



# ВЕСТНИК

Московского  
Онкологического  
Общества

**ПАЦИЕНТЫ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ  
НЕ ЯВЛЯЮТСЯ «ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ».  
БОЛЕЕ 30% ИЗ НИХ ПЕРЕЖИВАЮТ 5-ЛЕТНИЙ СРОК  
ПОСЛЕ СОВРЕМЕННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ  
(Конспект материалов заседания)**

**Интернет:** [www.ronc.ru](http://www.ronc.ru) // [www.oncology.ru](http://www.oncology.ru) // [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) // [www.oncodome.narod.ru](http://www.oncodome.narod.ru)

**№ 3** ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА. ИЗДАЕТСЯ С 1994 г. **2013**  
**(596)** ОБЩЕСТВО ОСНОВАНО В 1954 г. **МАРТ**

ЗАСЕДАНИЕ № 596

СОСТОИТСЯ В ЧЕТВЕРГ, **28** МАРТА 2013 г., в 17.00

В КОНФЕРЕНЦ-ЗАЛЕ КЛИНИКИ РОССИЙСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА им. Н.Н.БЛОХИНА

**Президиум:**

академик РАН, проф. М.Р.Личиницер, проф. Ю.И.Патютко, д.м.н. Д.Л.Строяковский, проф. Ю.А.Барсуков

**ПОВЕСТКА ДНЯ:**

## ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

**Доклад:** СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Доброва Н.В., Сагайдак И.В., Черноглазова Е.В., Вышинская Г.В., Мазуренко Н.Н., Вишневская Я.В.  
(РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

**Доклад:**

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Строяковский Д.Л.,  
(Московская онкологическая больница № 62)

**Дискуссия, прения:**

- **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ.** – Патютко Ю.И., Подлужный Д.В., Поляков А.Н. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)
- **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ.** – Аллахвердиев А.К., Давыдов М.М. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)
- **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ** – Алиев В.Э., с соавт. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)



**ОБЗОР СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

**СОСТОЯНИЕ и ПЕРСПЕКТИВЫ**

**ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Колоректальный рак – третья по частоте злокачественная опухоль (после рака легкого и желудка). В России ежегодно выявляется порядка 50.000 пациентов. Отдаленные метастазы, прежде всего – в печени, выявляются при выборе метода лечения у каждого третьего, а при наблюдении после условно радикальных операций – у каждого второго больного. В 25% случаев поражения печени длительно остаются единственным проявлением заболевания, что обосновывает показания к хирургическим вмешательствам.

В плане комбинированного лечения больных метастатическим КРР резекция печени является оптимальным объемом хирургического вмешательства. По статистике 10-25% больных метастатическим колоректальным раком могут быть оперированы при достаточно низких показателях частоты осложнений и летальности. Химиотерапия, по данным современных рандомизированных исследований – *G.Portier, et al. (2006); B.Nordlinger, et al.(2008)* – улучшает отдаленные результаты лечения.

(Продолжение – см. с. 2.)

**СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Хирургическое удаление радикально (R0) резектабельных метастазов колоректального рака в печень потенциально может привести к излечению больного. По данным литературы показатели 5-летней выживаемости соответствуют 20–45%. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость составила после резекции печени 41,1-26,7%, но повышалась до 51,1-33,5% в группе больных после резекций с адьювантной химиотерапией. Получено достоверное увеличение показателей безрецидивной выживаемости при комбинированном лечении.

**Литература**

- Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. практическая медицина. Москва 2005.
- Laweus D., I. Taylor. Chemotherapy for colorectal cancer – an overview of current managements for surgeons. EJSO, 2005.
- Guillaume Portier, Dominique Elias et al. Multicenter Randomized Trial of Adjuvant Fluorouracil and Folinic Acid Compared With Surgery Alone After Resection of Colorectal Liver Metastases. FFCD ACHBTH AURC 9002 Trial. J Clin Oncol, 2006.
- Nordlinger, B. Perioperative chemotherapy with FOLFOX4 and surgery versus surgery alone for resectable liver metastases from colorectal cancer (EORTC Intergroup trial 40983): a randomised controlled trial / B. Nordlinger, H. Sorbye, B. Glimelius et al. // Lancet. – 2008. - Vol.371, N 9617. – P. 1007-1016.
- ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making.

