

# Мультидисциплинарный форум по лечению рака молочной железы в Санкт-Петербурге: «Только объединившись, можно победить»

В прошлом году на Совете экспертов по лечению рака молочной железы был поднят вопрос о создании единой Общероссийской общественной организации «Российское общество онкологов-маммологов» (РООМ). Также Министерством здравоохранения РФ поставлена задача до конца 2014 г. разработать единые рекомендации и протоколы по лечению онкологических заболеваний и рака молочной железы (РМЖ) в том числе. Именно эти вопросы стали главными на Мультидисциплинарном форуме по лечению рака молочной железы, прошедшем 24–25 октября в Санкт-Петербурге при поддержке Санкт-Петербургского городского клинического онкологического диспансера.



Руслан Маликович  
**ПАЛТУЕВ**

К.м.н., хирург, онколог,  
зам. главного врача  
НУЗ ДКБ ОАО «РЖД»

[paltuev@mail.ru](mailto:paltuev@mail.ru)



Азиз Дилшодович  
**ЗИКИРЯХОДЖАЕВ**

Д.м.н., руководитель отделения онкологии  
и реконструктивно-пластической  
хирургии молочной железы ФГБУ  
«МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России

[azizz@mail.ru](mailto:azizz@mail.ru)

## Новое профессиональное общество

Открыла Форум учредительная конференция РООМ. Стоит отметить, что в настоящий момент в 44 регионах Российской Федерации создаются региональные отделения общества. Президентом выбран член-корреспондент РАМН, профессор В.Ф. Семиглазов, а вице-президентом – член-корреспондент РАЕН, главный врач Санкт-Петербургского ГКОД профессор Г.М. Манихас. В качестве образца при создании профессионального общества онкомамологи взяли Российское общество онкоурологов (РООУ), которое существует с 2005 г. и успешно развивается. Такая форма дает возможность объединить в одну организацию онкологов, маммологов, патоморфологов, химиотерапевтов, радиотерапевтов и других специалистов для создания и дальнейшего использования единых

стандартов и подходов к работе по лечению онкологических заболеваний молочной железы. Одна из десяти целей, обозначенных обществом, – оперативный обмен опытом и информацией, который позволит вести успешную борьбу с онкологическими заболеваниями независимо от того, в каком городе и учреждении здравоохранения находится специалист.

Во вступительной речи президент Форума В.Ф. Семиглазов отметил важность объединения усилий для разработки единых клинических рекомендаций в лечении РМЖ. По словам профессора, в России функционирует порядка 1500 маммологических диагностических центров, при этом показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний, в том числе РМЖ, неутешительные. Это говорит о неэффективном скрининге. Но даже в США, с их 25-летним опытом в реализации скрининговых программ, проблема предупреждения поздних форм онкозаболеваний не решена. Профессор В.Ф. Семиглазов подчеркнул, что нужно не просто констатировать проблемы, а требуется целенаправленно создавать клинические рекомендации.

Профессор Г.М. Манихас отметил необходимость создать «жизнеспособные» клинические рекомендации, опираясь в том числе и на опыт зарубежных коллег в стандартизации подобных процессов.

## Методики обследования при раке молочной железы

О стандартах коллегии американских патологов по обследованию при РМЖ рассказала к.м.н. А.Г. Кудайбергенова, заметив, что данный опыт зарубежных коллег должен быть учтен при разработке аналогичных стандартов для России. Проблема важная, так как в настоящий момент патоморфологи работают по несколько «смытым» стандартам – нет единой системы классификаций для диагностики РМЖ и алгоритма проведения (описания) исследований, что вызывает затруднения как у самих патоморфологов, так и у других специалистов при последующем лечении пациента. Этим докладом открылась первая сессия форума под председательством проф. Е.М. Слонимской, которая была посвящена морфологическим, иммуногистохимическим, молекулярно-генетическим методикам обследования при РМЖ.

О единых стандартах в работе, по его личному признанию, давно мечтает Н.В. Савелов, который в своем докладе коснулся молекулярной классификации РМЖ и необходимости окончательного консенсуса специалистов для единого подхода в диагностике. Современная морфологическая классификация субъективна и даже в самом свежем пересмотре 2012 г. не отражает корректно биологическое разнообразие РМЖ. А как известно, биологическое разнообразие может быть обусловлено множеством факторов, одним из примеров могут служить наследственные формы РМЖ.

