

Юбилейный конгресс Европейской ассоциации урологов

20–24 марта 2015 г., Мадрид

В Мадриде, столице Испании, с 20 по 24 марта 2015 г. проходил 30-й, юбилейный конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU). Как и в прошлые годы, форум является наиболее значимым научным событием в Европе в области урологии, поскольку собирает делегатов из многих стран мира, в его лекционных залах обсуждают самую актуальную информацию, новейшие разработки и достижения в урологии, андрологии и онкоурологии. Ниже будут освещены некоторые вопросы онкоурологии, обсуждавшиеся на прошедшем урологическом форуме.

M. Sun и его коллеги продемонстрировали результаты ретроспективного исследования по сравнению результатов радикальной цистэктомии (РЦЭ) и органосохраняющего метода лечения (трансуретральная резекция + химиолучевая терапия). В анализ были включены данные 4168 больных. Оказалось, что РЦЭ ассоциирована с улучшением показателей выживаемости (как общей, так и опухолевоспецифической), но только в группе локализованного рака (pT2N0), в то время как при местно-распространенных формах преимуществ радикального хирургического вмешательства не продемонстрировано.

Преимущества неoadъювантной химиотерапии (ХТ) перед цистэктомией при инвазивном раке мочевого пузыря (РМП) подтверждаются рядом исследований. Однако противники данного подхода говорят о пагубном влиянии отсрочки радикального хирургического вмешательства. Многоцентровое ретроспективное исследование 971 пациента, представленное E. N. Xylinas и соавт., продемонстрировало безопасность проведения неoadъювантной ХТ. Интервал между постановкой диагноза и радикальным хирургическим вмешательством не оказывает влияния на общую выживаемость (ОВ) пациентов с мышечно-инвазивным РМП, при проведении неoadъювантной полихимиотерапии (ПХТ).

Целесообразность проведения адъювантной терапии после выполнения РЦЭ при инвазивном РМП остается спорным вопросом, поскольку согласно данным метаанализа рандомизированных исследований 2013 г. (Leow и соавт.), преимуществ в выживаемости не продемонстрировано ($p = 0,06$). На прошедшем конгрессе проф. Cora Sternberg представила результаты рандомизированного исследования III фазы EORTC 30994 по сравнению результатов немедленной и отсроченной ХТ после выполнения РЦЭ. В исследование включались пациенты со стадией pT3–pT4 и/или N+M0. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-й в течение 90 дней после выполнения хирургиче-

ского вмешательства проводили 4 курса ХТ GC или M+VAC; 2) во 2-й группе ХТ начинали при развитии рецидива/прогрессирования заболевания. Медиана наблюдения — 7,2 года. В 1-й группе время от операции до начала ХТ составило 76,5 дня, в группе отсроченного лечения — 246 дней. Согласно данным исследования при применении немедленной (адъювантной) ХТ выживаемость без прогрессирования в течение 5 лет составила 47,6 % против 31,8 % в группе отсроченного лечения ($p < 0,0001$). Что касается ОВ, то применение немедленной ХТ было ассоциировано с уменьшением риска смерти на 22,2 %, однако различия оказались статистически недостоверными ($p = 0,13$). При проведении подгруппового анализа отмечено, что достоверное преимущество в ОВ имели пациенты с «отрицательными» лимфатическими узлами (ЛУ) после хирургического лечения (pN0) — 5-летняя ОВ составила 79,5 % (при проведении адъювантной ПХТ) против 59,0 % (без проведения адъювантной ПХТ) ($p = 0,012$). В группе больных с наличием метастатического поражения ЛУ показатели ОВ в группе немедленной и отсроченной ХТ не различались (42,7 % против 42,9 %, $p = 0,72$).

Что касается новых лекарственных препаратов, 2 агента MPDL3280A (anti-PD-L1) и Pembrolizumab (anti-PD-1) продемонстрировали клиническую активность при метастатическом РМП.

Были представлены обновленные результаты исследования ERSPC при медиане наблюдения 14,5 года. По сравнению с данными наблюдения при медиане 12,8 года, представленными в 2013 г., отмечается снижение относительного риска смерти от рака предстательной железы (РПЖ) с 20 до 17,2 %. Высокую смертность от РПЖ авторы объясняют поздним началом скрининга (50 % мужчин, включенных в исследование, были старше 60 лет) и неоптимальным алгоритмом скрининга (так, 33 % пациентов с показателем простатспецифического антигена (ПСА) 3–4 нг/мл не были подвергнуты биопсии). Исследователи высказали предположение, что более раннее начало ПСА-скрининга может увеличить влияние на опухолевоспецифическую смертность.