*По материалам Н.В.Добровой, Д.В.Подлужного, А.К.Аллахвердиева, В.А.Алиева .*

**ТРУДЫ**

МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

**Рефераты сообщений:**

**PROCEEDINGS OF THE MOSCOW CANCER SOCIETY (№ #596; March 28, 2013)  
THE TREATMENT STRATEGY FOR METASTATIC COLORECTAL CARCINOMA**

**Report-1** TREATMENT'S STRATEGY FOR METASTATIC COLORECTAL CANCER. THE DATA FROM CURRENT CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH MATERIALS OF INTERNATIONAL CONGRESSES. By Dr. N.Dobrova, et al. (The N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

**Report-2** COMBINED TREATMENT FOR PATIENTS WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER. By Prof. D.Strojakovsky et al. (Moscow City Cancer Hospital N#62)

**Discussion** CURRENT PROBLEMS OF TREATMENT STRATEGY FOR METASTATIC COLORECTAL CARCINOMA. •Surgery for hepatic metastases of colorectal cancer. By Dr. N.Podlujny, et al. • Surgery for pulmonary metastases of colorectal cancer. By Dr. A.Allaxverdiev, et al. • The results of surgical and combined treatment in patients with metastatic colorectal carcinoma. By Dr. V.Aliev, et al. (The materials for discussion are presented by the stuff of the N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center).

**Доклад: СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ**

**Доброва Н.В.,** Сагайдак И.В., Черноглазова Е.В., Вышинская Г.В., Мазуренко Н.Н., Вишневецкая Я.В.  
(РОНЦ им. Н.Н. Блохина)

При колоректальном раке (КРР) метастазы выявляются у 20-25% больных при установлении диагноза и еще у 20-25% – после удаления первичной опухоли. Современная таргетная и химиотерапия метастатического КРР в сочетании с удалением первичной опухоли, резекцией печени и легких (как наиболее частых локализаций метастазов) позволяют добиться длительной выживаемости и улучшения качества жизни, достигнуть клинического излечения.

В научных исследованиях продолжают изучаться вопросы выбора противоопухолевой терапии, сочетания таргетных и химиопрепаратов, продолжительности и индивидуализации лечения. Сложившиеся представления формулируются следующим образом:

**Принципы лечения при наличии первичной опухоли и потенциально резектабельных метастазов.** Лечебная стратегия должна предусматривать возможность достижения радикализма (выполнения R0 хирургического вмешательства). Стандартом является назначение пред-и послеоперационной химиотерапии (в режиме FOLFOX; продолжительностью 3 мес до и 3 – после операции) Возможно первым этапом удаление первичной опухоли и метастазов, затем послеоперационная адьювантная терапия в режиме FOLFOX в течение 6 месяцев.

**Химиотерапия при резектабельных метастазах в печень.** Современным стандартом является периоперационная химиотерапия в течение 3 мес до операции и 3 – после. Такой подход доказан в исследовании EORTC 40983 для режима FOLFOX в группе больных единичными (до 4) метастазами в печень и нелеченными оксалиплатином. У больных, не ответивших в пределах предшествующих 12 месяцев на адьювантную терапию на основе оксалиплатина, необходимо использовать другой режим (например, FOLFIRI) или сразу выполнить операцию. Больным с благоприятным прогнозом, например, при солитарном (<2 см) метастазом в печень может сразу проводиться операция с последующей химиотерапией в режиме FOLFOX в течение 6 месяцев. После радикальной (R0) резекции без предоперационной химиотерапии назначается адьювантная химиотерапия 5-фторурацилом и оксалиплатином (на 6 мес) либо только 5-фторурацилом в случаях, когда противопоказан оксалиплатин. При прогрессии во время неадьювантной терапии рекомендовано назначать наилучшую терапию «отчаяния». При противопоказаниях к операции или/и сомнениях в резектабельности метастазов применяются методики локальной абляции (РЧА, СТЛТ). **Принципы лечения резектабельных метастазов в легких** аналогичны принципам лечения при резектабельных метастазах в печень.

