

XIV онкологический конгресс

23–25 ноября 2010 г. в Москве прошел XIV Российский онкологический конгресс, в работе конгресса приняла участие и Восточно-Европейская Группа по Изучению Сарком. На стенде Группы была представлена информация о деятельности группы, основные цели и задачи, журнал «Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи», желающие могли заполнить регистрационную карту для дальнейшего информирования о деятельности Группы и получения номеров издаваемого журнала.



Профессор В.А. Горбунова, профессор В. Винкельман, академик РАМН М.Д. Алиев, профессор А.Н. Махсон

В рамках работы конгресса 25 ноября прошло заседание секции по лечению сарком костей и мягких тканей. В этом году работа секции привлекла большее количество слушателей, чем на конгрессе в 2009 г., что подчеркивает актуальность проблемы изучения сарком. Председателем секции выступил академик РАМН М.Д. Алиев, почетными сопредседателями были профессор В. Винкельман (Германия), профессор Ж.И. Блей (президент-ЕОRTC, Франция) профессор В.А. Горбунова, профессор А.Н. Махсон. Академик М.Д. Алиев приветствовал участников конгресса и поблагодарил зарубежных гостей за согласие принять участие в работе секции, посвященной изучению сарком.

С вступительным докладом «Онкоортопедия. Вчера, сегодня, завтра», открывшим секцию, выступил академик РАМН М.Д. Алиев. В докладе были представлены проблемы онкоортопедии, разработанные методики и перспективы развития данного направления онкологии. Были представлены результаты эндопротезирования длинных трубчатых костей, позвоночника, костей таза, крестца. В докладе особое внимание было уделено вопросам выбора тактики хирургического лечения больных с опухолями позвоночного столба, сарком мягких тканей, место реконструктивной хирургии в онкоортопедии. В заключение были озвучены пер-

спективы дальнейшего развития онкоортопедии, а это поиск новых, патогенетически обоснованных режимов комбинированного лечения опухолей костей и мягких тканей. Разработка комплексной программы онкоортопедической поддержки больных с метастатическими поражениями скелета. Продолжение фундаментальных исследований по изучению биологии опухолей опорно-двигательного аппарата. Использование достижений генной и тканевой инженерии в онкологической ортопедии.

Профессор В. Винкельман, руководитель клиники онкоортопедии университета города Мюнстер (Германия), выступил с докладом «Органосохранные подходы в хирургическом лечении сарком мягких тканей». Было отмечено, что хирургическое лечение — это один из шагов мультидисциплинарного подхода в лечении сарком мягких тканей. Кроме хирурга, также необходимо участие рентгенолога, химиотерапевта, патоморфолога и специалиста по лучевой терапии.

Только треть сарком мягких тканей меньше 5 см и находится поверхностно, две трети сарком имеют размеры более 5 см и глубокое расположение. В случаях если опухоль менее 5 см и имеет поверхностное расположение, необходимо выполнять тотальную биопсию в объеме иссечения опухолевого узла. Недостатком этого является отсутствие информации о злокачественности опухоли и краев резекции. В случаях, когда опухоль



Профессор В. Винкельман

имеет размеры более 5 см и поверхностное расположение, а также в случаях глубокорасположенных опухолей, первым этапом необходимо выполнить тонкоигольную трепан-биопсию. При выполнении операций больным саркомами мягких тканей развитие местных рецидивов напрямую зависит от краев резекции. Наиболее часто при саркомах мягких тканей не наблюдается вовлечение в опухоль нервных и сосудистых структур, что позволяет выполнить футлярное иссечение опухоли. Возможными осложнениями после операций данного типа являются гематомы, серомы и краевые некрозы кожных лоскутов.

В случаях, когда опухоль прилежит к кости, необходимо рассмотреть вопрос о проведении предоперационной химиотерапии, лучевой терапии или изолированной перфузии конечности с последующим послеоперационным облучением. Для достижения радикальности во время удаления опухоли необходимо выполнить краевую резекцию кости. Если опухолевый узел прилежит к крупным нервным стволам, таким как седалищный нерв, первым этапом выделяется нервный пучок, далее выполняется удаление опухоли, в послеоперационном периоде необходимо провести лучевую терапию на область операции. В случаях, когда опухоль вовлекает магистральные сосуды и вызывает их окклюзию, показано выполнение радикального удаления опухоли вместе с вовлеченным сегментом сосудистого пучка с последующей пластикой аутовеной или эндопротезом сосуда; если данный объем операции невозможен, пациенту показана калечащая операция. Для замещения мягкотканых дефектов больным наиболее показаны перемещенные лоскуты.

