органосохраняющей операции. В этом случае важно выяснить, не связано ли прогрессирование заболевания с недостаточной диагностикой в предоперационном периоде. Показано, что после проведения цистэктомии прогноз у таких больных более благоприятный, чем в случае рецидива.

Директор Центра малоинвазивного лечения рака предстательной железы Нью-Йоркского университетского госпиталя, профессор Боб Джаван (США) вернулся к обсуждению диагностической и прогностической роли простатического специфического антигена (ПСА) при раке предстательной железы (РПЖ). Если ранее повышение уровня ПСА напрямую связывали с РПЖ, то сегодня известно, что у некоторых больных развитие опухоли сопровождается показателями ПСА в пределах, не позволяющих дифференцировать рак и доброкачественную гиперплазию простаты. Кроме того, ПСА не может применяться для стадирования РПЖ, однако является хорошим маркером прогнозирования риска развития рака. В связи с этим, по мнению докладчика, подход к использованию ПСА в диагностике РПЖ должен быть пересмотрен. К группе риска относятся не пациенты со стабильными субнормальными значениями ПСА, а преимущественно больные с высокой скоростью повышения его концентрации. Изменение уровня ПСА даже в очень малых пределах способно предсказать риск развития злокачественного заболевания предстательной железы в будущем.

Профессор Б. Джаван также рассказал о новых прогностических маркерах, в частности интрамакрофагальном ПСА (imPSA), определяемом в макрофагах крови. По словам докладчика, если уровень imPSA повышен, это со значительной долей вероятности может говорить о наличии метастазов. Существуют маркеры РПЖ, которые определяются в моче (PSA-3, DDA-3). Недостатком метода является отсутствие верхних границ значений; так, точное пограничное значение для PSA-3 не установлено. В целом маркеры в моче могут рассматриваться как достаточно точный тест для определения показаний к повторной биопсии, но не к первичной. На сегодняшний день время удвоения ПСА – самый быстрый и простой показатель, обладающий наиболее высокой надежностью в плане диагностики и прогноза заболевания.

Профессор кафедры урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук Алексей Сергеевич Переверзев посвятил выступление комплексной диагностике опухолевых тромбов при почечноклеточном раке. По его словам, опухолевые тромбы имеют идентичное гистологическое строение с основной опухолью и чаще всего пронизаны соединительнотканнми перегородками между отдельными опухолевыми элементами. Сегодня опухолевый тромбоз рассматривается как биологическая особенность роста раковой опухоли. Чаще всего опухолевые тромбы распространяются в нижнюю полую вену (НПВ) из правой почки, поскольку правая почечная вена является более короткой. По мнению докладчика, опухолевые тромбы в просвете левой почечной артерии развиваются тоже часто, но их распространение замедляется в связи с сопротивлением в виде пульсирующих движений аорты. Опухоль может поражать несколько сосудов. Общая частота тромбоза почечных вен колеблется от 4 до 23%, тромбоз НПВ – в пределах 8-10%.

Профессор А.С. Переверзев рассказал о разных подходах к классификации опухолевых тромбов, а также представил современные требования к их визуализации. Прежде всего необходимо выявить наличие опухолевого роста в просвете вены, после чего определить локализацию верхушки внутрикаваальной опухоли, консистенцию опухолевого тромба, прочность его сращения с интимой НПВ, а также степень развития венозных коллатералей. Выделяют рыхлые и плотные тромбы, которые, в свою очередь, подразделяются на полостовидные, гроздевидные и смешанные.