Доклад генетика, д.м.н. Л.Н. Любченко о стратегиях молекулярно-генетической диагностики и медико-генетического консультирования при наследственном РМЖ, безусловно, вызвал интерес у участников Форума. По статистике, пациенты с наследственными формами

При этом внимание уделяется не только лечению и профилактике развития опухолей, но и качеству жизни пациенток. Докладчиком приведен пример пациентки 26 лет, которая после поставленного диагноза BRCA1-ассоциированного рака левой молочной железы и перенесенных радикальной мастэктомии слева с сохранением грудных мышц и профилактической мастэктомии справа с реконструкцией имплантатами и торакодорзальными лоскутами смогла успешно забеременеть и находится на 34-й неделе беременности.

В дополнение общей картины к.м.н. Р.М. Палтуев представил результаты анализа кумулятивного регистра, объединяющего информацию по диагностике и лечению в двух онкологических учреждениях Санкт-Петербурга (НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и Городской клинический онкодиспансера).



Президиум РООМ

РМЖ составляют 25 % случаев, изучение этой формы рака является примером индивидуального подхода к диагностике, лечению и профилактике РМЖ. Согласно статистике Генри Линча, 75 % случаев наследственных заболеваний РМЖ носят спорадический характер (проявляются нерегулярно, случайные мутации), и только каждый четвертый случай проявляется в составе различных онкологических синдромов. Генетические локусы для оценки развития риска РМЖ располагаются в генах TP53, STK11, BRCA1/BRCA2. Как правило, наследственные проявления РМЖ обнаруживаются в более молодом возрасте по сравнению с другими формами рака – в среднем в возрасте от 30 до 40 лет. В Российском онкологическом центре им. Н.Н. Блохина собрана обширная база пациентов с наследственными формами РМЖ, в том числе и очень редкими формами – успешно проведено фенотипирование носителей мутаций, такие пациенты включаются в группу риска, и с ними ведется постоянная работа – все это результаты десятилетней работы.

сер), с доказательной базой, включившей более 3 тыс. пациентов. Была показана роль «стандартных» иммуногистохимических и морфологических методик в выделении двух групп пациентов с формально ранними формами заболевания T1–2N0M0c: группы с благоприятным прогнозом, где можно избежать назначения химиотерапии, и группы высокого риска, в которой назначение химиотерапии статистически достоверно увеличивает выживаемость.

Также в рамках сессии были прочитаны две содержательные лекции от маститных специалистов в онкологии. В лекции профессора М. Гнанта (Австрия) освещались современные представления о молекулярном профилировании с точки зрения клинициста. В целом данные методики являются дополнительными к уже существующим и необходимы в случаях, когда стандартными методами невозможно прогнозировать

Окончание на стр. 14 ►

◀ Окончание, начало на стр. 13

течение заболевания и ответ на системную терапию. В своей лекции чл.-корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов детально показал достижения в лечении РМЖ за последние пять лет, обусловленные развитием молекулярной биологии и биотехнологий, что привело к появлению новых подходов, в том числе в системной терапии, увеличивающих общую выживаемость больных.

#### Особенности хирургии при метастазах рака молочной железы

Вторая сессия носила название «Хирургическое лечение местно-распространенных и диссеминированных форм». В докладе председателя сессии ведущего научного сотрудника РОНЦ им. Н.Н. Блохина, д.м.н., профессора С.М. Портного о соотношении системного и хирургического лечения местно-распространенного РМЖ был проанализирован огромный объем статистических данных различных исследований, в том числе и собственных. Преимущества лечения, включающего на первом этапе химиотерапию, были подтверждены – в собственном исследовании полная регрессия опухоли наблюдалась в 29 % случаев в сочетании с лучевой терапией и, напротив, только 19 % – без химиотерапии. Таким образом, необходимо начинать борьбу с местно-распространенным РМЖ с системной терапией, что ощутимо увеличивает выживаемость среди пациентов. В случае отсутствия признаков исходного опухолевого поражения лимфатической системы и кожи (отек, сателлиты) и других противопоказаний после эффективной системной терапии больным местно-распространенным РМЖ могут производиться даже органосохраняющие операции. Первичная реконструкция молочной железы больным местно-распространенным РМЖ может применяться при отсутствии факторов, которые могли бы отягощать заживление ран, – например, сахарный диабет, ожирение, длительное курение. А рекомендуемый объем удаления лимфатических узлов – I–III уровни.

