

© И.В. Александров, В.П. Зипунников, 2018
УДК 616.6(063)(470.45
DOI 10.21886/2308-6424-2018-6-3-77-79
ISSN 2308-6424

Отчёт о конференции Российского общества онкоурологов в г. Волгограде в 2018 году

И.В. Александров^{1,2}, В.П. Зипунников^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
Волгоград, Россия

²ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»; Волжский, Россия

В статье представлен отчёт о конференции Российского общества онкоурологов по Южному и Северокавказскому федеральным округам «Новые тенденции в лечении онкоурологических заболеваний», прошедшей в Волгограде 7 сентября 2018 г.

Ключевые слова: Российское общество онкоурологов; онкоурология; Волгоград

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 09.09.2018. **Принята к публикации:** 17.09.2018.

Автор для связи: Александров Илья Вячеславович; тел.: +7 (909) 394-43-83; e-mail: argenza@mail.ru

Для цитирования: Александров И.В., Зипунников В.П. Отчёт о конференции Российского общества онкоурологов в г. Волгограде в 2018 году. *Вестник урологии*. 2018;6(3):77-79. DOI: 10.21886/2308-6424-2017-6-3-77-79

Report on the conference of the Russian association of oncological urology in Volgograd in 2018

I.V. Aleksandrov^{1,2}, V.P. Zipunnikov^{1,2}

¹Volgograd State Medical University; Volgograd, Russian Federation

²Volgograd Regional Center of Urology and Nephrology; Volzhsky, Russian Federation

The article presents a report on the conference of the Russian Society of Oncological urology in the South and North Caucasus Federal Districts «New Trends in the Treatment of Oncological Diseases», which was held in Volgograd on September 7, 2018.

Key words: Russian Society of Oncological urology; oncurology; Volgograd

Disclosure: The study did not have sponsorship. The authors have declared no conflicts of interest.

Received: 09.09.2018. **Accepted:** 17.09.2018

For correspondence: Aleksandrov Ilya Vyacheslavovich; tel.: +7 (909) 394-43-83; e-mail: argenza@mail.ru

For citation: Aleksandrov I.V., Zipunnikov V.P. Report on the conference of the Russian association of oncological urology in Volgograd in 2018. *Urology Herald*. 2018;6(3):77-79. (In Russ.). DOI:10.21886/2306-6424-2018-6-3-73-79

7 сентября 2018 г. в г. Волгограде состоялась конференция Российского общества онкоурологов по Южному и Северокавказскому федеральным округам «Новые тенденции в лечении

онкоурологических заболеваний», в работе которой приняли участие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Волгограда и многих других городов.

Профессор Урологической клиники медицинского университета г. Вена (Австрия) А. Bachmann в своём докладе, посвящённом применению фокальных методов лечения локализованного рака простаты, привёл их преимущества: небольшое количество хирургических осложнений, возможность проведения дополнительного лечения. Однако, как указал докладчик, необходимо помнить о недостаточном количестве наблюдений и необходимости проведения дополнительных биопсий простаты в ходе наблюдения за пациентом через 6 и 12 мес. после проведенного лечения. Кроме того, он отметил риски неточного стадирования.

В своем выступлении проф. С.Б. Петров (г. Санкт-Петербург) сообщил о возможностях спасительной лимфодиссекции у пациентов с рецидивом рака предстательной железы после проведенного радикального лечения. Учитывая, что риск развития биохимического рецидива составляет более 30 %, сальважная лимфодиссекция может оказаться методом выбора при дальнейшем лечении. Однако необходимо выполнять тщательный отбор пациентов, которым данная процедура может улучшить выживаемость, это пациенты с уровнем простат-специфического антигена (ПСА) менее 4 нг\мл., временем удвоения ПСА более 1 года, тремя и менее видимыми лимфатическими узлами, отсутствием метастазов в ретроперитонеальные лимфатические узлы.

Доклад проф. Б.Я. Алексеева (г. Москва) был посвящен гормонотерапии у пациентов с раком предстательной железы высокого риска, к которым относятся пациенты с уровнем ПСА более 20 нг\мл., стадией заболевания T2c и более, уровнем дифференцировки опухоли более 7 по шкале Глисон. По мнению докладчика, неоадьювантная гормональная терапия (ГТ) в течении 6 месяцев у пациентов высокого риска перед лучевой терапией (ЛТ) приводит к увеличению опухолево-специфической выживаемости, при этом проведенные исследования не отмечают увеличения частоты сердечно-сосудистых осложнений. Адьювантная ГТ приводит к увеличению общей и опухолево-специфической выживаемости у пациентов с метастатическим поражением лимфатических узлов. Длительная гормональная терапия после ЛТ сопровождается достоверным увеличением общей выживаемости.

Виды терапии метастатического кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы стали предметом следующего выступления проф. Б.Я. Алексеева, была продемонстрирована эффективность ингибиторов CYP17. Энзалутамид предпочтителен при наличии сердечно-сосудистых заболеваний, метаболическом синдроме, при приёме препарата отсутствует необходимость применения стероидов в отличие от абиратерона. Выбор доцетаксела в качестве 1-й линии терапии может быть продиктован коротким периодом эффективной андроген-депривационной терапии, наличием висцеральных метастазов, или выраженным болевым синдромом. Тем не менее выбор лекарственной терапии при метастатическом кастрат-резистентном раке предстательной железы (мКРРПЖ)

зависит от характеристик заболевания и пациента, а также предшествующего лечения.