В заключение профессор В. Винкельман отметил, что локальный контроль опухоли — это результат сотрудничества между хирургом и лучевым терапевтом. При определении объема хирургического лечения больных с саркомами мягких тканей необходимо тщательно взвешивать между риском развития рецидива и желанием сохранить лучшую функцию конечности.

Профессор Жан Ив Блей — президент EORTC, руководитель французской саркомной группы — уделит особое внимание новым научным достижениям в лечении и диагностике сарком мягких тканей с наличием специфических транслокаций и результатам применения нового цитостатика трабектедина в лечении миксоидной липосаркомы. Также были освещены новые направления таргетной терапии сарком мягких тканей.



Профессор Ж.И. Блей

Профессор В.А. Горбунова — руководитель отделения химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН — представила доклад «Высокодозный ифосфамид в комбинации с доксорубицином в лечении сарком мягких тканей. Опыт РОНЦ РАМН».

В докладе была описана чувствительность к химиотерапии в зависимости от гистологического подтипа опухоли. Высокой чувствительностью к химиотерапии обладают саркома Юинга/PNET, рабдомиосаркома, синовиальная, ангиосаркома, миксоидная

липосаркома. Средней чувствительностью к ПХТ — ЗФГ, неклассифицируемая, лейомиосаркома, дифференцированная или плеоморфная липосаркома, нейрогенные саркомы, десмопластическая круглоклеточная опухоль. Низкая чувствительность к ПХТ — внекостная миксоидная хондросаркома, фибросаркома, эпителиоидная саркома, гемангио-перцитомы. Резистентные к стандартной ПХТ: альвеолярная саркома мягких тканей, светлоклеточная саркома мягких тканей, GIST.

Рациональность проведения предоперационной химиотерапии обусловлена определением чувствительности опухоли к конкретной схеме химиотерапии *in vivo*; возможностью избежать использования неэффективного режима химиотерапии после оперативного вмешательства; возможностью использования альтернативного режима химиотерапии после операции; уменьшением размеров опухоли; возможностью реализации эффекта ифосфамида в полном объеме при наличии двух почек (забрюшинная липосаркома).

Основную часть доклада составили представленные результаты использования высокодозного ифосфамида в комбинации с доксорубицином в лечении сарком мягких тканей — опыт РОНЦ РАМН.

В исследование были включены 44 пациента, мужчин — 19, женщин — 25. Возраст от 17 до 63 лет (средний — 44 года). По степени распространенности в 14 наблюдениях была местно-распространенная форма и в 30 — диссеминированная. По морфологической форме распределение было следующим: синовиальная саркома — 15, липосаркома — 9, лейомиосаркома — 9, ЗФГ — 5, эндометриальная стромальная саркома — 2, фибросаркома — 2, десмопластическая мелкокруглоклеточная — 1, саркома из дендритных клеток — 1. По степени злокачественности в 2 случаях степень была G1, G2 — 18, G3 — 14, у 10 пациентов степень злокачественности не была оценена. По локализациям в 13 случаях опухоли выявлялись на конечностях, забрюшинно — 12, на туловище — 10, органные — 8, голова/шея — 1.

Химиотерапию у 31 пациента проводили в качестве первой линии, у 9 пациентов — в качестве второй линии, у 4 пациентов — третьей линии. В качестве неoadъювантной — у 7 пациентов, лечебной — у 37 пациентов. Количество курсов химиотерапии составило: DDHD AI — 27, HD AI — 153, HD I — 7. Пациентам проводилось от 2 до 9 курсов, в среднем — 5 курсов. Полный эффект наблюдался у 5 (11,4%) пациентов; частичный эффект — у 14 (31,8%); стабилизация — у 17 (38,6%); прогрессирование — у 8 (18,2%). Время до прогрессирования составило 8,7 мес.

