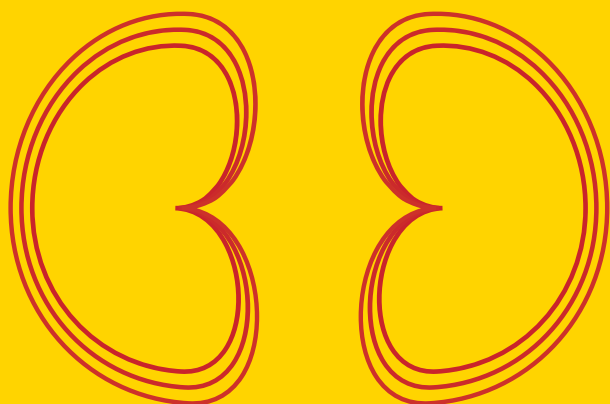


**ОНКОУРОЛОГИЯ**



**ОНКОУРОЛОГИЯ**

# **МАТЕРИАЛЫ**

## **IV КОНГРЕССА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОНКОУРОЛОГОВ**

1–2 октября 2009 г.

МОСКВА

**РАЗДЕЛ I. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, Н.В. Воробьев, К.М. Ньюшко,  
Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева*

<b>Факторы прогноза повышения стадии заболевания у больных клинически локализованным раком предстательной железы после радикальной простатэктомии.....</b>	<b>20</b>
<i>Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Ю.Л. Демидко</i>	
<b>Влияние золедроновой кислоты на костный обмен у больных раком предстательной железы, получающих гормональное лечение.....</b>	<b>20</b>
<i>Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Ю.Л. Демидко</i>	
<b>Исследование паратгормона при гормональной терапии местно-распространенного рака предстательной железы .....</b>	<b>22</b>
<i>Ю.Г. Аляев, Б.С. Народицкий, А.В. Гудков, А.З. Винаров, Д.Ю. Логунов, М.М. Шмаров, Ю.А. Барыкова, Н.А. Винарова, Д.Н. Фиев</i>	
<b>Возможна ли роль микоплазменной инфекции в патогенезе рака предстательной железы? .....</b>	<b>23</b>
<i>В.А. Атдуев, В.В. Шутов, Г.А. Березкина, Г.В. Иванов, Д.С. Ледяев, А.А. Данилов, З.В. Амоев, М.Б. Дырдик</i>	
<b>Радикальная позадилоная простатэктомия: анализ ранних послеоперационных осложнений у 120 больных .....</b>	<b>23</b>
<i>Е.А. Безруков, Г.Е. Крупинов, П.А. Шестиперов, Р.Р. Харчилава, А.А. Левко</i>	
<b>Радикальная простатэктомия у больных раком предстательной железы высокого онкологического риска .....</b>	<b>25</b>
<i>П.Г. Березин</i>	
<b>Гормонотерапия в комбинации с лучевым лечением у больных локализованным раком предстательной железы .....</b>	<b>26</b>
<i>В.А. Бирюков, Н.А. Горбань, Н.Г. Минаева, А.Н. Юрченко, А.А. Жариков, Д.В. Неледов, Г.Н. Гришин, Е.М. Паршков</i>	
<b>Опыт обследования мужского населения с онкоурологической патологией .....</b>	<b>26</b>
<i>Т.В. Володина, Н.К. Силантьева, З.Н. Шавладзе, П.В. Свиридов, О.Б. Карякин</i>	
<b>Компьютерно-томографическая семиотика изменений органов и структур малого таза при брахитерапии рака предстательной железы .....</b>	<b>27</b>
<i>Н.В. Воробьев, Б.Я. Алексеев, В.В. Филимонов, И.Г. Русаков</i>	
<b>Модели прогноза распространенности опухолевого процесса на основании данных предоперационного обследования у больных локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы .....</b>	<b>28</b>
<i>Н.Г. Галкина, Ф.Ш. Енгальчев, М.А. Сыскова</i>	
<b>Оценка качества жизни больных, перенесших радикальную простатэктомию .....</b>	<b>30</b>
<i>Д.И. Ганов, С.А. Варламов</i>	
<b>Возрастные группы больных первично-множественным несистемным метастатическим раком предстательной железы и временные интервалы выявления опухолей .....</b>	<b>31</b>
<i>Д.И. Ганов, С.А. Варламов</i>	
<b>Первый опыт применения октреотида у пациентов с гормонорефрактерным раком предстательной железы .....</b>	<b>32</b>
<i>Д.И. Ганов, С.А. Варламов</i>	
<b>Продолжительность жизни после завершения лечения рака предстательной железы у мужчин среднего возраста в Алтайском крае .....</b>	<b>32</b>
<i>Д.И. Ганов, С.А. Варламов, А.Ф. Лазарев</i>	
<b>Общая магнитотерапия при лечении местно-распространенного рака предстательной железы у мужчин среднего возраста .....</b>	<b>32</b>
<i>Д.И. Ганов, А.Ф. Лазарев, С.А. Варламов</i>	
<b>Первично-множественный рак предстательной железы у мужчин Алтайского края .....</b>	<b>33</b>

<i>Д.И. Ганов, В.Д. Петрова, С.А. Варламов, А.Ф. Лазарев</i> <b>Молодой и средний возраст мужчин и рак предстательной железы</b> .....	34
<i>Д.И. Ганов, В.Д. Петрова, С.А. Варламов, А.Ф. Лазарев</i> <b>Первично-множественный несистемный метастатический рак предстательной железы у мужчин Алтайского края</b> .....	34
<i>З.Э. Гедевич, И.Л. Масанский, А.П. Керко, Л.М. Сагальчик, К.А. Шишко</i> <b>Варианты лечения III стадии рака предстательной железы</b> .....	35
<i>А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь, М.А. Курджишев, М.В. Ковылина</i> <b>Зависимость между числом биопсийных столбиков и вероятностью изменения суммы баллов по шкале Глисона после радикальной простатэктомии у больных раком предстательной железы низкого риска</b> .....	36
<i>А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь, М.А. Курджишев, М.В. Ковылина</i> <b>Простатическая интраэпителиальная неоплазия высокой степени, атипичная мелкоацинарная пролиферация, а также их сочетание как факторы риска выявления рака предстательной железы при повторной биопсии</b> .....	37
<i>В.В. Гордеев, А.Г. Антонов, А.Н. Евсеев, Е.В. Карпенко, С.В. Маршев</i> <b>Сочетание простатической интраэпителиальной неоплазии высокой степени с раком и другими заболеваниями предстательной железы</b> .....	37
<i>Р.А. Гурицкой, М.Л. Маджугин, О.В. Воронова</i> <b>Роль мультифокальной биопсии в морфологической диагностике заболеваний предстательной железы</b> .....	38
<i>Р.А. Гурицкой, В.В. Шутьженко, О.В. Воронова</i> <b>Паллиативные операции у больных местно-распространенным раком предстательной железы</b> .....	39
<i>М.И. Давидов, И.Л. Катков, Р.Г. Козловский</i> <b>Применение индигаала для профилактики рака предстательной железы: первые 6 месяцев наблюдения</b> .....	39
<i>В.А. Захарова, Т.А. Летковская, Е.Д. Черствый, П.Г. Киселев, П.А. Ковалев, В.П. Зубович</i> <b>Точность морфологического метода в установлении природы атипичской мелкоацинарной пролиферации предстательной железы на основе иммуногистохимического выявления биомолекулярных маркеров базальных клеток и онкогена</b> .....	40
<i>В.А. Захарова, Т.А. Летковская, Е.Д. Черствый, П.Г. Киселев, П.А. Ковалев, В.П. Зубович, Л.М. Сагальчик, И.Л. Масанский, М.И. Ивановская</i> <b>Медико-экономическая эффективность иммуногистохимических маркеров базальных клеток и онкогена для верификации диагноза атипичской мелкоацинарной пролиферации предстательной железы</b> .....	42
<i>А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова</i> <b>Возможности химиопревенции рака предстательной железы у больных с простатической интраэпителиальной неоплазией</b> .....	43
<i>Г.В. Иванов, Н.В. Блинов, А.Д. Кочкин, А.В. Волков</i> <b>Результаты внедрения скрининговых методов обследования — определение простатспецифического антигена, трансректальное ультразвуковое и пальцевое ректальное исследования — для диагностики рака предстательной железы среди работников РФЯЦ-ВНИИЭФ</b> .....	44
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, В.В. Калалб, А.В. Купчин, В.В. Симоненко</i> <b>Простатэктомия при раке предстательной железы: результаты первого опыта</b> .....	44
<i>А.Д. Каприн, Р.А. Гафанов</i> <b>Алгоритм лечения больных гормонорезистентным раком предстательной железы</b> .....	45
<i>А.Д. Каприн, А.А. Костин, Р.А. Гафанов</i> <b>Эффективность дистанционной лучевой терапии метастатических поражений костей скелета у пациентов с гормонорезистентным раком предстательной железы</b> .....	46