У больных раком простаты достаточно часто наблюдаются выраженные симптомы нижних мочевых путей, обусловленные увеличенной предстательной железой и не поддающиеся консервативной терапии. В своей презентации Е.Н. Болгов (г. Ставрополь) представил результаты выполнения гольмиевой энуклеации гиперплазии простаты при раке простаты. Обязательным условием выполнения энуклеации является отсутствие показаний или возможности выполнения радикальной простатэктомии, при этом операция может выполняться у пациентов с раком предстательной железы (РПЖ) низкого риска прогрессирования или при стабилизации опухолевого роста РПЖ промежуточного (высокого) риска. Прогностическим показателем считается скорость снижения уровня ПСА на фоне антиандрогенной терапии. Преимуществами гольмиевой энуклеации простаты являются отсутствие ожога тканей, минимальная кровопотеря, отсутствие ТУР-синдрома.

Доктор М. Orlovsky из клиники г. Леверкузен (Германия) рассказал о новых методах инстилляционной терапии поверхностного рака мочевого пузыря. Применение гипертермической внутривезикулярной химиотерапии позволяет добиться многообещающих результатов в лечении неинвазивного рака мочевого пузыря, тем не менее необходимо большее количество наблюдений для того, чтобы внедрять этот метод лечения в широкую практику.

Опытом выполнения лапароскопической резекции почки поделился С.Н. Димитриади из Ростовского НИИ онкологии Минздрава России. С целью предупреждения острого повреждения почечной функции в послеоперационном периоде операция выполнялась в условиях сохраненного кровотока. Основной проблемой выполнения резекции почки в этом случае является отсутствие точной визуализации границ опухоли из-за кровотечения. Кроме того, было отмечено что кровопотеря более 500 мл., может являться фактором риска развития почечной недостаточности. Одним из методов сокращения периода тепловой ишемии является снятие сосудистого зажима с почечной артерии после резекции почки, ушивание дефекта паренхимы и гемостаз ложа опухоли производится в условиях кровотока.

Клинику урологии “Краевой клинической больницы №1 им. Проф. С.В. Очаповского” представил доклад проф. Михайлова И.В. о возможности эндоскопического лечения уротелиального рака верхних мочевых путей. На основании собственного клинического опыта авторы делают выводы о том, что органосохраняющее лечение возможно только у пациентов с опухолями низкого риска, стандартом лечения является нефруретерэктомия. Применение инстилляций митомицина снижает риск рецидивов опухоли в мочевом пузыре.

Возможности выполнения комбинированных операций при местно-распространенных опухолях органов малого таза и забрюшинного пространства

были продемонстрированы в выступлении д.м.н. В.И. Широкограда (г. Москва). Учитывая, что лучевая и химиотерапия не являются излечивающими методами при опухолях органов малого таза, единственным способом радикального лечения является хирургический, сообщает автор, на основании собственного опыта выполнения более 300 операций. В случае выполнения эвисцераций с удалением мышц промежности автор рекомендует формирование сухих или влажных стом на передней брюшной стенке. При сохранении мышц промежности предпочтение должно отдаваться ортотопическим резервуарам с сохранением собственного мочеиспускания.

Профессор М.И. Коган поделился со слушателями опытом выполнения около 400 радикальных цистэктомии, выполненных на базе клиники Ростовского государственного медицинского университета. На основании обширного клинического материала были подробно описаны результаты оперативного лечения рака мочевого пузыря и возникавшие в ходе лечения осложнения. В конце доклада профессор М.И. Коган отметил прямую зависимость между стадией заболевания и риском развития осложнений. Кроме того, летальность по мнению докладчика не зависит от возраста пациента, но имеется связь между тяжестью ос-

ложнений по Clavien и выживаемостью. Радикальная цистэктомия является в настоящее время сложнейшей операцией и ключом к успеху является тщательный отбор пациентов заключил проф. М.И. Коган.

Заведующий онкоурологическим отделением Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера М.Х. Гебенев представил клинический случай лапароскопической резекции почек при синхронном опухолевом поражении.

В заключении конгресса выступил главный врач ГБУЗ «Волгоградского уронефрологического центра» проф. Д.В. Перлин. В своём докладе автор рассказал о применении лапароскопии при лечении левосторонних опухолей почки, осложнённых опухолевым тромбозом нижней полой вены (НПВ). Операция начинается в положении пациента на левом боку, выделяется НПВ и берётся на сосудистые держалки, далее выполняется пересечение левой почечной вены и артерии, рассекается стенка НПВ и выполняется тромбэктомия. После ушивания дефекта вены пациент переводится в положение на правом боку и выполняется нефрэктомия. Таким образом, тактика выполнения левосторонней нефрэктомии с тромбэктомией из нижней полой вены не должна отличаться от выполнения операции при опухолях правой почки.

Сведения об авторах

Александров Илья Вячеславович – к.м.н., доцент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, заместитель главного врача ГБУЗ Волгоградского областного уронефрологического центра
e-mail; argenza@mail.ru

Зипунников Василий Петрович – ассистент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, врач-уролог Волгоградского областного уронефрологического центра
ORCID iD 0000-0003-0980-4534
e-mail: vzipunnikov@yandex.ru

Information about the authors

Iliia V. Aleksandrov – M.D., Ph.D. doctoral candidate (M); Associated Professor of the Department of Urology, Nephrology and Transplantology, Faculty for Postgraduate Training of Healthcare Workers, Volgograd State Medical University
e-mail; argenza@mail.ru

Vasiliy P. Zipunnikov – M.D.; Assistant of the Department of Urology, Nephrology and Transplantology, Faculty for Postgraduate Training of Healthcare Workers, Volgograd State Medical University
ORCID iD 0000-0003-0980-4534
e-mail: vzipunnikov@yandex.ru