В сообщении профессора Л.В. Демидова освещалась проблема меланомы кожи в России. Заболеваемость меланомой кожи в России на сегодняшний день составляет 4,4 у мужчин и 5,4 у женщин на 100 тысяч населения. Для сравнения этот показатель в Германии составляет 18,0; во Франции — 10,0; в Норвегии — 17,0; в Швеции — 13,7. В докладе было уделено внимание проблеме меланомы кожи в структуре онкологических заболеваний в России, необходимости создания

скрининговой программы для меланомы кожи или необходимости ранней диагностики, которую должны осуществлять специалисты-онкологи. Так, под понятием скрининга понимается услуга здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают болезнью либо ее осложнениями, задаются вопросы или предлагается тест для выявления лиц, которым с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания или его осложнений. Компонентами эффективно организованной программы скрининга меланомы кожи являются: целевая популяция; определение в составе целевой популяции тех лиц, которые будут проходить скрининг; обеспечение оборудованием, персоналом; правильное ведение документации; непрерывность скрининговой системы. Моделью скрининга меланомы кожи в РОНЦ им. Н.Н. Блохина являются: акция «Неделя Меланомы» (расширенная программа, предлагаемая в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в поддержку ежегодного мероприятия «День Меланомы») и создание этапного и непрерывного скрининга населения на базе сайта: WWW.MELANOMA.SU. Так, результатами Недели Меланомы, проведенной весной 2010 г., стало 202 человека больных меланомой (данное количество образовалось из сотен обратившихся путем целенаправленного отбора на нескольких этапах скрининга). У 5 человек была выявлена меланома кожи, у 40 — дерматические невусы и у 18 — базальноклеточный рак и другие пигментные образования, требующие наблюдения или хирургического удаления. Благодаря проведенной акции были сформированы группы риска (группы наблюдений), которым предлагается проходить 1 раз в 6 мес плановые осмотры, а также привлечено внимание общественности к роли ранней диагностики меланомы кожи.

В заключение профессор Л.В. Демидов отметил необходимость создания расширенного экспертного совета среди онкологов страны с привлечением не только научно-исследовательских институтов, но и учреждений практического здравоохранения, входящих в состав онкологической сети страны.

Профессор А.Н. Махсон, главный врач Московской городской онкологической больницы № 62, выступил с докладом на тему «Подходы к хирургическому лечению метастазов в кости».

Было отмечено, что при солитарном метастатическом поражении показаны радикальные операции, как при злокачественных опухолях костей, а это сегментарные резекции костей, тотальное удаление костей и калечащие операции. В докладе было отмечено, что локализации поражений, не требующие специальных пластических методик замещения дефектов, — это лопатка, кости таза, ключица, малоберцовая кость, ребра. Методиками восстановительного этапа являются: аллопластика; эндопротезирование; различные варианты аутопластики, включая использование микрососудистых анастомозов; сочетание аутопластики



Профессор А.Н. Махсон

с аллопластикой; сочетание эндопротезирования и аутопластики; внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез.

В случаях, когда у пациента множественные метастазы с патологическим переломом или угрозой его возникновения, операция может быть показана при ориентировочном прогнозе длительности жизни не менее 3–4 мес.

В докладе были представлены данные лечения 308 пациентов с метастазами в кости, которым были выполнены операции в МГОБ № 62 с 1979 по 2009 г. Наиболее часто операции выполнялись при метастазах в кости рака почки и рака молочной железы. По локализациям наиболее часто операции выполнялись на длинных трубчатых костях — 197 наблюдений, в 29 — на тазовом и плечевом поясе, 38 операций на позвоночнике и 44 вмешательства при других локализациях метастатического процесса. Доклад был иллюстрирован клиническими примерами хирургических вмешательств при метастатических поражениях длинных трубчатых костей, костей таза, ребер, позвоночника.

Наиболее подробно в докладе была проанализирована группа пациентов с метастатическим поражением костей раком почки. Так, к факторам прогноза, влияющим на выживаемость больных раком почки, прооперированных на костях скелета, относятся: радикализм операции, внекостные метастазы, количество костных метастазов, наличие нефрэктомии в анамнезе. К факторам, не влияющим на выживаемость, авторами доклада были отнесены: время появления костного метастаза, время появления метастаза от момента диагностирования рака почки, адъювантное лекарственное лечение и наличие патологического перелома.

В заключение профессор А.Н. Махсон отметил, что всем больным с солитарным метастазом в кость показано оперативное лечение, как при первичной опухоли, и результатом такой операции может быть длительная полная ремиссия. При множественных метастазах операция показана при патологическом переломе или угрозе его возникновения и направлена на улучшение качества жизни больного и создание условий для продолжения специального лечения. Органосохраняющие операции удается выполнить у 85% больных, и в 15% наблюдений выполнены ампутации и экзартикуляции у больных с метастазами в кости. Качество жизни данной группы пациентов при оперативном лечении метастазов в кости удается улучшить в 91% случаев.

А.А. Феденко, старший научный сотрудник отделения химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,

представил доклад, обобщающий работу Восточно-Европейской Группы по Изучению Сарком за год. Аудитории были представлены цели, задачи, структура Группы.

