

XV РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

15–17 ноября 2011 года в Москве прошел XV Российский онкологический конгресс, в работе конгресса приняла участие и Восточно-Европейская Группа по Изучению Сарком. В рамках работы конгресса 16 ноября прошло заседание секции по изучению сарком костей и мягких тканей.

пациентов. Также в представленном докладе был обозначен круг проблем диагностики и лечения сарком. Так, медицинские проблемы обусловлены плохой выявляемостью, неадекватной диагностикой, отсутствием онкологической настороженности у врачей общего профиля, оказанием медицинской помощи непрофильными стационарами, несоблю-



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

С вступительным докладом «Эпидемиология сарком в Российской Федерации» выступил академик РАМН М.Д. Алиев. В докладе были представлены данные исследования, направленного на изучение эпидемиологии сарком костей и мягких тканей на территории Российской Федерации; необходимо отметить, что подобное исследование проводилось впервые. Полученные данные показали, что заболеваемость саркомами костей в России составляет 1,03 случая на 100 тыс. населения, смертность — 0,78 случая на 100 тыс., заболеваемость и смертность при саркомах мягких тканей составляют 1,81 и 1,49 случая на 100 тыс. населения соответственно. Проведенное исследование выявило ряд недостатков существующей системы регистрации пациентов с саркомами костей и мягких тканей. Разработанные Восточно-Европейской Группой по Изучению Сарком и НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН регистры сарком обеспечат более четкий анализ данной группы

дением стандартов и протоколов лечения сарком, ампутированной хирургией и отсутствием реабилитации онкоортопедических больных. В связи с описанными проблемами были предложены следующие рекомендации: лечение сарком костей и мягких тканей должно быть комбинированным; лечение должно выполняться в специализированных научных центрах; необходима сертификация специалистов по лечению сарком; необходима техническая оснащенность центров высокотехнологическим оборудованием; необходим поток профильных больных в специализированных стационарах.

Профессор С. Чаула выступил с докладом «Молекулярно-генетические подходы к дифференцированному лечению сарком». В начале доклада была представлена эволюция комбинированных подходов в лечении сарком: так, с 1970-х гг. удалось снизить количество калечащих операций с 50 до 5%, 5-летняя выживаемость при остеосаркоме за этот период увеличилась с 15% до более чем 50%, при саркоме



Профессор С. Чаула

Юинга — с 10% до более чем 75%. Была отмечена на примере лечения рака молочной железы и сарком мягких тканей существующая разница в лечении рака и сарком. Так, заболеваемость в США раком молочной железы составляет 200 тыс. случаев в год, а саркомами мягких тканей — 10 тыс. Гистологических подтипов сарком мягких тканей существует более 50, значительные различия в выборе эффективных препаратов для лекарственного лечения. Далее в докладе профессор более подробно остановился на молекулярно-генетических подходах в лечении остеосаркомы, саркомы Юинга, сарком мягких тканей, гигантоклеточной опухоли, были рассмотрены новые лекарственные препараты, вопросы таргетного лечения и иммунотерапии. В заключение было отмечено, что лечение больных саркомами костей и мягких тканей сегодня достигло значительных успехов, но открываемые перспективы обещают еще больший успех.

О стратегии лечения первичных опухолей позвоночника с сообщением выступил заведующий отделением вертебральной хирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН д-р мед. наук Э.Р. Мусаев. Было отмечено, что первичные опухоли позвоночника составляют всего 4% и 96% — метастатические, поэтому лечение больных с первичными опухолями не стандартизовано и требует мультидисциплинарного подхода в специализированных стационарах. Наиболее часто для стадирования первичных опухолей позвоночника используют онкологическую классификацию Enniking, а для выбора хирургической тактики лечения — классификацию Weinstein-Boriani-Biagini. В зависимости от типа опухоли возможными оперативными вмешательствами на позвоночнике являются вертебрэктомия, радикальная en-bloc резекция и краевая резекция тела позвонка, кюретаж и декомпрессивные операции. При первичных опухолях позвоночника интервал между появлением клинических симптомов до установления диагноза может составлять от 1 нед до более чем 1 года. При этом неврологическая симптоматика проявляется у 91% больных со злокачественными опухолями и у 64% больных с доброкачественными опухолями. Далее в докладе д-р мед. наук Э.Р. Мусаев более подробно остановился на основных морфологи-

ческих единицах первичных опухолей позвоночника, осветил вопросы по выбору тактики лечения. В заключение было отмечено, что необходимо повышение радикальности оперативных вмешательств за счет использования предоперационного планирования, интраоперационной навигации и новых хирургических технологий. Необходимо использование современных возможностей лучевой терапии (IMRT, стереотаксиса), развитие химио- и таргетной терапии в комбинированном лечении высокозлокачественных опухолей позвоночника.