<i>А.Д. Каприн, А.А. Костин, А.В. Семин</i> Химиотерапевтическое лечение больных метастатическим андрогенонезависимым раком предстательной железы препаратами группы таксанов .....	46
<i>А.Д. Каприн, К.Н. Миленин</i> Некоторые аспекты радиационной безопасности при брахитерапии рака предстательной железы .....	47
<i>А.О. Карякин, Т.В. Свиридова, Н.А. Горбань, Ю.В. Гуменецкая, Н.Г. Минаева</i> Комбинированное лечение локализованного и местно-распространенного рака предстательной железы .....	48
<i>М.И. Коган, М.Б. Чибичян, А.В. Ильяш</i> Биохимический рецидив у пациентов с раком предстательной железы, перенесших радикальную простатэктомию .....	49
<i>М.И. Коган, М.Б. Чибичян, А.В. Ильяш</i> Патоморфологическая характеристика рака предстательной железы стадии T1cNxM0 у пациентов, подвергшихся радикальной простатэктомии .....	50
<i>М.И. Коган, М.Б. Чибичян, Е.А. Черногубова</i> Протеиназно-ингибиторная система крови при раке предстательной железы .....	51
<i>О.И. Кудряшов, Д.Н. Красиков</i> Опыт диагностики и лечения рака предстательной железы в организованном коллективе .....	51
<i>С.И. Лефтеров, С.И. Горелов, Ю.А. Криволап</i> Исследование иммуногистохимических маркеров в аденокарциноме предстательной железы .....	52
<i>Л.А. Логвинов, Ю.В. Кудрявцев, С.С. Дегтярев, Г.В. Кузнецов, К.В. Кумачев, А.А. Чернятин</i> Мультифокальная биопсия предстательной железы в условиях поликлиники .....	53
<i>В.В. Лысенко, Ф.И. Костев, А.Г. Старостин, М.В. Лесовая, В.М. Ходос</i> Имуногистохимические характеристики рака предстательной железы у пациентов с избыточной массой тела .....	54
<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, Я.В. Гриднева, А.А. Митин</i> Факторы, влияющие на эректильную функцию у больных раком предстательной железы pT1–4N0–1M0, подвергнутых нервосберегающей радикальной простатэктомии .....	55
<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, В.Д. Ермилова, А.А. Митин</i> Прогностическое значение перинеуральной и ангиолимфатической инвазии у больных раком предстательной железы pT1–4N0–1M0, подвергнутых радикальной простатэктомии .....	56
<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, В.Д. Ермилова, А.А. Митин, В.А. Романов</i> Конкордантность биопсийного и операционного показателей Глисона у больных раком предстательной железы pT1–4N0–1M0, подвергнутых радикальной простатэктомии .....	56
<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, А.А. Митин</i> Влияние сохранения шейки мочевого пузыря на результаты радикальной простатэктомии у больных клинически локализованным раком предстательной железы .....	57
<i>В.Б. Матвеев, С.И. Ткачев, М.И. Волкова, А.А. Митин</i> Сравнительный анализ результатов радикальной простатэктомии и дистанционной конформной лучевой терапии при клинически локализованном раке предстательной железы .....	58
<i>В.В. Милованов</i> Результаты скрининга рака предстательной железы у мужского населения Тамбова путем анализа крови на простатспецифический антиген .....	58
<i>М.А. Миронов, А.В. Галкин, Н.Б. Дурденевский, Н.Г. Галкина</i> Результаты скрининга рака предстательной железы в Пензенской области за 2008–2009 гг. ....	59
<i>Т.Н. Мусаев</i> Золедроновая кислота в профилактике костных метастазов у больных раком предстательной железы .....	60