С целью выявления тромбов преимущественно применяется ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее в течение нескольких минут установить наличие тромба и его распространенность; остальные методы, в том числе высокотехнологичные, являются дополнительными. В частности, УЗИ позволяет в 70-90% случаев успешно выявить дистальный конец тромба. Определенные трудности при ультразвуковой диагностике могут быть связаны с наличием у пациента ожирения; особенно затруднено выявление левосторонних почечно-кавальных тромбов. Сращение опухолевого тромба со стенкой НПВ может отсутствовать, быть незначительным либо сопровождаться прорастанием его

тран СНГ: обмен опытом на высоком уровне



в стенку. Инвазия венозной стенки требует расширения объема операции вплоть до выполнения резекции НПВ. Помимо ультрасонографии, с целью обнаружения опухолевых тромбов может применяться спиральная или мультиспиральная КТ либо МРТ (обычная КТ неинформативна). Данные, полученные при спиральной или мультиспиральной КТ, отсутствие кровотока вокруг тромба и увеличение диаметра почечной вены на ≥ 3 см указывают на сращения тромба со стенкой интимы НПВ.

Говоря о перспективах развития диагностики, докладчик отметил, что в 2011 г. в Германии опубликована монография, в которой обсуждаются возможности сочетанного применения КТ и позитронно-эмиссионной томографии в диагностике нижекавального тромбоза.

В рамках доклада профессор А.С. Перевезев представил богатый иллюстративный материал, демонстрирующий особенности применения тех или иных диагностических методов.

Одно из выступлений **заведующего отделением урологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, доктора медицинских наук, профессора Всеволода Борисовича Матвеева** было посвящено хирургическому лечению РП с тромбозом НПВ, что представляет собой важную хирургическую проблему.

К преимуществам протезирования НПВ можно отнести сохранение почечной функции, отсутствие у пациента венозной недостаточности и лучшее качество жизни в случае удачного выполнения операции и отсутствия серьезных осложнений. К недостаткам методики относят риски, связанные с возможным развитием тромбоза и окклюзии, инфекцией или миграцией тромба. По словам докладчика, на принятие решения о необходимости протезирования НПВ влияет ряд факторов:

- уровень резекции НПВ;
- степень и длительность ее окклюзии (более актуально для частичной, чем для полной окклюзии);
- наличие и выраженность симптомов, в частности отека нижних конечностей;
- наличие коллатералей;
- интраоперационная гемодинамика после пережатия НПВ;
- уровень функциональной активности почек.

Хирургическое вмешательство на НПВ в целом и ее протезирование в частности сопровождаются значительным риском развития пери- и послеоперационных осложнений. Основными мерами профилактики осложнений при протезировании НПВ являются использование антикоагулянтов, создание артериовенозной фистулы, а также интрузия сальника между протезом и резецированным органом.

По данным профессора В.Б. Матвеева, частота периоперационных осложнений при резекции и протезировании НПВ достигает 70%. Наибольшая частота осложнений наблюдается при левосторонних опухолях и протяженных тромбах; кроме того, у больных с протяженными тромбами более часто отмечаются явления недостаточности функции печени, почек, сердца и требуется более сложное хирургическое вмешательство.

В качестве основного ограничивающего фактора при тромбэктомии указано блокирование печеночных вен, сопровождающееся печеночной недостаточностью. Хирургическое лечение у больных РП с опухолевым тромбозом НПВ является относительно безопасным вмешательством, улучшающим выживаемость пациентов.

Заведующий отделением онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, профессор

кафедры урологии ФПК медицинских работников Российского университета дружбы народов, доктор медицинских наук Борис Яковлевич Алексеев (г. Москва) в рамках пленарного заседания конференции затронул интересный вопрос: насколько оправдана парааортальная лимфаденэктомия (ЛАЭ) у больных РП?

ЛАЭ обеспечивает более точное стадирование распространенности опухолевого процесса, снижает риск развития локорегионарного рецидива, улучшает выживаемость больных. В отношении стадирования известно, что метастатическое поражение лимфатических узлов значительно ухудшает прогноз заболевания; в то же время методы лучевой диагностики не позволяют с достаточной специфичностью диагностировать метастазы в регионарных лимфоузлах до операции (частота ложноположительных результатов достигает 58-75%). Кроме того, согласно зарубежным данным, при раке мочевого пузыря и предстательной железы расширение объема ЛАЭ приводит к улучшению выживаемости. В то же время, несмотря на низкую специфичность, чувствительность КТ и МРТ в диагностике метастазов в забрюшинных лимфоузлах высока (ложноотрицательные результаты отмечаются приблизительно в 4% случаев).