**При сомнительно резектабельных метастазах** назначается наиболее эффективный индукционный режим (FOLFOX + Pan/Cet, FOLFIRI+ Cet, FOLFOX/XELOX + Bev, FOLFOXIRI, FOLFIRI/XELIRI + Bev)\*/, в зависимости от статуса гена KRAS\*\*/. После достижения эффекта и операции необходимо продолжить тот же режим химиотерапии в течение 6 мес. При отсутствии или недостаточном эффекте (нерезектабельности метастазов) следует продолжить химиотерапию или сменить режим.

**При нерезектабельных метастазах**, в соответствии с задачами паллиативного лечения, следует избегать выполнения инвалидизирующего хирургического вмешательства (заменяя его, например, установкой стента, лазерной абляцией или формированием колостомы). Химио(лучевое) лечение целесообразно лишь с паллиативной целью. Профилактическое удаление первичной опухоли в отсутствие симптомов, при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов остается предметом исследований. При бессимптомной первичной опухоли с метастазами лечение следует начинать с химиотерапии.

**Терапия первой линии** распространенной стадии заболевания. Выбор терапии зависит от распространенности и темпов роста опухоли, способностью больного перенести операцию (с возможностью R0-резекции) и химиотерапию. При невозможности радикальной операции оценивается целесообразность активной терапии в целях надежной и быстрой регрессии метастазов. Выделено четыре клинических группы. К первым двум группам (0 и 1) относятся пациенты с возможностью R0-резекции без химиотерапии (группа 0) и пациенты с потенциально резектабельными метастазами (группа 1). Группы 2 и 3 включают пациентов, цель лечения которых – паллиативная. Больным 2 группы, назначают в первой линии активную терапию в связи с наличием симптомов болезни и/или быстрым ростом опухоли. Пациентам 3 группы лечение начинается с монотерапии или с хорошо переносимой комбинации из двух препаратов.

**Дополнение химиотерапии таргетными препаратами.** Назначение бевацизумаба к режиму IFL (иринотекан, 5-ФУ, лейковорин) увеличивало СЧОЭ на 10%, улучшало продолжительность жизни. Комбинация бевацизумаба с фторпиримидином и оксалиплатином не увеличила частоту ОЭ. Цетуксимаб в комбинации с FOLFIRI/FOLFOX и панитумумаб в комбинации с FOLFOX увеличивали частоту ОЭ, особенно при небольших метастазах в печень, увеличивало общую и безрецидивную продолжительность жизни. Тройные комбинации на основе антител к EGFR имеют преимущество при выборе интенсивной терапии. Цетуксимаб или панитумумаб следует сочетать только с режимами FOLFIRI или FOLFOX.

**Новые таргетные препараты.** Афлиберцепт значительно увеличивает частоту ОЭ, ВБП и ОВ (в комбинации с режимом FOLFIRI для II линии терапии). Эффективность в терапии I линии низкая (исследование AFFIRM). Регорафениб – таргетный препарат двойного действия, действует на VEGFR2 и TIE2; показал значимое улучшение ВБП и ОВ в монотерапии третьей / последней линии vs плацебо. BIBF 1120 и цедираниб – пан-ингибиторы тирозинкиназы VEGFR. Препараты показали сравнимую эффективность и токсичность в комбинации с режимом FOLFOX/бевацизумаб ...

**Терапия второй и последующих линий терапии.** Назначение II линии зависит от ранее использованного режима; иринотекан и оксалиплатин должны заменять в ней друг друга. Однако 5-фторурацил и бевацизумаб могут и должны вновь использоваться. Продолжение лечения бевацизумабом улучшает общую выживаемость. Аналогичны результаты применения 5-фторурацила с оксалиплатином, 5-фторурацила с иринотеканом, а также – результаты их применения в обратной последовательности. Терапия II линии в режиме FOLFOX/бевацизумаб превосходит по показателям СЧОЭ, ВБП и ОВ назначение режима FOLFOX после потери эффекта 5-фторурацила с иринотеканом. Терапия II линии FOLFIRI/афлиберцепт по показателям ЧОЭ, ВБП и ОВ превосходит результаты применения режима FOLFIRI после потери эффективности режима FOLFOX. У рефрактерных больных очень небольшое улучшение дают фторпиримидины и митомицин или реиндукция оксалиплатином (и иринотеканом) как терапия последней линии.