<i>К.М. Ньюшко, Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, Н.В. Воробьев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева</i>	
<b>Локализация метастатических лимфатических узлов у больных клинически локализованным и местно-распространенным раком предстательной железы, перенесших радикальную простатэктомию и расширенную тазовую лимфаденэктомию</b> .....	<b>60</b>
<i>Н.А. Оськина, У.А. Боярских, А.Ф. Лазарев, В.Д. Петрова, Д.И. Ганов, Г.И. Лифшиц, М.Л. Филипенко</i>	
<b>Исследование ассоциации однонуклеотидной полиморфной замены rs6983267(G/T) хромосомной области 8q24 с повышенным риском развития рака предстательной железы</b> .....	<b>61</b>
<i>Д.Ю. Панченко, О.В. Шпилевский, А.В. Ищенко, А.А. Ермаков</i>	
<b>Эффективность скрининга рака предстательной железы в сохранении трудоспособности у мужчин молодого возраста</b> .....	<b>62</b>
<i>В.В. Пасов, И.В. Сычева, А.К. Курпешева, И.Н. Бойко, О.В. Терехов</i>	
<b>Местные лучевые повреждения у больных раком предстательной железы после сочетанной лучевой и брахитерапии</b> .....	<b>63</b>
<i>А.С. Переверзев, В.А. Козлюк</i>	
<b>Активный контроль — новая тактика ведения больных ранним раком предстательной железы</b> .....	<b>63</b>
<i>С.Б. Перов, С.А. Ракул, Р.Д. Галимов</i>	
<b>Осложнения позадилоной радикальной простатэктомии</b> .....	<b>64</b>
<i>Д.Ю. Пушкарь, А.В. Говоров, В.В. Дьяков, М.В. Ковылина</i>	
<b>У каких больных мультифокальным раком предстательной железы оправдано выполнение нервосберегающей радикальной простатэктомии?</b> .....	<b>65</b>
<i>Д.Ю. Пушкарь, А.В. Говоров, В.В. Дьяков, П.И. Раснер, А.Н. Берников, А.В. Бормотин, К.Б. Колонтарев, М.В. Ковылина</i>	
<b>Робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомию: анализ 50 операций</b> .....	<b>65</b>
<i>С.А. Ракул, Р.А. Елоев</i>	
<b>Критерии прогнозирования развития рака предстательной железы при вторичной биопсии</b> .....	<b>66</b>
<i>С.А. Ракул, С.Б. Петров</i>	
<b>Прогнозирование развития рецидива рака предстательной железы после позадилоной радикальной простатэктомии</b> .....	<b>67</b>
<i>И.Г. Русаков, Б.Я. Алексеев, М.В. Немцова, Г.В. Верещагин</i>	
<b>Оценка профиля метилирования генов <i>GSTP1</i>, <i>N33</i> и <i>p16</i> в образцах плазмы крови пациентов с аденокарциномой и доброкачественными изменениями предстательной железы</b> .....	<b>68</b>
<i>И.Г. Русаков, Б.Я. Алексеев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, К.М. Ньюшко</i>	
<b>Сравнительный анализ степени дифференцировки рака предстательной железы по результатам биопсии и послеоперационного патоморфологического исследования</b> .....	<b>69</b>
<i>В.А. Соловов, В.О. Ганьжов, В.Г. Хакимов, Д.В. Фесенко, А.В. Копылов</i>	
<b>Трансуретральная резекция перед роботизированной HIFU в лечении больных раком предстательной железы</b> .....	<b>70</b>
<i>О.В. Теодорович, А.А. Теплов, Г.Г. Борисенко, Ю.Ю. Андреева, А.В. Богославский</i>	
<b>Интерстициальная лазерная коагуляция у больных раком предстательной железы</b> .....	<b>71</b>
<i>Д. П. Тимошенко</i>	
<b>Мультифокальная трансректальная биопсия предстательной железы в условиях поликлиники с целью верификации рака предстательной железы</b> .....	<b>72</b>
<i>В.В. Чернышев, К.Ю. Байбаков, А.А. Отпущенников, В.Б. Петров</i>	
<b>Клиническая и морфологическая стадийность локализованной формы рака предстательной железы</b> .....	<b>73</b>
<i>И.В. Чернышев, А.В. Сивков, Ю.В. Самсонов, О.В. Осипов, А.А. Жернов</i>	
<b>Качество жизни и социальная адаптация пациентов после радикальной простатэктомии и интерстициальной лучевой терапии</b> .....	<b>74</b>

<i>И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.А. Жернов</i>	
Прогнозирование клинического течения распространенного рака предстательной железы .....	75
<i>П.А. Шестиперов, Е.А. Коган, Е.А. Безруков, А.З. Винаров, Н.А. Коваленко, А.С. Маркова</i>	
Прогнозирование развития рака предстательной железы у пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени с использованием молекулярных маркеров HSP-70, AMACR, тканевого простатспецифического антигена и Е-кадхерина .....	75
<i>О.В. Шпилевский, Д.Ю. Панченко, А.А. Ермаков, А.В. Ищенко</i>	
Два подхода к формированию контингента для проведения скрининга рака предстательной железы .....	76

## РАЗДЕЛ II. РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

<i>Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, К.М. Ньюшко, Н.В. Воробьев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева</i>	
Целесообразность выполнения радикальной цистэктомии с сохранением предстательной железы у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря .....	79
<i>А.Ю. Бабаян, Ю.Ю. Андреева, С.В. Башкатов, Д.В. Залетаев, М.В. Немцова</i>	
Молекулярно-генетический анализ первичных опухолей поверхностного рака мочевого пузыря и их рецидивов .....	79
<i>П.Г. Березин</i>	
Результаты лечения поверхностного рака мочевого пузыря .....	80
<i>О.Н. Васильев, М.И. Коган</i>	
Онкологические результаты после первичной радикальной цистэктомии и цистэктомии спасения при инвазивном раке мочевого пузыря и наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы .....	81
<i>Д.Ю. Волков, Д.В. Кураев, А.В. Крупин</i>	
Трансуретральная резекция при раке мочевого пузыря .....	82
<i>О.У. Вохобов, М.Н. Тилляшайхов, Б.Б. Султанов</i>	
Возможности трансуретральной резекции при органосохраняющем лечении инвазивного рака мочевого пузыря .....	82
<i>Н.Г. Гасанов, А.Г. Тагирова</i>	
Место трансуретральной резекции в лечении рака мочевого пузыря .....	83
<i>З.Э. Гедревич, И.Л. Масанский, Ю.П. Власовец, Л.М. Сагальчик, А.Г. Скоробогатых</i>	
Ближайшие и отдаленные результаты выполнения радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря .....	84
<i>П.В. Глыбочко, Н.К. Шахпазян, А.Н. Понукалин, Н.Б. Захарова, В.Ю. Михайлов</i>	
Информативность исследования содержания цитокератинов 8 и 18 при поверхностном раке мочевого пузыря .....	85
<i>П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин, А.Ю. Королев</i>	
Прогностическая значимость объема лимфодиссекции при выполнении радикальной цистэктомии у больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря .....	86
<i>А.Ф. Джабаров, М.Г. Агафонова</i>	
Этапное лечение инвазивного рака мочевого пузыря у пациентов с сопутствующей патологией .....	87
<i>А.Ф. Джабаров, М.Г. Агафонова, М.А. Гуцин</i>	
Этапное лечение осложненного местно-распространенного рака мочевого пузыря .....	88
<i>А.А. Зимичев, И.В. Чернышев</i>	
Возможности органосохраняющего лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря .....	89
<i>А.А. Зимичев, И.В. Чернышев</i>	
Преимущество применения внутривезикулярной химиотерапии в лечении больных неинвазивным раком мочевого пузыря .....	90