В рандомизированных исследованиях не показано влияния какой-либо адьювантной терапии на выживаемость больных метастатическим РП, перенесших нефрэктомии. Докладчик подчеркнул, что выполнение ЛАЭ



у пациента без признаков метастатического поражения лимфатических узлов не приводит к снижению частоты локорегионарного рецидива. Ретроспективные исследования демонстрируют незначительные преимущества в выживаемости в группе расширенной ЛАЭ (при отсутствии поправки на стадию, степень дифференцировки опухоли и возраст) либо отсутствие преимуществ при анализе сопоставимых по возрасту групп пациентов.

Как заключил профессор Б.Я. Алексеев, парааортальная ЛАЭ, возможно, улучшает результаты лечения больных с высоким риском лимфогенного метастазирования (стадия cT3, большие размеры опухоли, наличие клинической симптоматики), однако, чтобы окончательно ответить на вопрос о перспективах использования данной методики, необходимы проспективные рандомизированные исследования. Согласно европейским рекомендациям (EAU-2012) лимфаденэктомия должна быть ограничена областью ворот почки, так как расширенная лимфаденэктомия не приводит к улучшению выживаемости (уровень доказательств 1b). Расширенная лимфаденэктомия не может считаться терапевтической процедурой у больных без лимфогенных метастазов.

Заместитель директора по научной работе, заведующий отделением онкоурологии Национального института рака МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Эдуард Александрович Стаховский осветил вопросы проведения радикальной цистэктомии (РЦЭ) у мужчин. По его словам, РЦЭ должна предусматривать удаление мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков, лимфатических узлов. В последние десятилетия в связи

с усовершенствованием хирургической техники результаты цистэктомии значительно улучшились: так, летальность и частота осложнений не превышают 1-3 и 25% соответственно.

РЦЭ представляет собой эффективный метод лечения; основная сложность при проведении вмешательства состоит в осложнениях, которые развиваются в позднем послеоперационном периоде (недержание мочи, импотенция и т. д.) и существенно влияют на качество жизни мужчины. С целью снижения рисков, связанных с РЦЭ, были разработаны такие виды вмешательств, как цистэктомия с сохранением сосудисто-нервных пучков, цистэктомия с сохранением предстательной железы и цистуретроэктомия. Исследования показывают, что проведение цистэктомии с сохранением сосудисто-нервных пучков имеет существенное положительное влияние на контроль мочеиспускания и эректильную функцию.

В данном контексте профессор Э.А. Стаховский рассмотрел особенности анатомии сосудисто-нервных пучков и проанализировал особенности обсуждаемой хирургической методики. Кроме того, он представил вниманию коллег несколько существующих вариантов цистпростатэктомии (интра-, интер- и экстрафасциальную) и остановился на особенностях этих методик. По его словам, сохранение предстательной железы при радикальной



цистэктомии является одним из наиболее противоречивых вопросов современной онкоурологии. С одной стороны, это увеличивает риск рецидива заболевания, с другой – значительно улучшает функциональные результаты лечения и качество жизни пациента. Этот вопрос тем более актуален, что предстательная железа и задняя часть уретры в 15-48% случаев вовлекаются в опухолевый процесс. Распространение заболевания в предстательную железу происходит напрямую (пенетрация) либо трансуретрально.

К настоящему времени проведено недостаточно исследований, посвященных протатсберегающей цистэктомии, при этом по дизайну существующие исследования являются ретроспективными, выполнялись без сравнительного анализа, учета сроков и техники выполнения операции. Также в упомянутых исследованиях отсутствуют четкие данные о развивающемся РПЖ (синхронный или метакронный).