**Таким образом**, при метастатическом колоректальном раке успех лечения определяется сочетанием «агрессивной» радикальной хирургии и современного лекарственного лечения, сочетающего назначение химиотерапии и таргетных препаратов. Интенсивная лекарственная терапия первоначально неоперабельных метастазов приводит к их регрессии, дает возможность последующей радикальной операции. Повышение эффективности лекарственного лечения обуславливается его индивидуализацией, на основе прогнозирования результатов. Оптимальный выбор методов лечения и лекарственных препаратов может улучшить качество жизни, обеспечить длительную выживаемость (клиническое излечение).

\*/ FOLFOX (5-фторурацил, лейковорин, оксалиплатин); FOLFIRI (5-фторурацил, иринотекан, лейковорин);

\*\*/ При наличии мутации KRAS исключается терапия антителами к EGFR. Это имеет значение при назначении первой и последующих линий терапии.

Доклад:

**РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ \*)**

Стряжковский Д.Л. (Московская онкологическая больница № 62)

Современный подход в лечении больных метастатическим колоректальным раком – это комбинированное лечение: операция, по удалению первичной опухоли и, зачастую, метастазов и проведение лекарственной противоопухолевой терапии. У больных с исходно IV стадией рака толстой кишки, при решении вопроса о тактике лечения, если нет признаков кишечной непроходимости, на первом этапе лечения встает вопрос о необходимости проведения операции, по удалению первичной опухоли, или проведения химиотерапии на первом этапе, с последующим удалением первичной опухоли и, иногда, метастазов. В настоящее время, эта проблема не решена. Клинически, можно выделить несколько очевидных групп больных с метастатическим раком толстой кишки:

1. Больные с исходно «агрессивным» течением, множественным метастатическим поражением органов (печени, легких, л/у, брюшины). У этих пациентов, чаще всего отмечается высокий уровень опухолевых маркеров, ЛДГ, низкодифференцированная гистология. Это часто больные, с низким соматическим статусом в дебюте заболевания. В этой клинической ситуации, на современном этапе, невзирая на имеющиеся возможности по лечению, результаты очень плохие. Даже, при активном лечении: химиотерапии (в первую очередь), хирургическом лечении выживаемость пациентов плохая. Даже если удастся добиться стабилизации или частичного ответа опухоли, то обычно, очень быстро наступает рефрактерность к химиотерапии и пациенты быстро переходят в симптоматическую фазу лечения.

2. Пациенты с «умеренным» течением опухолевого заболевания. Чаще всего, метастатическое поражение ограничено одним или двумя органами (напр. печень и легкие), первичная опухоль успевает вырасти до больших размеров, что делает необходимым ее удаление на начальном этапе. В дальнейшем, если проводить химиотерапию, то у этих пациентов отмечается существенная химиочувствительность опухоли, удается уменьшить объем опухолевого поражения и, оправдано проведение метастазэктомий (печень и легкие). При прогрессировании, такие пациенты сохраняют химиочувствительность и удается, нередко, повторно возвращаться к ранее проведенным линиям химиотерапии, вновь и вновь добиваясь ответа на лечение. Тем самым, активное комбинированное лечение, значительно продляет жизнь подобным пациентам. Более того, эффективность химиотерапии, является суррогатом эффективности хирургического лечения: у химиочувствительных пациентов оправдано проведение хирургии и наоборот. Очень важно, вовремя выявить подобных пациентов и, каждый раз, бороться с активизацией болезни.

3. Небольшая, но очень заметная часть больных – пациенты с «вялотекущим» раком толстой кишки, ограниченным метастатическим поражением. Основное лечение в этой группе – хирургия. Операции: удаление первичной опухоли, удаление метастазов, удаление локальных рецидивов, имеет смысл проводить каждый раз, когда болезнь вновь себя клинически проявляет. Роль химиотерапии, в лечении данных пациентов, до конца не ясна. Не исключено, что применение химиотерапии, позволяет удлинить безрецидивные интервалы, но в целом, ее, стоит резервировать для ситуации, когда активная хирургическая тактика не возможна.