Д-р мед. наук В.А. Соболевский представил доклад о хирургическом лечении первичных и метастатических опухолей грудной стенки. Представленный опыт составил результаты лечения 55 пациентов с опухолями грудной стенки, наиболее часто в исследовании наблюдались больные с хондросаркомой грудины — 19 случаев, в 17 — по поводу остеосаркомы ребер и 8 случаев саркомы Юинга ребер. Было отмечено, что основными задачами при реконструкции дефектов грудной стенки являются: 1) анатомическая — укрытие жизненно-важных органов; 2) функциональная — каркас, герметичность грудной полости; 3) эстетическая — восстановление контуров тела. Показаниями для восстановления жесткого каркаса при удалении опухолей грудной стенки являются: тотальный или субтотальный дефект грудины и дефект после удаления >3 ребер по передней поверхности грудной клетки. Наиболее частым осложнением после операций данным больным является пневмония. В заключение было отмечено, что использование методов реконструктивной хирургии позволяет выполнять радикальные операции больным с местнораспространенными опухолями грудной клетки, при этом оптимальным методом реконструкции является «сэндвич» — проленовая сетка с цементом и дополнительным укрытием «сэндвича» мышечным лоскутом.

Заведующий отделением опухолей опорно-двигательного аппарата МНИОИ им. П.А. Герцена профессор В.В. Тепляков представил доклад о хирургическом лечении метастазов в кости. Было показано, что литическая форма костных метастазов наблюдается в 40% случаев, бластическая — в 10% и смешанная — в 50%. Наиболее часто костные метастазы развиваются в позвоночном столбе, костях таза и ребрах. Факторами, влияющими на прогноз заболевания, являются: агрессивный рост первичной опухоли; короткий безметастатический период; отсутствие рентгенологических признаков репарации костной ткани в области метастаза после проведения специальной терапии; множественность метастазов, особенно в сочетании с поражением висцеральных органов; состоявшийся патологический перелом; большой объем метастатической опухоли; неудовлетворительное общее состояние больного (Карновский $\leq 60\%$); Нв ≥ 75 г/л. Комбини-

рованный подход в лечении больных с метастазами в кости включает в себя лучевое и лекарственное лечение, а также онкоортопедическое пособие, подразделяющееся на «радикальные» и паллиативные оперативные вмешательства. Далее в докладе были более подробно рассмотрены показания, противопоказания и клинические примеры к сегментарным резекциям с эндопротезированием, резекциям костей таза и грудной стенки, вертебрэктомиям, чрезкостному, погружному и на костном остеосинтезу, малоинвазивной хирургии.

Доктор А.Л. Зубарев (Обнинск) сделал сообщение о месте лучевой терапии в лечении сарком мягких тканей. Основными проблемами лечения местнораспространенных сарком мягких тканей (СМТ) высокой степени злокачественности является высокая частота локального рецидивирования (40–60%) и отдаленного метастазирования; не определены стандарты применения лучевой терапии (оптимальные режимы, до или после операции и т. д.); не определены оптимальные методики комбинированного лечения СМТ. Необходимо обязательно помнить, что ЛТ — это один из компонентов комбинированного или мультимодального лечения вместе с полихимиотерапией, операцией и модифицирующими видами воздействия на эти злокачественные опухоли. По видам лучевая терапия при СМТ подразделяется на дистанционную лучевую терапию (предоперационная и послеоперационная) и интраоперационную лучевую терапию: фотонная терапия (электрон-терапия или тормозное излучение высоких энергий (Линейные ускорители) и контактная лучевая терапия (Брахитерапия: Cf-252; Ir-192). Пути повышения эффективности лучевой терапии, по мнению автора, могут быть уменьшение облучаемого объема за счет совершенствования технологии планирования облучения и подведения дозы к опухоли, применение андронной терапии (нейтронная, протонная терапия, ионотерапия), усиление реакций опухолевых тканей на облучение путем применения модификаторов с возможным уменьшением СОД (локальная гипертермия и химиотерапия). В заключение было указано, что лучевая терапия — это обязательный и важный компонент комбинированного лечения высокозлокачественных местнораспространенных сарком мягких тканей. Перспективное применение новых методов (IMRT, IGRT, CyberKnife) ЛТ, андронной терапии, предоперационной термохимиолучевой терапии и интраоперационной ЛТ позволит повысить эффективность радиотерапии и улучшит результаты лечения сарком мягких тканей.