<i>А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова, Э.Н. Ситдыков</i>	
<b>Лечение и профилактика послеоперационных осложнений ортотопической кишечной пластики мочевого пузыря .....</b>	<b>91</b>
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, В.В. Калалб, В.В. Симоненко, А.В. Купчин</i>	
<b>Место срочной цистэктомии с временной накожной деривацией по поводу инвазивного рака мочевого пузыря и методы конверсии у этой категории больных .....</b>	<b>92</b>
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко, В.В. Калалб</i>	
<b>Малоинвазивная экстраперитонеальная цистэктомия при инвазивном раке мочевого пузыря .....</b>	<b>92</b>
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко, В.В. Калалб</i>	
<b>Радикальная цистэктомия с формированием ортотопического неоциста у больных с простатсберегающей методикой .....</b>	<b>93</b>
<i>С.Н. Исаева, С.П. Селиванов, Е.А. Калиев, Т.А. Ковалик, А.В. Петлин, Т.И. Шабунина</i>	
<b>Неoadьювантная химиотерапия гемцитабином и цисплатином при инвазивном раке мочевого пузыря .....</b>	<b>94</b>
<i>Б.К. Комяков, Н.М. Аничков, А.И. Маковская</i>	
<b>Рецидивирование рака почечной лоханки и мочеточника в мочевой пузырь .....</b>	<b>94</b>
<i>Б.К. Комяков, А.В. Сергеев, А.И. Новиков</i>	
<b>Качество жизни больных после радикальной цистэктомии .....</b>	<b>95</b>
<i>Б.К. Комяков, Л.А. Строкова</i>	
<b>Возможности сонографии в оценке ангиогенеза рака мочевого пузыря .....</b>	<b>96</b>
<i>С.А. Красный, О.Г. Суконко, А.И. Ролевич, Л.В. Мириленко, А.В. Праворов, А.А. Минич, И.А. Зеленкевич, А.В. Полуянчик</i>	
<b>Анализ причин ранней смертности после радикальной цистэктомии: 30-дневная летальность .....</b>	<b>97</b>
<i>В.Р. Латыпов, А.Н. Вусик, А.П. Кошель, В.В. Скиданенко</i>	
<b>Техника формирования энтероцистоуретрального анастомоза после выполнения радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря .....</b>	<b>98</b>
<i>К.Б. Леявин</i>	
<b>Мониторинг заболеваемости и смертности от рака мочевого пузыря — один из инструментов повышения результативности онкоурологической службы .....</b>	<b>99</b>
<i>К.Б. Леявин, Е.В. Ковалев</i>	
<b>Радикальное хирургическое лечение рака мочевого пузыря: семилетний опыт .....</b>	<b>100</b>
<i>К.А. Малхасян, Р.Ш. Хасанов, С.В. Петров, Э.Ф. Абдрахманов, М.Ю. Ульянин, Р.С. Гилязов</i>	
<b>Цитологическая диагностика поверхностного рака мочевого пузыря в современной практике .....</b>	<b>101</b>
<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, М.М. Константинова, Л.В. Шапльгин, Г.М. Манихас</i>	
<b>Комбинация гемцитабина (Цитогем®) и цисплатина в 1-й линии терапии распространенного рака мочевого пузыря: результаты проспективного открытого несравнительного нерандомизированного исследования .....</b>	<b>102</b>
<i>Н.Л. Медведева</i>	
<b>Использование лайфферона в лечении больных раком мочевого пузыря .....</b>	<b>102</b>
<i>С.В. Мишугин, И.Э. Рытин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова</i>	
<b>Внутрипузырная иммуно- и химиотерапия неинвазивного рака мочевого пузыря .....</b>	<b>103</b>
<i>С.В. Мишугин, И.Э. Рытин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова</i>	
<b>Лечебная БЦЖ-терапия при неинвазивном множественном раке мочевого пузыря у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией .....</b>	<b>104</b>
<i>С.В. Мишугин, И.Э. Рытин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова</i>	
<b>Системная химиотерапия гемцитабином поверхностного рака мочевого пузыря с промежуточным и высоким риском рецидивирования .....</b>	<b>105</b>
<i>А.И. Овод, А.А. Мамаев</i>	
<b>Фармацевтический рынок лекарственных средств для больных раком мочевого пузыря .....</b>	<b>106</b>



<i>А.И. Ролевич, О.Г. Суконко, С.А. Красный, А.Г. Жегалик, А.А. Мохорт, В.Ю. Василевич</i>	
<b>Ранняя повторная трансуретральная резекция в диагностике и лечении больных раком мочевого пузыря .....</b>	<b>107</b>
<i>А.И. Ролевич, О.Г. Суконко, С.А. Красный, А.В. Праворов, А.В. Полуянчик, А.Н. Волков, В.Ю. Василевич</i>	
<b>Стандартизованная оценка осложнений радикальной цистэктомии и анализ факторов прогноза .....</b>	<b>108</b>
<i>А.В. Севаньяев, О.Б. Карякин, Г.Ф. Михайлова, С.В. Башкатов, Е.В. Голуб, Т.Г. Шкаврова, А.В. Троянов</i>	
<b>Клиническое применение метода флуоресцентной <i>in situ</i> гибридизации для раннего выявления рецидива рака мочевого пузыря .....</b>	<b>108</b>
<i>С.П. Селиванов, С.Н. Исаева, Т.А. Ковалик, Т.И. Шабунина, А.А. Кладиев</i>	
<b>Внутрипузырная химиотерапия проспидином при поверхностном раке мочевого пузыря .....</b>	<b>109</b>
<i>А.В. Семенов, А.А. Косулина</i>	
<b>Прогностическое значение повторной трансуретральной резекции при немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря .....</b>	<b>110</b>
<i>И.В. Серегин, А.А. Серегин, К.Ю. Кашицев</i>	
<b>PLA-полиморфизм гена <i>GP3A</i> – новый потенциальный фактор прогноза при раке мочевого пузыря .....</b>	<b>111</b>
<i>М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Р.М. Шайдуллин</i>	
<b>Основы диспансерного наблюдения больных неинвазивными формами рака мочевого пузыря .....</b>	<b>111</b>
<i>Л.А. Строкова</i>	
<b>Значение сонографии в оценке степени инвазии рака мочевого пузыря .....</b>	<b>112</b>
<i>О.Г. Суконко, С.А. Красный, А.И. Ролевич, Л.В. Мириленко, А.С. Мавричев, А.Н. Волков, В.Ю. Василевич, А.А. Минич</i>	
<b>Анализ причин возникновения ранней смертности после радикальной цистэктомии: 90-дневная летальность .....</b>	<b>113</b>
<i>А.Г. Тагирова, Н.Г. Гасанов, Г.Д. Гасанов</i>	
<b>Состояние онкологической помощи населению Республики Дагестан при раке мочевого пузыря .....</b>	<b>114</b>
<i>М.Ю. Ульянин, Р.Ш. Хасанов, Р.Х. Галеев, Э.Ф. Абдрахманов, Р.С. Гилязов, А.А. Зарипов, Р.Г. Исламов, В.Н. Моисеев, А.Э. Бариев, К.А. Малхасян</i>	
<b>Лечение поверхностного рака мочевого пузыря с применением фотодинамической диагностики .....</b>	<b>116</b>
<i>И.В. Чернышев, А.А. Зимичев</i>	
<b>Оценка отдаленных результатов органосохраняющего лечения рака мочевого пузыря на основе моделирования .....</b>	<b>117</b>
<i>И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.А. Жернов, О.В. Осипов</i>	
<b>Факторы прогноза при немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря: клиническое значение и выбор тактики лечения .....</b>	<b>118</b>
<i>М.Ф. Ялова, С.П. Селиванов, С.Н. Исаева, Е.А. Калиев, А.В. Петлин, Т.И. Шабунина</i>	
<b>Терапевтический патоморфоз переходного-клеточного рака мочевого пузыря T2–4 при неoadъювантной внутрикостной химиотерапии дисплатином .....</b>	<b>119</b>
<b>РАЗДЕЛ III. РАК ПОЧКИ</b>	
<i>В.К. Агапов, Н.А. Марков, О.А. Троицкий, Р.Г. Биктимиров, И.Е. Хотьков, В.А. Романов, А.О. Троицкий</i>	
<b>Опыт хирургического лечения 586 пациентов с опухолью почки и мочеточника .....</b>	<b>120</b>
<i>Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, А.С. Калпинский, В.А. Поляков</i>	
<b>Непосредственные результаты лечения и осложнения лапароскопической резекции почки с применением радиочастотной абляции .....</b>	<b>121</b>
<i>Г.Н. Алексеева, Л.И. Гурина</i>	
<b>Особенности распространения рака почки на территории Приморского края .....</b>	<b>121</b>