В продолжение темы в своем запоминающемся яркими примерами и богато иллюстрированном докладе проф. Э.Э. Топузов осветил возможность хирургического метода при местно-распространенных резистентных к системному лечению опухолях. Профессор поделился несколькими хирургическими решениями, которые позволили повысить качество жизни пациентов в непростых практических случаях.

О возможностях хирургического лечения при диссеминированном РМЖ рассказала онколог высшей квалификационной категории, д.м.н. А.А. Божок. Благодаря развитию системного лечения в настоящее время шансов на длительную выживаемость у пациентов с диссеминированными (распространенными) формами рака значительно больше, чем еще 20 лет назад. Во многом именно благодаря этим успехам системного лечения пациенты, имеющие одиночные метастазы, стали рассматриваться как потенциальные кандидаты для дополнительного хирургического лечения. По данным ряда исследований, более 25 % подобных больных живут как минимум 15 лет после лечения. Как известно, при РМЖ метастазы локализованы в лимфоузлах и мягких тканях, костях, печени и легких. Были представлены данные

(которые, правда, в силу ретроспективного характера исследований не могут рассматриваться как однозначное подтверждение гипотезы) о том, что радикальная мастэктомия при впервые выявленном РМЖ с метастазами в нескольких органах снижает риск смерти на 34 %, но наиболее благоприятный прогноз у пациентов, подвергшихся радикальному удалению первичной опухоли, с одиночными метастазами в мягкие ткани или кости. Удаление метастазов в легкие при «олигометастатическом» РМЖ увеличивает показатели выживаемости и времени до прогрессирования с 17 до 40 мес. Удаление отдаленных метастазов в кости целесообразно только у ряда больных, тогда как хирургическое иссечение очагов в печени при множественных метастазах увеличивает медиану выживаемости при использовании только системной терапии более чем в 2 раза – с 19 до 46 мес.

Метастатический рак, как неизлечимая форма, вызывает профессиональный интерес онкологов, радиологов, нейрохирургов, травматологов и многих других специалистов, только их совместная работа может принести облегчение и продление жизни тяжелым больным. Отдельной сессией был выделен вопрос мультидисциплинарного подхода к лечению метастазов РМЖ в головной мозг и кости.

Особую проблему при РМЖ стали представлять метастазы в головной мозг, что опять же косвенно связано с увеличением эффективности системного лечения – у больных появилась возможность доживать до их развития. К сожалению, при развитии метастатического поражения головного мозга опухолевые очаги из-за гематоэнцефалического барьера оказываются малодоступны для системной терапии, и одновременно именно они начинают определять краткосрочный прогноз пациента. В Российском онкологическом центре им. Н.Н. Блохина, как рассказал Д.М. Белов, с 2007 г. в таких случаях применяют резервуар Оммаи, позволяющий решить проблему доставки противоопухолевых препаратов в головной мозг. По данным автора, использование данного малоинвазивного метода позволяет добиться улучшения качества жизни пациента, а в комплексе с адьювантной химиолучевой терапией – увеличения продолжительности жизни больных онкологическими заболеваниями. Председатель сессии Т.Ю. Семиглазов в своем докладе показала, что и при метастазах в головной мозг эффективность системного лечения также зависит от биологического подтипа опухоли.

Бурную дискуссию участников Форума вызвал последний доклад первого дня конференции, в котором Р.А. Шалек показала возможность протонной гиподифектомии как варианта лечения диссеминированных форм РМЖ. После продолжительного спора эксперты сошлись во мнении, что метод в настоящее время малоизучен и требует дальнейшего исследования.

#### Диссеминированный рак молочной железы: системная терапия

Посмотреть с другого угла зрения на лечение диссеминированных форм РМЖ была призвана третья сессия Мультидисциплинарного форума. Доклады были посвящены вопросам системной терапии «от линии к линии».

Интереснейший из нюансов, коих так много в онкологии, – вопрос индивидуализации терапии. Первый доклад сделала председатель данной секции проф. В.А. Горбунова о лекарственном лечении метастатического РМЖ. РМЖ – гетерогенное заболевание, учитывая молекулярно-генетические характеристики опухоли и клинический исход. Индивидуализация терапии РМЖ, естественно, должна зависеть от типа и гормонального статуса, исходной стадии заболевания или безрецидивного интервала, количества и локализации метастазов, сопутствующих заболеваний, ECOG-статуса, а также психологического состояния и желания лечиться, которые также являются немаловажными факторами. Не стоит забывать огромную роль молекулярно-генетических характеристик при определении параметров терапии.

