



«Малоинвазивные технологии лечения рака предстательной железы и почки»

из Национального института рака США сравнил возможности аблативных технологий и радикальной простатэктомии (открытой, лапароскопической, робот-ассистированной).

Несколько докладов касались такой технологии лечения РПЖ, как брахитерапия (интерстициальная лучевая терапия). Она зародилась еще в самом начале прошлого века, когда Д. Пасто и П. Дегрэ ввели в предстательную железу (через уретру) радиевые капсулы. Однако прошло почти сто лет, прежде чем такая технология оформилась в самостоятельный и эффективный метод. Брахитерапия для лечения локализованного рака предстательной железы (с применением микроисточников йода-125) впервые в России была освоена и внедрена в практику именно в НИИ урологии (2000 г.). На сегодня здесь выполнено уже более 200 имплантаций. Об опыте, накопленном в институте, рассказывали к.м.н. А.В. СИВКОВ и д.м.н. В.Н. ОЩЕПКОВ. Ими был сделан вывод о том, что брахитерапия в лечении пациентов с низкой степенью риска РПЖ безопасна и эффективна, и следующая задача – оптимизировать метод лечения пациентов с промежуточной и высокой степенью риска возникновения этого заболевания. Криотерапия, или криоабляция, – это новая малоинвазивная технология лечения злокачественных опухолей рака предстательной железы с использованием низких температур. В урологии ее применяют в основном для лечения рака предстательной железы и опухолей почек небольших размеров. Суть метода в том, что в пораженный орган (при раке почки – непосредственно в опухоль) через проколы вводятся специальные криоиглы, по ним под большим давлением (до 300 атмосфер) подается газ. Конструкция иглы позволяет ее кончику охлаждаться до температуры минус 60 °С, что приводит к

заморозке злокачественной опухоли и гибели раковых клеток. Процедура охлаждения длится около 10 минут, а затем хирург подает гелий, нагревающий иглу (для достижения эффекта процедура повторяется 2–3 раза). Очевидным преимуществом этой технологии является то, что здоровые клетки ткани не повреждаются, так как по границе опухоли вводятся иглы с микротемпературными датчиками – при понижении температуры ниже допустимого уровня заморозка приостанавливается. Криоабляция не подразумевает никакого разреза (лишь проколы на коже), процедура рассчитана на 1–1,5 часа и проводится под местной анестезией. Через 1–2 суток пациента можно выписывать домой, а через 10–15 дней он уже выходит на работу. С начала 2010 г. подобные операции начали выполняться в НИИ урологии. Своими достижениями в области криоабляции поделились В. МУРАВЬЕВ (Медицинский колледж Университета Цинциннати, США), к.м.н. А.В. ГОВОРОВ, В.Ю. ИВАНОВ (кафедра урологии МГМСУ, Москва). Проблеме пациентов, связанным с применением новых технологий, качеству их жизни были посвящены доклады: «Варианты отведения мочи после малоинвазивных технологий» А.Д. КАПРИНА (ГКБ № 20, Москва), «Недержание мочи и СНМП у больных после лечения РПЖ» к.м.н. В.В. РОМИХ (НИИ урологии, Москва), «Эректильная функция у больных раком предстательной железы» к.м.н. Е.А. ЕФРЕМОВА (НИИ урологии, Москва).

НИИ урологии активно развивает свой отдел телемедицины. На конференции была организована трансляция операций, демонстрирующих возможности малоинвазивных, аблативных технологий: брахитерапии, HIFU-терапии рака предстатель-



*Профессор
В.И. Чиссов*

ной железы, криоабляции рака предстательной железы и опухоли почки.

Второй день в основном был посвящен диагностике и малоинвазивным технологиям лечения рака почки. Особое внимание было уделено докладам о методах визуализации в диагностике и мониторинге опухолей почки, робот-ассистированной резекции почки, заслушаны мнения за и против биопсии почки. Не осталась не затронутой и проблема применения лекарственных средств при использовании малоинвазивных технологий – о неoadъювантной и адъювантной гормональной терапии рассказали И.Г. РУСАКОВ (НИИ онкологии им. Герцена, Москва, А.А. ЖЕРНОВ (НИИ урологии, Москва); о таргетной терапии рака почки и ее второй линии у больных с метастатическим раком почки – А.З. ВИНАРОВ (Первый МГМУ, Москва) и И.Г. Русаков (НИИ онкологии им. Герцена, Москва). С новыми лекарственными средствами участники конференции могли познакомиться на выставке, организованной в рамках конференции. ☺

Подготовила Н. Михайлова



Вопросы лекарственной терапии в онкологии

11–15 апреля в рамках XVIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» прошло заседание школы «Онкология» для практикующих врачей, которое было посвящено 50-летию клинической химиотерапии в России.

*Профессор
В.А. Горбунова*

Открыла заседание профессор В.А. ГОРБУНОВА (д.м.н., зав. отделением химиотерапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН). Она отметила несколько аспектов развития онкологии, и прежде всего значительное расширение возможностей химиотерапии. Это связано с целым рядом обстоятельств, важнейшее из которых –

достижения теоретической медицины, развивавшей в течение последних 2–3 десятилетий подходы таргетной, или целенаправленной, терапии. Сегодня многие таргетные препараты вошли в клинические исследования, а некоторые – в клиническую практику, расширив возможности онкологов в лечении отдельных форм опухолей.

Основная тема школы «Онкология» была посвящена вопросам лекарственной терапии в онкологии. Особенно это касается сарком мягких тканей, при которых до последнего времени химиотерапия была практически неэффективной. Но в последние годы выявлены возможности использования старых, уже хорошо известных препаратов – связаны они с модификациями дозовых режимов. И главное, выявлен совершенно новый подход – дифференцированный, – который зависит от морфологического строения опухоли. Современный врач при назначении химиотерапии должен учитывать ее иммунохимические исследования, цитогенетические особенности.

Лечение опухолей сегодня не только дифференцированное, но и комбинированное, дающее возможность использования различных методов лечения: оперативное, лучевая терапия, хими-

отерапия. Лекторы рассказывали об этих методах и подходах, о последних исследованиях, проводимых в онкологии.

Современные возможности лечения сарком мягких тканей

С этой сложной темы, отраженной в докладе В.А. Горбуновой, начался первый день работы онкологов. Саркомы мягких тканей (СМТ) – сравнительно редко встречающаяся группа опухолей. К сожалению, в специализированные онкологические учреждения около 87% больных поступают уже с далеко зашедшим опухолевым процессом. Поэтому крайне важна своевременная диагностика сарком. Тем более что за счет сочетания различных методов обследования – УЗИ, СКТ, МРТ – гистологическая верификация опухоли с иммуногистохимическим исследованием современными специалистами проводится неплохо.

СМТ – опасное заболевание, при неправильном лечении которого около половины пациентов погибают от его прогрессирования. Основным методом лечения остается хирургический. Широкие органосохраняющие резекции с пред- и/или послеоперационной лучевой терапией показывают хорошие отдаленные результаты. Но, оказывается, и у хирургов есть масса вопросов, требующих решения. Ими с собравшимися поделился Б.Ю. БОХЯН (к.м.н., старший научный сотрудник отделения общей онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН). К примеру, развитие локального рецидива СМТ зависит не только от