<i>Ю.Г. Аляев, Н.А. Григорьев, Н.З. Гафаров</i>	
<b>«Маленькая» опухоль почки – резекция или радиочастотная абляция?</b> .....	122
<i>Ю.Г. Аляев, С.А. Кондрашин, Н.А. Григорьев, Е.В. Шпоть, Н.И. Сорокин, Л.О. Полищук</i>	
<b>Радиочастотная абляция в комбинации с суперселективной эндоваскулярной эмболизацией в лечении опухоли почки</b> .....	123
<i>И.М. Антонян, Д.В. Шукин, Ю.А. Илюхин, В.В. Мегера, Р.В. Стецишин, С.Я. Мысько, А.В. Шусь</i>	
<b>Осложнения органосохраняющей хирургии почечно-клеточного рака</b> .....	124
<i>Р.З. Атаев, А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова</i>	
<b>Возможности ультразвукового сканирования на этапах диагностики и лечения опухолей почек</b> .....	126
<i>С.В. Барсуков</i>	
<b>Хирургия местно-распространенного рака почки: опыт, результаты лечения</b> .....	126
<i>Д.Ю. Волков, С.В. Попова, Е.Б. Дроздов</i>	
<b>Лечение локализованного рака почки</b> .....	127
<i>М.Н. Герасименко, Р.А. Зуков, Н.М. Титова</i>	
<b>Редокс-гомеостаз у больных почечно-клеточным раком</b> .....	127
<i>П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин, Д.А. Дурнов, Н.Б. Захарова, Н.К. Шахпазян, Д.Ю. Потапов</i>	
<b>Клинико-диагностическое значение молекулярных маркеров в диагностике и стадировании рака почки</b> .....	128
<i>К.В. Горбатиков, В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко, В.В. Калалб</i>	
<b>Опыт оперативного лечения рака почки при опухолевом тромбозе нижней полой вены</b> .....	130
<i>А.И. Горелов, А.В. Солдатенков, Д.С. Горелов</i>	
<b>Роль экспрессии тирозинкиназного рецептора Axl как маркера прогноза течения рака почки</b> .....	131
<i>М.И. Давыдов, П.Н. Митягин, Т.Б. Пономарева, А.Д. Малков</i>	
<b>Локализация метастазов почечно-клеточного рака</b> .....	131
<i>М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев, К.М. Фигурин, М.И. Волкова, В.А. Черняев</i>	
<b>Результаты хирургического лечения рака почки с опухолевым венозным тромбозом</b> .....	133
<i>В.П. Задерин, А.Н. Шевченко</i>	
<b>Иммунотерапия почечно-клеточного рака реафероном: доза и реакция организма</b> .....	133
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Калалб, В.В. Симоненко</i>	
<b>Место радиочастотной термодеструкции в лечении почечно-клеточного рака</b> .....	134
<i>В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Калалб, В.В. Симоненко, Д.А. Черепанов</i>	
<b>Органосохраняющее лечение рака почки</b> .....	135
<i>А.С. Калтинский, Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева</i>	
<b>Целесообразность выполнения лимфаденэктомии у больных локализованным и местно-распространенным раком почки</b> .....	136
<i>М.И. Коган, А.А. Гусев, М.М. Батюшин, С.В. Евсеев, Н.А. Садовничая</i>	
<b>Оценка почечной функции у больных почечно-клеточным раком до и после радикальной нефрэктомии</b> .....	137
<i>М.И. Коган, А.А. Гусев, М.М. Батюшин, С.В. Евсеев, Н.А. Садовничая</i>	
<b>Оценка снижения почечной функции у больных почечно-клеточным раком после радикальной нефрэктомии как фактор прогноза прогрессии рака почки</b> .....	138
<i>Л.М. Куртасова, Е.А. Шкапова, Н.В. Рачкова, Р.А. Зуков</i>	
<b>Особенности индивидуальной клеточной чувствительности к реаферону <i>in vitro</i> у больных раком почки до и после интерферонотерапии</b> .....	139
<i>Т.Н. Мусаев, А.Р. Алиев, А.М. Али-заде</i>	
<b>Комбинированное хирургическое вмешательство при местно-распространенном раке почки</b> .....	140

<i>С.Н. Наврузов, М.Н. Тилляшайхов, Н.М. Рахимов</i>	
<b>Радикальная нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией в хирургическом лечении почечно-клеточного рака .....</b>	<b>140</b>
<i>А.С. Переверзев, Ю.А. Илюхин, В.А. Козлюк</i>	
<b>Смена парадигмы в лечении метастатического рака почки .....</b>	<b>141</b>
<i>А.С. Переверзев, Ю.А. Илюхин, Д.В. Щукин</i>	
<b>Прогнозирование выживаемости пациентов с внутривенным распространением почечно-клеточного рака .....</b>	<b>142</b>
<i>К.В. Пучков, А.З. Винаров, С.Н. Савельев, И.И. Балаклеяцев, О.П. Курчатова</i>	
<b>Первый опыт применения лапароскопического ультразвукового исследования в оперативном лечении опухоли почки .....</b>	<b>143</b>
<i>К.В. Пучков, А.З. Винаров, С.Н. Савельев, И.И. Балаклеяцев, О.П. Курчатова</i>	
<b>Первый опыт применения клея BioGlue («Cryolife») при лапароскопической резекции почки по поводу объемных образований .....</b>	<b>144</b>
<i>К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Р.В. Васин</i>	
<b>Хирургическое лечение рака почки на современном этапе .....</b>	<b>145</b>
<i>Н.М. Рахимов, М.Н. Тилляшайхов</i>	
<b>Лимфодиссекция в лечении почечно-клеточного рака .....</b>	<b>146</b>
<i>М.Н. Тилляшайхов, А.Х. Пармонов, Н.М. Рахимов</i>	
<b>Результаты выполнения расширенной лимфодиссекции при почечно-клеточном раке .....</b>	<b>146</b>
<i>И.В. Тимофеев</i>	
<b>Общая выживаемость больных метастатическим почечно-клеточным раком, получавших сунитиниб, в России и СНГ .....</b>	<b>147</b>
<i>В.Б. Филимонов, К.В. Пучков, Р.В. Васин</i>	
<b>Сравнительная оценка качества жизни после выполнения открытой и лапароскопической нефрэктомии при раке почки .....</b>	<b>148</b>
<i>В.Б. Филимонов, К.В. Пучков, Р.В. Васин</i>	
<b>Сравнительная оценка отдаленных результатов открытой и лапароскопической нефрэктомии при почечно-клеточном раке .....</b>	<b>148</b>
<i>И.В. Чернышев, О.Л. Калия, Ю.В. Самсонов, О.В. Осипов</i>	
<b>Опыт клинического применения бинарной каталитической системы при метастатическом раке почки .....</b>	<b>150</b>
<i>И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.А. Жернов, Д.В. Алтунин, О.В. Осипов</i>	
<b>Органосохраняющее лечение при почечно-клеточном раке .....</b>	<b>150</b>
<b>РАЗДЕЛ IV. РАЗНОЕ</b>	
<i>Д.К. Абдурахмонов, М.Н. Тилляшайхов, Ш.Т. Хасанов, О.О. Кутлиев</i>	
<b>Выбор тактики лечения при осложненных формах опухолей органов малого таза .....</b>	<b>152</b>
<i>Р.М. Абдрахманов, Б.В. Халилов, Х.Р. Рафикович</i>	
<b>О необходимости участия дерматовенерологов в диагностике и профилактике злокачественных новообразований уrogenитального тракта .....</b>	<b>152</b>
<i>А.С. Белохвостов, О.А. Хохлова</i>	
<b>Экзосомы мочи при онкологических заболеваниях .....</b>	<b>153</b>
<i>М.И. Давидов, Д.С. Юдин</i>	
<b>Почечная гемангиома: анализ данных литературы и собственных наблюдений .....</b>	<b>153</b>
<i>А.Д. Каприн, С.А. Иванов, А.А. Клименко</i>	
<b>Уроантисептическая терапия в лечении лучевого цистита у женщин .....</b>	<b>154</b>
<i>С.Е. Коновалов, А.А. Зимичев</i>	
<b>Инновации в органосохраняющем лечении рака мочевого пузыря и рака предстательной железы .....</b>	<b>155</b>
<i>В.Н. Крупин, Е.А. Тарарова, О.С. Стрельцова</i>	
<b>Патогенетическое обоснование лечения лучевого цистита .....</b>	<b>156</b>