При стремлении индивидуализировать подходы, что призвано увеличить качество жизни пациентов, нельзя забывать про особенно сложные в лечении формы РМЖ, когда, например, опухолевые клетки обладают сопротивляемостью к каким-либо воздействиям. Лечение гормоночувствительных форм РМЖ было детально изложено в докладе проф. М.М. Константиновой, а проф. Е.М. Слонимская рассказала о современных возможностях преодоления резистентности к эндокринотерапии.

Профессор медицинского факультета СПбГУ д.м.н. Р.В. Орлова своим докладом затронула вопрос о выборе моно- или полихимиотерапии метастатического РМЖ, отметив, что он должен рассматриваться в каждом конкретном случае. Учитывая цели терапии – облегчение симптомов болезни и максимальное продление жизни при неизлечимости этой формы рака – и помня различную чувствительность отдельных участков опухоли, в том числе и к лекарствам, применяемым в различных комбинациях цитостатики, гормональную и таргетную терапию. Так как метастатическая форма неизлечима, то первая задача лекарственной терапии состоит в создании условий для того, чтобы опухолевые клетки не размножились, а не в полном их уничтожении. Широкое применение полихимиотерапии сдерживают присущие ей недостатки: токсичность и использование в одной линии нескольких препаратов при вероятности высокой выживаемости. Существует общее правило при выборе лекарственной терапии: если выживаемость приблизительно одинакова, то стоит выбрать режим с наименьшей токсичностью. Приоритетными являются антрациклиновые антибиотики и таксаны, но выбор препаратов и режимов до сих пор остается неоднозначным.

Ведущий научный сотрудник отделения изучения новых противоопухолевых лекарств РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, д.м.н. Е.В. Артамонова рассказала форуму о новых возможностях терапии антрациклин-таксан-резистентного РМЖ. Для начала нужно констатировать, что единого мнения по поводу химиорезистентного РМЖ нет, в отличие от рака яичников, например, здесь критерии варьируются от случая к случаю. С одной стороны, резистентность к одним цитостатикам не является однозначным свидетельством наличия перекрестной резистентности, однако в случае наличия таковой возникает риск снижения качества жизни при продолжении курса терапии. При столкно-



Президент РООМ В.Ф. Семиглазов

вении с резистентностью клиницисту необходимо решить вопрос: продолжать лечение или нет? Исследования дают ответ: лечить, так как в абсолютном большинстве случаев вред от прекращения терапии будет несравнимо больше. В каждом индивидуальном случае стоит подбирать индивидуальный режим полихимиотерапии, но приоритетен выбор именно монохимиотерапии в силу ее сравнительно низкой токсичности. Практики предлагают в монорежиме применение классических цитостатиков – наиболее изученных препаратов. Реальными вариантами выбора монотерапии антрациклин-таксан-резистентного РМЖ являются капецитабин, эрибулин, гемцитабин, иксабепилон или винорелбин. Хотя стоит признать, что предпочтительным вариантом является участие в клинических исследованиях, так как эффективность доступных препаратов нельзя назвать значительной. Хочется отметить появление двух новых цитостатиков для лечения этой формы заболевания, что, по мнению Елены Владимировны, важнее, чем огромное число исследований по таргетной терапии, так как практика показала значительное увеличение продолжительности жизни больных РМЖ при внедрении в клиническую практику новых препаратов.

Единственной формой диссеминированного рака, которую не затронули до этого момента, была HER-позитивная форма заболевания. Она и была детально изложена в последнем докладе сессии и Форума проф. Л.В. Манзюк.

Если подводить итоги Форума, он отмечен яркими дискуссиями в конце каждой секции, доброжелательной атмосферой и научным подходом к решениям, принятым во время работы. Как показали эти два дня в Северной столице, Российское общество онкологов-маммологов настроено решительно.

Необходимо вспомнить, что одной из целей нового профессионального общества онкомаммологов является разработка рекомендаций и протоколов по диагностике и лечению РМЖ для формирования единых стандартов в этой отрасли здравоохранения. Совет экспертов РООМ провел голосование по актуальным вопросам лечения местно-распространенного и метастатического РМЖ – консенсус был достигнут. Круглый стол «Клинические рекомендации местно-распространенного и метастатического рака молочной железы» заслуживает отдельной публикации, и позже вы сможете найти ее на страницах газеты «Онкология сегодня».

Материал подготовила  
Катерина Асиновская