Подводя итоги выступления, докладчик подчеркнул, что цистэктомия у мужчин должна выполняться с сохранением сосудисто-нервного пучка, что улучшает функциональные результаты лечения. Протатсберегающая цистэктомия может иметь место в клинической практике при строгом соблюдении показаний. При вовлечении в опухолевый процесс мочеиспускательного канала и предстательной железы РЦЭ должна предусматривать уретрэктомии с лечебной и профилактической целью, а также использование адекватного метода деривации мочи.

Во втором выступлении, говоря о методах деривации мочи после цистэктомии, профессор Э.А. Стаховский отметил, что каждый больной, нуждающийся в отведении мочи в связи с удалением мочевого пузыря, требует строго индивидуального подхода. Выбор метода зависит от стадии заболевания,

сохранности функции печени и почек, возраста, наличия противопоказаний и личных ожиданий пациента. Наиболее часто используемыми методами деривации мочи являются илеальный конduit и ортотопический илеальный мочевой пузырь. Несмотря на то что до сих пор не определен оптимальный метод деривации мочи, метод илеоонецистопластики обеспечивает потенциальные преимущества за счет сохранения анатомической целостности мочевыводящих путей, функциональности и относительной простоты выполнения операции.

От имени **заведующего отделением онкоурологии Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии, кандидата медицинских наук Нуржана Сериковича Нургалиева** доклад «Поздние осложнения после радикальной цистэктомии» представил соавтор исследования **Б.Ж. Кенжебаев (г. Алматы, Республика Казахстан)**. Как отметил выступающий, в отделении онкоурологии Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии в 2006-2011 гг. были использованы следующие методы деривации мочи после цистэктомии: операция Хаутмана (у 42% больных), операция Брикера (у 38%), операция Стюдера (у 10%), уретерокутанеостомия (у 9%), а также гетеротопический мочевой пузырь (1%). Среди осложнений, возникших на фоне наиболее часто использовавшегося метода деривации мочи (операция Хаутмана, 27 больных), Б.Ж. Кенжебаев отметил недержание мочи (86% больных) и атаку пиелонефрита (44%); реже наблюдались метаболический ацидоз (22%), кишечные расстройства и свищи (18%); также был зарегистрирован 1 случай рецидива рака в уретре. При любом из методов деривации мочи имеют место различные поздние осложнения. Наиболее предпочтительными, по мнению казахских ученых, являются операции с созданием ортотопического мочевого пузыря и илеального кондуита по Брикеру. Правильно выполненное вмешательство и обязательные последующие профилактические мероприятия улучшают качество жизни пациентов.

На конференции с докладами, посвященными различным аспектам онкоурологии, выступили профессор О. Шапиро (Нью-Йорк, США), Ф.А. Гулиев (г. Баку, Азербайджанская Республика), С.А. Красный (г. Минск, Республика Беларусь), А.И. Мустья (г. Кишинев, Республика Молдова), В.А. Шахсуварян (г. Ереван, Республика Армения) и др. Помимо обсуждения хирургических методик, большое внимание уделялось консервативным методам лечения, освещению перспектив таргетной терапии, комбинированному лечению метастатических поражений в онкоурологической практике. Кроме того, в рамках мероприятия были проведены круглые столы, тематические семинары, презентации новых изданий; состоялась выставка продукции ведущих фармацевтических компаний и медицинского оборудования производителей из Украины и России.

При обсуждении вопроса о месте проведения следующей конференции онкоурологов стран СНГ член оргкомитета этого научного форума, **заведующий отделением онкоурологии Национального центра онкологии МЗ Азербайджанской Республики Фуад Адалетович Гулиев** предложил организовать мероприятие в г. Баку. Представленные им фотоматериалы, свидетельствующие о высочайшем уровне оснащения ведущего онкологического центра республики, вызвали большой интерес у коллег. Таким образом, велика вероятность того, что следующая конференция онкоурологов состоится в столице Азербайджана.

Подготовила **Катерина Котенко**
Фото автора