В дебюте заболевания, иногда бывает сложно, сразу определить, в какую группу попадает конкретный пациент, тем более, что пока нет каких-либо специфических признаков, которые бы могли помочь выбрать оптимальную тактику. В этой связи, особую роль имеет врачебный консилиум, который позволяет совместно определить наилучшую тактику лечения. Удаление первичной опухоли, при IV стадии колоректального рака оправдано, в дебюте заболевания у большинства пациентов. При этом, имеет смысл выполнять максимально радикальные (на первичной опухоли) операции, что снижает риск местных рецидивов и, при эффективной химиотерапии, позволяет, в будущем использовать максимально активную тактику. Однако, если объем исходного метастатического поражения, значительно превышает объем поражения первичной опухоли (при отсутствии непроходимости), то в этом случае оправдано проведение химиотерапии на первом этапе, затем операции, у химиочувствительных пациентов. Отдельная проблема – рак прямой кишки, где значительно повышается риск наложения колостомы, а также проблема локальных рецидивов. При диссеминированном процессе, имеет смысл начинать лечение с лекарственной терапии, а уже затем оперировать. При этом удаление метастазов (печени и легких), в данном случае чаще оправдано, так как биологически чаще встречаются вялотекущие формы рака при этой локализации. Наилучших результатов, на сегодня, комбинированное лечение достигло при лечении изолированного поражения печени и легких. Эти пациенты (при ограниченном поражении), сегодня, не являются, априори, инкурабельными. Более 30% переживают 5 лет. Активная хирургическая тактика и совершенствование техники операций, позволяют спасти тех пациентов, которые ранее были обречены, из-за объема опухолевого поражения. Химиотерапия, зачастую, в состоянии перевести часть пациентов в операбельное состояние и тем самым, еще больше увеличить шансы больных на длительную ремиссию.

**Таким образом,** для большинства пациентов, с метастатическим колоректальным раком мультидисциплинарный подход является основным, и с учетом морфологии опухоли, клинического течения, объема опухолевого распространения, наличия мутаций KRAS (и BRAF) позволяет выбрать оптимальную тактику лечения. Уже на «подходе», молекулярно-генетическая классификация рака толстой кишки, которая позволит более четко обосновывать тактику лечения и укрепит понимание разнообразия этой болезни.

\*) *Текст публикуется в авторской редакции.*

**Дискуссия, выступления в прениях:****ПРОБЛЕМЫ и ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ****• ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ.**

– Патютко Ю.И., Подлужный Д.В., Поляков А.Н. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

В хирургическом отделении опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ выполнено 527 операций по поводу метастазов рака толстой кишки. В том числе 245 (46,4%) гемигепатэктомий, 72 (13,6%) расширенных гемигепатэктомий, 169 (32,2%) «экономных» резекций, 41 (7,8%) повторная резекция. Резекции печени в 306 (58,1%) случаях производились по поводу метастазов с размером наибольшего очага до 5 см, в 132 (25,0%) – от 5 до 10 см, в остальных 89 случаях (16,9%) размер удаляемых метастазов был более 10 см. Метастазы локализовались в правой доле печени (231; 47,7%), в левой (86; 17,7%); билобарные метастазы диагностированы в 168 (34,6%) наблюдениях. Метастазы в печени выявлены синхронно с первичным очагом у 203 (38,5%) пациентов.

Возраст пациентов составлял от 25 лет до 81 года (в среднем –  $56,3 \pm 10,0$  лет).

Операции выполнены по поводу солитарных метастазов в 49,5%, единичных (2-3 метастаза) – в 26,0%, множественных – в 24,5% случаев; 60% больным выполнены обширные резекции.

С 1997 г. после резекции печени назначалась химиотерапия. В общей сложности её получили 356 больных. В качестве адъювантной терапии 137 пациентам назначен 5-фторурацил и лейковорин, 193 — оксалиплатин, 5-фторурацил и лейковорин (FOLFOX); остальным 26 пациентам лечение проведено по другим схемам. Химиотерапия начиналась через 2–8 недель после операции на печени. Среднее число курсов составило 4,5 (от 1 до 8). Уменьшение длительности лечения было обусловлено токсичностью (n=8), прогрессированием (n=11), отказом от продолжения лечения (n=22).

Осложнения после операций на печени в группе пациентов без предоперационной регионарной химиотерапии выявлены у 166 (31,5%) больных, летальность составила 17 (3,2%). Печеночная недостаточность развилась у 83 (15,7%) пациентов, летальность от этого осложнения составила 7 (1,3%). При сравнении непосредственных результатов экономных и обширных операций необходимо отметить большую частоту осложнений (16 и 36,0%) и летальность (1,8 и 4,4%) после операций большего объема.