<i>В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, К.М. Фигурин, В.А. Черняев, А.В. Митин</i>	
<b>Забрюшинная лимфаденэктомия при диссеминированных несеминомных герминогенных опухолях яичка после индукционной химиотерапии с сохранением положительных опухолевых маркеров .....</b>	<b>157</b>
<i>С.В. Мишугин, И.Э. Рытин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова</i>	
<b>Особенности формирования уретероилеоанастомоза при радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря .....</b>	<b>158</b>
<i>С.Н. Наврузов, М.Н. Тилляшайхов, Н.Ш. Юлдашева, Д.К. Абдурахмонов, М.И. Болтаев</i>	
<b>Результаты симптоматических операций у больных с осложненными опухолями органов малого таза .....</b>	<b>159</b>
<i>Д.В. Перлин, С.П. Даренков, И.В. Александров</i>	
<b>Радикальная цистэктомия с формированием илеумкондуита у пациента после трансплантации почки .....</b>	<b>159</b>
<i>Л.М. Рапопорт, Д.Г. Цариченко, А.В. Аксенов, Ж.Ш. Инояттов, Г.Н. Аюпян</i>	
<b>Ригидная уретеропиелоскопия при папиллярных опухолях верхних мочевых путей: осложнения метода .....</b>	<b>160</b>
<i>И.Э. Рытин, С.В. Мишугин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова</i>	
<b>Опыт хирургического лечения больных переходно-клеточным раком верхних мочевых путей .....</b>	<b>161</b>
<i>А.В. Сухарев, Т.А. Шароев, Н.А. Кошечкина, В.Г. Поляков, А.С. Петросян</i>	
<b>Осложнения хирургического этапа лечения детей с нефробластомой в сочетании с опухолевыми тромбами почечных вен и нижней полой вены .....</b>	<b>162</b>
<i>И.В. Тихонов, В.В. Асташов, О.В. Казаков</i>	
<b>Влияние фитосорбционной коррекции на лимфатический регион предстательной железы в условиях венозного застоя органов малого таза .....</b>	<b>163</b>
<i>В.А. Фадеев, А.В. Сергеев</i>	
<b>Уродинамика нижних мочевых путей после ортотопического замещения мочевого пузыря сегментом желудка .....</b>	<b>164</b>
<i>Т.А. Шароев, И.Н. Соколова, М.В. Рубанская, Н.А. Кошечкина, Т.Р. Панферова, А.С. Петросян, А.В. Сухарев</i>	
<b>Нефробластоматоз – предраковое заболевание у детей? .....</b>	<b>165</b>
<i>Е.А. Шкапова, Л.М. Куртасова, Р.А. Зуков, И.В. Табарин</i>	
<b>Сравнительный анализ функционально-метаболических характеристик нейтрофилов крови больных раком почки до и после хирургического лечения .....</b>	<b>166</b>
<i>С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов</i>	
<b>Несостоятельность анастомоза мочеточника .....</b>	<b>167</b>
<i>С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов</i>	
<b>Профилактика несостоятельности анастомоза мочеточника .....</b>	<b>168</b>
<i>С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов</i>	
<b>Пузырно-мочеточниковый рефлюкс после реимплантации мочеточника .....</b>	<b>168</b>
<i>С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов</i>	
<b>Пузырно-мочеточниковый рефлюкс как причина восходящего пиелонефрита у онкоурологических больных .....</b>	<b>169</b>
<i>С.В. Шкодкин, Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов</i>	
<b>Роль дренажей в развитии госпитальной мочевой инфекции у онкоурологических больных .....</b>	<b>169</b>

## С п и с о к с о к р а щ е н и й

---

АД – артериальное давление  
В/в – внутривенно  
В/м – внутримышечно  
ГТ – гормонотерапия  
ГЭ – гематоксилин-эозин  
ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы  
ДИ – доверительный интервал  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
ЗН – злокачественные новообразования  
ИЛ – интерлейкин  
ИГХ – иммуногистохимический  
ИФА – иммуноферментный анализ  
ИФН – интерферон  
КТ – компьютерная томография  
ЛАЭ – лимфаденэктомия  
ЛГРГ – лютеинизирующий гормон релизинг-гормона  
ЛТ – лучевая терапия  
ЛУ – лимфатические узлы  
МАБ – максимальная андрогенная блокада  
МП – мочевого пузыря  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография  
НПВ – нижняя полая вена  
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты  
ОР – относительный риск  
ПЖ – предстательная железа  
ПИН – простатическая интраэпителиальная неоплазия  
П/к – подкожно  
ПКР – почечно-клеточный рак  
ПМЗО – первично-множественные злокачественные опухоли  
ПРИ – пальцевое ректальное исследование  
ПСА – простатспецифический антиген  
ПТГ – паратгормон  
ПЦР – полимеразная цепная реакция  
РМП – рак мочевого пузыря  
РП – рак почки  
РПЖ – рак предстательной железы  
РПЭ – радикальная простатэктомия  
РЦЭ – радикальная цистэктомия  
РЧА – радиочастотная абляция  
СД – сахарный диабет  
СОД – суммарная очаговая доза  
СОЭ – скорость оседания эритроцитов  
ТЛАЭ – тазовая лимфаденэктомия  
ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование  
ТУР – трансуретральная резекция  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФНО – фактор некроза опухоли  
ХПН – хроническая почечная недостаточность  
ХТ – химиотерапия  
ЦДК – цветное доплеровское картирование

## Раздел I

# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПОВЫШЕНИЯ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

**Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, Н.В. Воробьев,  
К.М. Ньюшко, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева**  
*МНИОИ им. П.А. Герцена*

Известно, что у 20–40% больных клинически локализованным РПЖ при морфологическом исследовании после РПЭ выявляется экстракапсулярная инвазия (ЭИ) опухоли или метастазы в ЛУ.

