

Опухоли малого таза.

Междисциплинарный взгляд на проблему



4-5 сентября в г. Херсоне на базе Херсонского областного онкологического диспансера прошла Первая таврийская школа по вопросам онкологии «Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению опухолей малого таза». В рамках конференции обсуждались многие вопросы, касающиеся хирургических и нехирургических подходов к лечению опухолей малого таза, метастатического поражения разных органов и систем. Большое внимание уделялось обсуждению результатов последнего конгресса ASCO.

Открывая заседание, заместитель директора Департамента здравоохранения — начальник управления Херсонской областной государственной администрации по организации медицинской помощи населению Лидия Владимировна Бондарева подчеркнула значимость работы современного лечебно-диагностического комплекса, которым является новый Херсонский областной онкологический диспансер, основанный в 2009 г. Проводимый на его базе форум стал традиционным, он вносит значимый вклад в расширение познаний о современных подходах в лечении онкологических больных, дает возможность местным специалистам поделиться научными достижениями, а также выслушать приглашенных гостей.

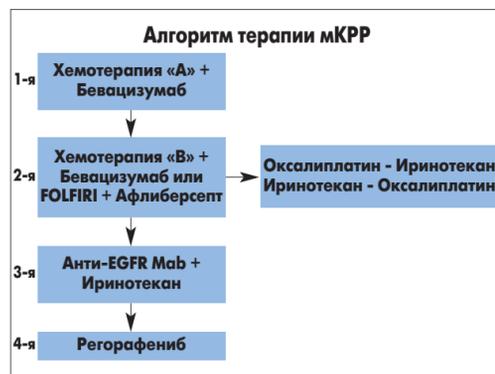
Главный врач Херсонского областного онкологического диспансера Ирина Владимировна Сокур рассказала об онкоэпидемиологической ситуации, сложившейся с колоректальным раком (КРР) в Херсонской области за период 1997-2013 гг. По ее словам, КРР занимает одно из ведущих мест в онкологической заболеваемости региона. За обсуждаемый период в Херсонской области был зарегистрирован 7281 случай первичного КРР, заболеваемость возросла на 53%. Наиболее часто КРР выявляется у пациентов в возрасте 65-74 лет, причем с возрастной отметки в 75 лет отмечается резкий спад заболеваемости, что, возможно, связано со снижением продолжительности жизни. В регионе диагностированы 2 случая КРР у пациентов в возрасте до 20 лет.

Рассмотрим отдельные доклады, посвященные новым тенденциям в терапии КРР и рака яичника (РЯ).

Заведующий кафедрой онкологии Запорожской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, доктор медицинских наук, профессор Алексей Алексеевич Ковалев посвятил свое выступление вопросам персонализированной терапии метастатического КРР (мКРР). Он подчеркнул, что прогноз при КРР определяет не только стадия по TNM (сегодня необходимо использовать 7-ю версию этой классификации), но и молекулярный портрет опухоли. КРР является гетерогенным заболеванием. После расшифровки генома и реализации проекта Cancer Genom Atlas основной упор в классификации рака делается на молекулярно-генетических характеристиках. Предпринята попытка создать молекулярную классификацию КРР, в рамках которой выделены 5 подтипов исходя из микросателлитной нестабильности, метилирования ДНК, ploидности, наличия или отсутствия мутаций KRAS, BRAF, TP53. В терапии мКРР, помимо собственно хирургического лечения, применяется химиотерапия (ХТ), таргетная терапия, радиочастотная термоабляция и другие методы, которые активно исследуются и не входят в стандарты лечения (например, хемоземболизация, применение микросфер, нагруженных цитостатиком и др.). Хирургическое вмешательство показано не только при первичной опухоли, но и во всех случаях, когда существуют возможности оперировать метастазы.

Первостепенное значение в таргетной терапии мКРР придается применению антиангиогенных препаратов, поскольку ангиогенез играет существенную роль на всех этапах канцерогенеза и опухолевой прогрессии. На ASCO в 2014 г. большинство исследований, посвященных применению антиангиогенной терапии при КРР, относились к бевацизумабу, который показывает эффективность в комбинации с FOLFOX и FOLFIRI. После получения данных о том, что бевацизумаб сохраняет свою эффективность и во 2-й линии терапии (но необходима замена цитостатика, к которому развивается

резистентность), изменилась парадигма лечения мКРР, предполагающая продолжение ангиогенной терапии после первой прогрессии.



Также показано, что бессимптомный нерезектабельный/метастатический КРР безопасно лечить комбинацией FOLFOX + бевацизумаб. Ингибиторы EGFR возможно рекомендовать только при диком типе всех генов RAS (дикий тип KRAS и дикий тип NRAS). Регорафениб рассматривается как терапия спасения.