Д-р мед. наук И.В. Булычева выступила с докладом «Первичные злокачественные опухоли костей — современные диагностические молекулярные терапевтические аспекты». Высокая эффективность в постановке правильного морфологического диа-

гноза достигается благодаря взаимодействию нескольких компонентов: прежде всего это детальное знание вопроса, включающее последние достижения молекулярной биологии и генетики, применение отработанных алгоритмов и упрощение информации, логический подход, разумность и практическую доступность сделанных выводов. Диагностика опухолей костей подразумевает командный подход и включает совместные действия нескольких специалистов: хирурга-ортопеда, рентгенолога, патолога и онколога. Благодаря данному подходу и возможностям современного лечения 5-летняя выживаемость при наиболее агрессивных и часто встречающихся опухолях костей, остеосаркоме и саркоме Юинга составляет 70 и 60% соответственно в сравнении с «дохимиотерапевтической эрой», когда выживаемость при низкодифференцированных саркомах составляла 10–20%. Также в работе были представлены основные морфологические и молекулярно-генетические аспекты в диагностике остеосаркомы, хондросаркомы и саркомы Юинга.

С сообщением о применении новых технологий в лечении опухолей мягких тканей и костей в Иркутской области выступил заведующий отделением общей онкологии А.Б. Кожевников. В докладе была представлена эпидемиология сарком в Иркутской



Заведующий отделением общей онкологии ИООД
А.Б. Кожевников

области, диагностический алгоритм обследования, виды органосохранных операций, выполняемых в Иркутском областном онкологическом диспансере. Были приведены клинические примеры лечения больных с саркомами костей и мягких тканей различных локализаций. За время работы отделения с 2005-го по 2011 г. отмечается увеличение количества больных, которым была оказана онкоортопедическая помощь: так, с опухолями костей в 2005 г. был пролечен 31 пациент, а в 2011 — 116, с саркомами мягких тканей 15 и 41 соответственно. В заключение доктор А.Б. Кожевников делает вывод, что больным, страдающим злокачественными опухолями опорно-двигательного аппарата, должна оказываться помощь с учетом нозологической формы и прогноза

заболевания в специализированных отделениях на базе многопрофильных онкологических стационаров, что приведет к улучшению качества и продолжительности жизни.

Э.Р. Сафин сделал сообщение о лечении опухолей опорно-двигательного аппарата в Республике Татарстан. В начале сообщения были представлены эпидемиологические данные: так, заболеваемость саркомами мягких тканей в Республике Татарстан составляет 1,7 на 100 тыс. населения. С 2000 г. было пролечено 220 больных, большая часть из которых получала комбинированное лечение. Было отмечено, что первичные опухоли составили 65,4%, и в 34,6% случаев были рецидивы сарком мягких тканей. 60,8% больным с саркомами мягких тканей было выполнено широкое иссечение опухоли вместе с кожей и подлежащими тканями, в 13,9% случаев были выполнены калечащие операции.

В завершение заседания секции с отчетом о работе Группы по Изучению Сарком выступил А.А. Феденко. Издаваемый Группой журнал «Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи» за период с 2009-го по 2011 г. выпустил 8 номеров, 85 статей, зарегистрирован в списке ВАК под номером 1645; журнал рассылается 260 адресатам в России и странах СНГ.

Разработанная база данных содержит электронные данные больных, включающая более 1300 параметров ввода. В архив базы введены данные по 674 пациентам. В рамках работы Группы проводятся исследовательские протоколы. Протокол мультицентрового клинического исследования II фазы по изучению эффективности дозоинтенсивного высокодозного режима ифосфамида в комбинации с доксорубицином в качестве комбинированного лечения больных с операбельными саркомами мягких тканей. 70 больных включено. Изучение эффективности трабектедина в качестве 2-й линии в лечении больных диссеминированными СМТ с наличием специфических транслокаций. Анализ транслокаций CHOP, SYT, EWS1, p53. Анализ уровня экспрессии BRCA1, RAD51, ERCC1, XPG, MDR1, LancL2, NFkappaB, HSF1. В исследование включены 42 пациента. Проводится изучение эффективности изолированной перфузии конечности с использованием мелфалана и TNF у больных местнораспространенными СМТ и меланомой. Включены 11 пациентов, также EESG получен сертификат на выполнение процедуры с TNF и сертификат аккредитации ЕМЕА на РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН для использования этого препарата.



В зале конгресса