**Цель исследования** – определение предоперационных факторов, позволяющих прогнозировать повышение стадии РПЖ после РПЭ у больных с клинически локализованным опухолевым процессом.

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ включены 418 больных клинически локализованным РПЖ, которым в 1999–2008 гг. в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена была выполнена позадилоная РПЭ с тазовой лимфаденэктомией. Средний возраст пациентов составил  $63,2 \pm 6,2$  года. Средний уровень ПСА  $12,8 \pm 9,5$  нг/мл. Стадия сT1b диагностирована у 25 (6%) больных, сT1c – у 102 (24,4%), сT2a – у 35 (8,4%), сT2b – у 62 (14,8%) и сT2c – у 194 (46,4%) пациентов. Сумма баллов по шкале Глисона в биопсийном материале составила 2–4 у 86 (20,6%) больных, 5–6 – у 218 (52,2%), 7 – у 65 (15,6%) и 8–10 – у 16 (3,8%) пациентов. У 33 (7,9%) больных сумма Глисона перед РПЭ не была определена в связи с наличием микроочагов рака в биоптатах. Для оценки значимости предоперационных факторов в отношении прогнозирования повышения стадии РПЖ после РПЭ применяли однофакторный (корреляционный анализ Спирмена, методы Манна – Уитни и Пирсона) и многофакторный (логистическая регрессия) анализы.

**Результаты.** По данным послеоперационного морфологического исследования, стадия pT2N0 выявлена у 279 (66,7%) больных, pT3N0 – у 100 (23,9%), pT2N1 – у 10 (2,4%) и pT3N1 – у 29 (6,9%) пациентов. Таким образом, более высокая пато-

морфологическая стадия диагностирована у 139 (33,3%) больных. При моновариантном анализе возраст больных ( $p=0,34$ ), индекс массы тела ( $p=0,056$ ), объем ПЖ ( $p=0,097$ ) достоверно не различались в подгруппах больных с патоморфологически локализованными РПЖ и РПЖ с ЭИ или метастазами в ЛУ. Наличие пальпируемой ( $p=0,0006$ ) или визуализированной ( $p<0,0001$ ) опухоли, клиническая стадия ( $p=0,002$ ), процент позитивных биоптатов (РВС) ( $p<0,0001$ ), сумма баллов по шкале Глисона в биопсийном материале ( $p<0,0001$ ), перинеуральная инвазия ( $p=0,022$ ) и неoadъювантная ГТ ( $p=0,038$ ) в моновариантном анализе статистически достоверно коррелировали с вероятностью изменения стадии процесса после РПЭ. При многофакторном анализе только процент позитивных биопсийных столбиков оказался статистически достоверным фактором прогноза повышения стадии РПЖ (от сT1b–сT2c до pT3 или pN+).

**Выводы.** Частота повышения стадии опухолевого процесса после РПЭ у больных клинически локализованным РПЖ составила в нашем исследовании 33,3%. Наиболее значимым фактором прогнозирования большей распространенности процесса является процент позитивных биоптатов.

### ВЛИЯНИЕ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА КОСТНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Ю.Л. Демидко**  
*Клиника урологии ММА им. И.М. Сеченова*

РПЖ, так же как и многие злокачественные опухоли, нередко сопровождается поражением костей и нарушением кальциевого обмена. Независимо от местного или генерализованного остеолита патогенез усиленной костной резорбции обусловлен нарушением нормального механизма костеобразования (В.М. Моисеенко, 2004).

Механизм развития остеобластических метастазов, характерных для РПЖ, малоизучен. Тем не менее известно, что при этом происходит образование новой костной ткани вокруг опухолевых клеток на поверхности трабекул. Однако сейчас уже оче-

видно, что, помимо костеобразования, имеет место процесс остеолиза, так как уровень известных маркеров костной резорбции при этом всегда повышен (В. Воусе, 1998).

Метаболизм костной ткани испытывает влияние не только опухолевых, но и лечебных факторов. На фоне ГТ отмечается снижение минеральной плотности костной ткани как в поясничных позвонках, так и в различных участках бедренной кости (M.R. Smith, 2003).

**Цель исследования** – уточнение параметров минерального обмена костной ткани и выявление наиболее значимых факторов, влияющих на него.

Под наблюдением специалистов клиники урологии ММА им. И.М. Сеченова находятся 32 пациента с гистологическим подтверждением диагноза РПЖ в возрасте 65 (52–82) лет<sup>1</sup>. У этой группы больных в процессе исследования была уточнена динамика маркеров костного обмена, в том числе ПТГ (N – 15–65 пг/мл). У 17 пациентов по данным остеосцинтиграфии исключено метастатическое поражение скелета, а у 15 – выявлены метастазы. Исходный уровень ПТГ составил в 1-й группе 35,12 (16,5–103,2) пг/мл, во 2-й – 41,2 (6,4–146,4) пг/мл и значимо не различался ( $p=0,38$ )<sup>2</sup>.

Все больные получали лечение антиандрогенами в комбинации с медикаментозной – 22 (68,8%) или хирургической – 10 (31,2%) кастрацией. Исходный уровень ПТГ в группах также значимо не различался ( $p=0,167$ ).

В процессе лечения у 22 (68,8%) пациентов к антиандрогенной терапии добавлено лечение золедроновой кислотой. Основанием к назначению данного вида терапии было повышение маркера резорбции костной ткани ( $\beta$ -cross-laps, N < 0,3 нг/мл) у больных местно-распространенным – 0,42 (0,23–1,4) нг/мл и диссеминированным – 0,73 (0,45–2,2) нг/мл РПЖ. Уровень маркера костной резорбции был значимо выше ( $p=0,048$ ) при метастатическом поражении скелета.

Больным местно-распространенным РПЖ золедроновая кислота назначена в дозе 4 мг 1 раз в 3 мес, при метастазах – 4 мг 1 раз в месяц. В процессе применения бисфосфоната проводилось исследование маркеров костного обмена с целью определения эффективности и продолжительности данного вида терапии.

У больных местно-распространенным РПЖ за 8,5 мес лечения золедроновой кислотой отмечено снижение уровня маркера костной резорбции ( $p=0,069$ )<sup>3</sup>. Без данного вида лечения при контрольном исследо-

вании в течение 10,6 мес показатель резорбции костной ткани был сопоставим с исходным ( $p=0,398$ ).

При диссеминированном РПЖ в течение 4,4 мес применения зометы зафиксировано значимое снижение маркера костной резорбции ( $p=0,009$ ). Без назначения зометы при диссеминированном РПЖ в течение 6,2 мес изменения уровня маркера не отмечено ( $p=0,18$ ). Таким образом, применение золедроновой кислоты позволило уменьшить признаки костной резорбции, которая при РПЖ носит патологический характер.