J. P. Radtke и соавт. оценили целесообразность выполнения МРТ перед биопсией предстательной железы, изучив результаты 859 пациентов, включенных в проспективное исследование. Согласно данным авторов подобный подход достоверно увеличивает шанс выявления клинически значимого рака в передней и переходной зонах железы. Кроме того, использование PIRADS score является достоверным предиктором

выявления клинически значимой опухоли как в передней, так и в переходной зонах простаты.

R. Godtmen и соавт. продемонстрировали отдаленные результаты популяционного исследования пациентов, оставленных под активным наблюдением после подтверждения диагноза РПЖ. В исследование, начатое в 1995 г., были включены 10 000 мужчин. РПЖ был выявлен у 1051 пациента, 44,5 % из которых были оставлены под активным наблюдением. Больные стратифицированы по группам риска следующим образом: группа очень низкого риска — 51 %, низкого риска — 27 %, промежуточного риска — 21 %, высокого риска — 1,3 %. В общей когорте больных показатели безрецидивной выживаемости в течение 10 и 15 лет составили 89 и 73 % соответственно. При медиане наблюдения 8 лет 43 % мужчин были сняты с режима активного наблюдения и подверглись лечению. Время активного наблюдения 1,1–13,4 года. Таким образом, исследователи делают вывод о том, что пациенты должны быть информированы о безопасности такого метода лечения, как активное наблюдение.

Доклад М.И. Волковой был посвящен сравнению результатов кардиоспецифической выживаемости у больных с локализованным почечно-клеточным раком (ПКР), подвергнутых резекции почки или нефрэктомии. Показатели опухолевоспецифической выживаемости у больных с локализованным раком почки высоки, достигают 95–98 % в течение 10 лет. Основной причиной смерти больных данной группы являются сердечно-сосудистные заболевания. Хроническая почечная недостаточность — фактор риска развития фатальных осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Теоретически выполнение органосохраняющего лечения должно препятствовать развитию почечной недостаточности, тем самым улучшать показатели кардиоспецифической выживаемости. Были проанализированы результаты лечения 453 пациентов, половине из которых была выполнена резекция почки, другой части — нефрэктомия. Медиана наблюдения составила 50 мес. Вопреки предположениям выполнение резекции почки не было ассоциировано с улучшением показателей кардиоспецифической выживаемости.

Результаты российского исследования были подтверждены данными итальянских коллег. U. Capitanio и соавт. представили данные европейского многоцентрового ретроспективного исследования, включившего данные 1189 пациентов. Медиана наблюдения составила 10 лет. Авторами показано, что выполнение резекции

почки ассоциировано с улучшением функциональных результатов. Хроническая почечная недостаточность после нефрэктомии развивалась достоверно чаще. Однако отдаленные показатели выживаемости, в том числе кардиоспецифической, достоверно не различались в группах резекции почки и нефрэктомии.

Чрезвычайный интерес вызвал доклад президента Российского общества онкоурологов профессора В.Б. Матвеева, посвященный возможностям и результатам лечения местно-распространенного рака почки, в том числе при развитии опухолевой инвазии нижней полой вены (НПВ). Как известно, пациенты с опухолевым тромбозом НПВ составляют одну из самых сложных категорий больных. У части из них опухолевые тромботические массы достигают камер сердца (правого предсердия и правого желудочка), в таком случае хирургическое вмешательство сопряжено с большим количеством интра- и периоперационных осложнений. В докладе В.Б. Матвеева был представлен опыт возглавляемого им отделения онкоурологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (РОНЦ). Следует отметить, что данная клиника имеет одну из крупнейших в мире серий наблюдений пациентов с подобной патологией. Особенно европейских коллег заинтересовал трансдиафрагмальный хирургический доступ к интраперикардальному отделу НПВ и правому предсердию, разработанный акад. М.И. Давыдовым. Проявленный интерес объясняется тем фактом, что в Европе такие больные оперируются с применением аппаратов искусственного кровообращения (АИК), что сопряжено со значительным количеством осложнений, обусловленных как сложностью самого оперативного пособия, так и последствиями применения АИК. Применение доступа по М.И. Давыдову позволяет избежать значительного количества осложнений. Европейские коллеги согласились и поддержали докладчика в его заключении о том, что лечение данной когорты больных должно осуществляться в высокоспециализированных клинических центрах, поскольку только в клиниках, обладающих большим опытом подобных операций, удастся добиться оптимальных результатов в лечении этой тяжелой патологии.

В целом следует отметить, что год от года онкологические аспекты занимают все больше и больше места в программах урологических конференций как в России, так и в Европе.

Материал подготовил В. Черняев