О современных подходах к химиотерапии рецидивирующего РЯ рассказала старший научный сотрудник Института экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого НАН Украины, кандидат медицинских наук Ольга Владимировна Пономарева. По ее словам, первым прорывом в лечении РЯ стал цисплатин, далее арсенал пополнил карбоплатин, обладающий лучшим профилем безопасности. Появление паклитаксела стало следующим прорывом в терапии РЯ, позволившим увеличить общую и безрецидивную выживаемость больных. За последние 15 лет эволюция в лечении РЯ связана с появлением антиангиогенной таргетной терапии.

В первой линии лечения платиночувствительного рецидивирующего РЯ применяются цисплатин или карбоплатин с паклитакселом, комбинация карбоплатина и гемцитабина, карбоплатина с пегилированным липосомальным доксорубицином (ПЛД) или эпирубицином и др. Отдельную проблему представляет терапия платинорезистентных рецидивов РЯ. Бевацизумаб показал достаточно высокую эффективность при платинорезистентном РЯ, в том числе у ранее интенсивно леченных больных.

За последние 15 лет изучалось большое количество новых препаратов, но исследования не показали существенного улучшения результатов лечения по сравнению со стандартной терапией. Сочетание карбоплатина и паклитаксела остается стандартом лечения первой линии платиночувствительного распространенного РЯ. У 65-70% пациентов происходит рецидив заболевания. Исследования показали, что перспективным усовершенствованием может быть добавление к 1-й линии терапии антиангиогенного таргетного препарата. Доказано, что эндотелиальный фактор роста сосудов VEGF стимулирует опухолевый ангиогенез на всех этапах роста опухоли, даже при активировании вторичных путей ангиогенеза. Клинически гиперэкспрессия VEGF ассоциируется с развитием рецидива РЯ, обуславливает худшую выживаемость. Из всех антиангиогенных таргетных препаратов, которые исследовались

при РЯ, убедительные доказательства эффективности получены только для бевацизумаба. В исследовании ICON7 использование комбинации ХТ и бевацизумаба позволило увеличить выживаемость без прогрессирования в 1,5 раза (18,2 мес в группе с бевацизумабом и 12 мес в группе контроля). У больных с высоким риском прогрессирования РЯ добавление бевацизумаба к ХТ позволило увеличить выживаемость без прогрессирования до 16 мес (10,5 мес в группе сравнения). В исследовании OCEANS бевацизумаб при применении в паллиативном лечении РЯ в сочетании со стандартной ХТ значительно увеличивал продолжительность бессимптомного течения заболевания, выживаемость без прогрессирования (что подтверждено независимой оценкой) и снижал риск прогрессирования более чем на 50%. В целом бевацизумаб в сочетании с карбоплатином и гемцитабином и далее в монорежиме до прогрессии заболевания сегодня рассматривается как новая опция в лечении больных с платиночувствительным рецидивирующим РЯ. Основываясь на доступных сегодня данных, всем пациенткам с III/IV стадиями РЯ, которые могут перенести системную терапию, рекомендуется назначать схемы с включением бевацизумаба в первой линии (по показаниям). Пациентки с резидуальным заболеванием могут получить наибольшее преимущество от такого лечения.

Конкретный клинический случай применения бевацизумаба при метастатической папиллярно-серозной аденокарциноме яичников представила вниманию коллег главный врач, врач онколог высшей категории, заведующая отделением радиотерапии частной онкологической клиники (г. Киев) Татьяна Владимировна Рослякова. Пациентка 1968 г. рождения обратилась за профильной консультацией в декабре 2012 г. При обследовании выявлены распространенная опухоль правого и левого яичников, асцит, метастатический плеврит, метастазы в паховые, подвздошные и лимфоузлы средостения. Перед хирургическим лечением проведена плевральная пункция, получены клетки аденокарциномы. 28.01.2013 г. выполнена максимальная циторедуктивная операция. Метастаз в паховый лимфоузел был подтвержден гистологически путем биопсии. Патогистологическое заключение: папиллярно-серозная аденокарцинома G3pT3cpN1M1, FIGO IV. 4.02.2013 г. была начата стандартная ХТ (паклитаксел, карбоплатин); через 1 мес после операции — бевацизумаб (7,5 мг/кг 1 раз в 3 нед). Обследование после 6 курсов ХТ зафиксировало полную регрессию опухоли, после чего ХТ была прекращена, с продолжением применения бевацизумаба до 18 введений. Обследование 05.2014 г. (спустя 15 мес после начала терапии) показало полную регрессию опухоли и нормализацию онкомаркеров.

Особое внимание было уделено возможностям химиолучевой терапии опухолей малого таза, хирургическому лечению рака простаты и терапии костных метастазов.

Более детально ознакомиться с видеоматериалами конференции можно на сайте www.chil.com.ua в разделе Онкология (<http://www.chil.com.ua/congress/oncology.html>).

Подготовила **Катерина Котенко**
Фото автора