Была представлена единая система сбора и обработки данных, включающая в себя: единый реестр пациентов — саркомы мягких тканей, саркомы костей и опухоли кожи; базу данных по эффективности лечения; возможность организации on-line консультаций и консилиумов; ведение статистики; базу для проведения клинических исследований. В докладе были представлены обучающие программы по общей хирургии и онкоортопедии, химиотерапии сарком, стереотактической лучевой терапии, патоморфологии сарком. За прошедший год на различных клинических базах EESG проведено обучение более 100 специалистов.

Отдельно был представлен протокол мультицентрового клинического исследования II фазы изучения эффективности дозоинтенсивного высокодозного режима ифосфамида в комбинации с доксорубицином в качестве комбинированного лечения больных с операбельными саркомами мягких тканей (EESG 001-HD-AI). Протокол проходит в онкологических клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Иркутска, Барнаула. На сентябрь 2010 г. были включены 18 пациентов. Второе научное исследование Группы посвящено изучению эффективности трабектедина в качестве 2-й линии в лечении больных диссеминированными CMT с наличием специфических транслокаций (EESG-002-TRS-YON). В исследовании будет проводиться анализ транслокаций CHOP, SYT, EWS1, p53 и анализ уровня экспрессии BRCA1, RAD51, ERCC1, XPG, MDR1, LancL2, NFκappaB, HSF1. Третий протокол, планируемый к проведению в рамках Группы, посвящен изучению эффективности изолированной перфузии конечности с использованием мелфалана и TNF у больных местнораспространенными CMT и меланомой (EESG-003-ILP-TNF-MEL).

В заключении доклада было уделено внимание работе экспертного совета Восточно-Европейской Группы по Изучению Сарком, который собирается дважды в год, проводит планирование активности Группы на следующий год, анализирует отчеты по проведенной работе за прошедшее полугодие и занимается разработкой научной стратегии Группы.

Профессор В.В. Тепляков представил доклад группы авторов, посвященный реконструктивно-пластическим операциям в онкологической ортопедии. Доклад обоб-



Профессор В.В. Тепляков

щает пятилетний опыт работы отделения онкологической ортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена МЗСР РФ; в период с 2005 по 2010 г. в отделении было выполнено 1184 вмешательства по поводу опухолевого поражения опорно-двигательного аппарата. Реконструктивный и реконструктивно-пластический компонент присутствовал в 805 (68%) операциях. Все операции были разделены на две большие группы: паллиативные (n=365) и радикальные (n=440). В докладе была представлена характеристика группы пациентов, которым выполнялись радикальные вмешательства; так, выраженный местно-распространенный опухолевый процесс наблюдался в 30% случаев, продолженный рост или рецидивные опухоли — в 20%, предшествующая химиотерапия, лучевая терапия проводилась 40% больных, и лучевые повреждения тканей в зоне операции в виде фиброзов и лучевых язв были у 10%. Рецидивы или продолженный рост опухоли в зоне оперативного вмешательства были у 56 (13%) пациентов. Радикальные операции (R0) были выполнены 410 (93%) больным; микроскопически определяемые опухолевые клетки в краях резекции (R1) наблюдались в 26 (6%) случаях; макроскопически определяемые опухолевые клетки в краях резекции (R2) были у 4 (1%) пациентов. Доклад был хорошо иллюстрирован клиническими примерами, на которых подробно разбирались оперативные вмешательства и реконструктивные этапы при опухолях костей и мягких тканей туловища, конечностей, позвоночника, таза. В заключение профессор В.В. Тепляков отметил, что реконструктивно-пластический компонент востребован у 68% пациентов с онкоортопедической патологией, что позволяет выполнить радикальное удаление опухоли у 93% больных. Осложнения при выполнении оперативных вмешательств по представленным методикам не превышают 10%. Хорошие и отличные функциональные результаты для конечностей получены у 70% больных, а рецидивы и продолженный рост были у 13% пациентов.

Восточно-Европейская Группа по Изучению Сарком планирует и в дальнейшем принимать активное участие в работе Российского онкологического конгресса как в наиболее значимом событии в отечественной онкологии. За время работы Конгресса более 300 человек прошли анкетирование на стенде Группы, приняли участие в работе секции более 600 участников конгресса, что показало большой интерес к работе секции по изучению сарком не только врачей, занимающихся данной проблемой, но и онкологов других специальностей.

Е.А. Сушенцов



Работа секции по изучению сарком