Послеоперационные осложнения в группе пациентов с неоадъювантной регионарной химиотерапией наблюдались у 54 (51%) больных. При этом летальность в данной группе (исключительно после обширных резекций) составила 3 (2,8%). Печеночная недостаточность, ведущее по частоте осложнение, отмечена у 39 (37%) пациентов.

Полного лекарственного патоморфоза после предоперационной регионарной химиотерапии не отмечено, однако проведение химиотерапии. Частичная регрессия после химиотерапии (FOLFOX; n=62) составила 10%, дополнение химиотерапии бевацизумабом (FOLFOX+bev; n=44) повышало этот показатель до 46%. В этих группах также отмечено уменьшение частоты прогрессирования заболевания при назначении бевацизумаба (p=0,11).

Сравнение результатов хирургического и комбинированного лечения проведено в группах из 96 и 261 больного. Операции выполнялись в объеме резекции печени, в группе комбинированного лечения оперированным проводилась адъювантная химиотерапия (без предоперационной регионарной химиотерапии).

В группе комбинированного лечения (при отсутствии различий в большинстве прогностических параметров) достоверно чаще (24,9 и 12,5%, p=0,017) выявлялись множественные метастазы в печени.

Анализ результатов показал, что адъювантная химиотерапия улучшает результаты хирургического лечения: 5-летняя выживаемость составила 25,0 и 44,2%; медиана выживаемости – 26 и 53 мес (p<0,0001).

Добавление оксалиплатина к адъювантной химиотерапии улучшило отдаленные результаты комбинированного лечения. Медиана продолжительности жизни в группе FOLFOX не достигнута (против 48 мес в группе FU/LV), пятилетняя выживаемость – 65,4% против 37,1%, (p=0,0055). Напротив, добавление бевацизумаба к предоперационной регионарной химиотерапии по схеме FOLFOX не показало достоверного преимущества такой комбинации (медиана ОВ 32 против 25 мес, p=0,39), хотя увеличило частоту частичных регрессий опухоли с 10 до 46%, (p=0,0001).

**• ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ.**

– Аллахвердиев А.К., Давыдов М.М. (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Метастазы в легкие выявляются у 5-15% пациентов. Показания к хирургическому лечению при метастазах КРР в легкие основываются на рекомендациях National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Они предусматривают: техническую возможность R0 резекции легкого, функциональную переносимость операции, отсутствие рецидива и других метастазов (за исключением резектабельных метастазов в печень).

Опыт торакального отделения насчитывает 83 оперативных вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в легкие. 60 (72,3%) пациентов оперированы из торакотомного доступа, 23 (27,7%) больным выполнена торакоскопическая резекция. После открытых оперативных вмешательств хирургические осложнения составили 8,3%, при летальности 1,7%. После торакоскопических вмешательств осложнения составили 2,3%, летальности не отмечено. Общая 5-летняя выживаемость, время от начала радикального удаления первичной опухоли до конца наблюдения, составила 61,2%; 5-летняя выживаемость пациентов после резекции легких составила 42,5%.

Метаанализ опыта лечения 2925 пациентов КРР с метастазами в легких показал, что 25% из них на первом этапе были оперированы по поводу метастазов в печени. 5-летняя выживаемость составила от 27 до 68%. (Gonzalez M. et al, 2012). Показания к хирургическому лечению легочных метастазов колоректального рака расширяются, что подтверждается вполне благоприятными результатами. Тенденции совершенствования хирургии направлены на уменьшение травматизма, снижение осложнений, достижение лучшего косметического эффекта. В этой связи вопрос хирургического доступа имеет принципиальное значение. Торакоскопические вмешательства справедливо рассматриваются как альтернативу торакотомии в хирургии легочных метастазов колоректального рака. Торакоскопические операции уменьшают частоту послеоперационных осложнений; уменьшают выраженность послеоперационного болевого синдрома; сокращают интервал до начала проведения консервативного лечения и период социальной реабилитации пациентов.

#### • ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

– Алиев В.А., Барсуков Ю.А., Николаев А.В., Кузьмичев Д.В., Ананьев В.С., (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)

Метастатический рак прямой кишки (мРПК) – болезнь, требующая особых лечебных подходов, что обусловлено высоким риском как системного прогрессирования так и местного рецидива. Необходимо отметить тот факт, что при хирургическом лечении локализованных форм рака прямой кишки (без отдаленных метастазов) частота локорегионарных рецидивов в первые 2-3 года после операции остается высокой (при поражении регионарных лимфоузлов – до 35%). Неoadьювантная лучевая/химиолучевая терапия позволяет уменьшить частоту местных рецидивов (до 1-5%), увеличить частоту лечебного патоморфоза и снизить частоту отдаленного метастазирования. (Оригинальная комплексная программа лечения, защищена патентом РФ № 2453345; от 20.04.2011). В программу комплексного лечения включена лучевая терапия с использованием радиомодификаторов и системная химиотерапия (FOLFOX, XELOX). Затем выполняется удаление первичного очага и резекция органов, пораженных отдаленными метастазами в режиме R0. С 2010 г. прослежена судьба 75 больных раком прямой кишки с синхронными отдаленными метастазами, из которых 15 пациентам продолжается лечение/наблюдение. Медиана наблюдения составляет 11,5 мес. В группе неoadьювантного лечения сфинктеросохраняющие операции выполнены 38 (63,3%) больным. Операции в полном объеме (R0), как на первичном очаге, так и на органах, пораженных метастазами, выполнены 27 (45%) больным, 15 (55,5%) – симультанно.

Программа неoadьювантной химиолучевой терапии мРПК с резектабельными отдаленными метастазами характеризуется приемлемым профилем токсичности и позволяет выполнять сфинктеросохраняющие операции, особенно после R0 резекции.



### ПРОВОЗВЕСТНИК – 2013

#### **ЗАСЕДАНИЕ № 597 (25 АПРЕЛЯ 2013 г.) АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ**

Тема заседания еще не определена окончательно.

См. сведения о предстоящих заседаниях на онкологических сайтах,

#### **ЛЕКЦИЯ И ПОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ (3 АПРЕЛЯ 2013 г.; РОНЦ им Н.Н.Блохина)**

#### **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО**

Хирург: Prof. Gilbert MASSARD, M.D. (Centre Hospitalier, Department of Thoracic Surgery. Strasbourg, France).  
Операции в объеме лоб-и пневмонэктомии; оценка состояния и перспектив прогрессивного лечебного метода.



**«Информирую, следовательно существую!» (лат.)**

УДК 616-006. ВЕСТНИК (ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ) МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

Распространяется в ведущих онкологических и медицинских учреждениях Москвы, рассылается в районные онкологические диспансеры Москвы и Московского региона; в Российские республиканские, краевые, областные и городские онкодиспансеры; в онкологические центры государств Содружества. Высылается также всем действительным членам Общества в Российской Федерации и за ее пределами.

Зарегистрирован (№ ПИ 77-14041 от 29.11.2002) в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Ежемесячный научный журнал. Учредитель -- РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

 ISSN 1728-3000  9 771728 30000	<b>Почетный Председатель Московского Онкологического общества</b>	проф. Александр Ильич ПАЧЕС. Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1970
	<b>Председатель Московского Онкологического общества</b>	академик РАН, проф. Михаил Романович ЛИЧИНИЦЕР Москва, 115478, Каширское шоссе 24 т. (+7) 499-324-1890
	<b>Главный редактор</b>	Сергей Михайлович ВОЛКОВ т. (+7) 495 741-9265 (моб.) E-mail: <a href="mailto:volkov_sm@mail.ru">volkov_sm@mail.ru</a>
	<b>Заместители главного редактора</b>	Илья Николаевич ПУСТЫНСКИЙ т. /499/324-1754 Ирина Анатольевна ГЛАДИЛИНА т. /499/ 324-9714 Давид Романович НАСХЛЕТАШВИЛИ т. /499/324-9464
	<b>Секретарь</b>	Ираида Ивановна БЕЛОУСОВА т. /499/324-11-15
<b>НАПЕЧАТАНО В ОТДЕЛЕ МНОЖИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ РОНЦ им. Н.Н.БЛОХИНА</b> Март 2013; Тираж 1000 экземпляров. Подписано в печать 25.03.2013; Заказ 666		