Не менее интересной была динамика ПТГ при назначении зометы. При лечении аналогами ЛГРГ контрольный уровень ПТГ составил 42,35 (18,9–133,2) пг/мл, а при орхиэктомии – 61 (16,5–179,4) пг/мл. На фоне хирургической кастрации без назначения зометы уровень ПТГ был выше – 173,9 (64,7–179,4) пг/мл, чем при назначении бисфосфоната – 46,8 (16,5–121,6) пг/мл ( $p=0,53$ ). При этом наличие или отсутствие метастатического поражения не влияло на динамику уровня ПТГ ( $p=0,425$ ).

Многоцентровые рандомизированные исследования показали, что эффективность медикаментозной и хирургической кастрации одинакова (У.К. Оха, Дж. Логью, 2009). Применение хирургической и медикаментозной кастрации в равной мере позволяет достичь снижения уровня тестостерона и создать условия для предотвращения прогрессирования гормонозависимого пула опухолевых клеток. Выявленное повышение уровня ПТГ на фоне орхиэктомии у больных РПЖ позволяет предположить участие яичка в других обменных процессах, в том числе в минеральном обмене.

ПТГ регулирует концентрацию кальция в сыворотке крови. Его секреция околотитовидными железами повышается в ответ на низкую концентрацию ионизированного кальция в крови. ПТГ – мощный стимулятор резорбции и оказывает двухфазное действие на формирование костной ткани. На стромальных клетках и остеобластах имеются рецепторы этого гормона. ПТГ способствует росту клеток остеобластического ряда, причем этот эффект осуществляется путем активации в них аденилатциклазы. При быстром и выраженном повышении концентрации ПТГ происходит стимуляция активности остеокластов и нарастание костной резорбции (Л.И. Беневоленская, Е.Л. Насонов, 2003).

Применение зометы в комплексном лечении больных местно-распространенным и метастатическим РПЖ позволяет уменьшить патологический костный обмен, причиной которого являются опухолевые факторы, в частности метастатическое поражение. Золедроновая кислота способна стабилизировать минеральный обмен и предотвратить неблагоприятные побочные эффекты, возникшие в процессе ГТ РПЖ.

<sup>1</sup> Здесь и далее указана медиана, 5-й и 95-й перцентиль.

<sup>2</sup> Здесь и далее применен критерий Манна – Уитни.

<sup>3</sup> При сравнении исходного и контрольного показателей исследован критерий Уилкоксона.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАТГОРМОНА ПРИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.Г. Аляев, А.З. Винаров, Ю.Л. Демидко

*Клиника урологии ММА им. И.М. Сеченова*

**Введение.** С возрастом происходит снижение порога чувствительности клеток окологитовидных желез к кальцию. Это приводит к повышению выработки ПТГ даже при нормальном уровне кальция сыворотки крови.

Под влиянием избытка ПТГ остеобласты начинают усиленно секретировать инсулиноподобный фактор роста-1 и цитокины, которые активируют остеокласты и усиливают резорбцию костной ткани. Этот процесс усиливает вымывание кальция из костей и приводит к возникновению гиперкальциемии.

Снижение кишечной абсорбции кальция (результат дефицита кальция в пище и уменьшение уровня витамина D) способствует развитию гипокальциемии и вторичного гиперпаратиреозидизма.

Существует предположение о связи между возрастным повышением уровня ПТГ и снижением витамина D (А. Blumsohn, R. Eastell, 2000).

Кроме того, на фоне повышения уровня ПТГ и снижения витамина D отмечено уменьшение плотности рецепторов D-гормона – активного метаболита витамина D (Е. Шахт, 2009). Это проявляется дегенерацией быстрых мышечных волокон II типа и сокращением тонуса проксимальных мышц.

Под влиянием избытка ПТГ повышается уровень инсулина и возникает состояние относительной инсулинорезистентности.

Многочисленные эффекты повышения ПТГ и связанного с ним дефицита витамина D могут быть причиной различной патологической симптоматики у больных РПЖ, которые получают ГТ. Это обусловлено возрастом пациентов, а также характером лечения, направленного на подавление синтеза тестостерона и блокирование его эффектов.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в клинике урологии ММА находятся 74 пациента с местно-распространенным РПЖ. Возраст больных составил 68 (52–85) лет<sup>1</sup>. Метастазы в кости исключены по данным изотопного исследования костей скелета. Пациенты получали гормональное лечение, которое включало применение антиандрогенов в комбинации с хирургической – 13 (17,6%) или ме-

дикаментозной – 49 (66,2%) кастрацией. Без андрогенной депривации было 12 (16,2%) пациентов. Срок лечения составил 6 (1–58) мес. Во всех группах больных исследован уровень ПТГ.

**Результаты.** Уровень ПТГ составил 41,07 (16,6–107,7) пг/мл. У 20,5% больных местно-распространенным РПЖ отмечено повышение данного показателя.

При стабилизации и прогрессировании опухолевого процесса уровни ПТГ ( $p=0,365$ )<sup>2</sup> значимо не различались.

Содержание ПТГ не имело значимой корреляции с возрастом пациентов ( $r=0,217$ ,  $p=0,184$ )<sup>3</sup> и продолжительностью гормонального лечения ( $r=0,206$ ,  $p=0,2$ ).

Повышение уровня ПТГ выявлено у 20% пациентов без кастрации, у 13,8% – при лечении аналогами ЛГРГ и у 60% – при орхиэктомии. При хирургической и медикаментозной кастрации динамика увеличения числа пациентов с повышенным содержанием ПТГ была одинаковой. При монотерапии антиандрогенами повышение уровня ПТГ было отсрочено на год.

**Обсуждение.** Таким образом, повышенный уровень ПТГ зафиксирован у 20,5% больных, при этом наибольшая частота повышения выявлена при хирургической кастрации.

Люди пожилого возраста чувствительны даже к легкой гиперкальциемии, пик которой приходится на 60–70 лет. В клинической картине преобладает поражение центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, почек, желудочно-кишечного тракта, снижение тонуса проксимальных мышц (А.В. Печерский, 2005; Е. Шахт, 2009).

**Выводы.** Эти данные могут уточнить причины возникновения неблагоприятных эффектов ГТ и могут служить обоснованием к уточнению минерального обмена больных местно-распространенным РПЖ. В случае выявления нарушений может быть показано назначение аналогов витамина D (альфакальцидол), который активируется в печени и других органах-мишенях до D-гормона в «обход» системы регуляции в почках (В.Е. Nordin, 1999; К.Н. Lau, 1999). Уровень D-гормона в крови не превышает критических значений из-за прямого связывания с рецепторами в органах-мишенях. Это отчасти объясняет тот факт, почему в ходе клинических испытаний с назначением D-гормона редко возникает гиперкальциемия (Е. Шахт, 2009). Данная тактика позволит увеличить выживаемость пациентов при сохранении достаточного качества их жизни.

<sup>1</sup>Указана медиана, в скобках 5-й и 95-й перцентили.

<sup>2</sup>Применен критерий Крускалла – Уоллиса.

<sup>3</sup>Использован критерий корреляции Пирсона.



## ВОЗМОЖНА ЛИ РОЛЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Ю.Г. Аляев<sup>1</sup>, Б.С. Народицкий<sup>2</sup>,  
А.В. Гудков<sup>3</sup>, А.З. Винаров<sup>1</sup>, Д.Ю. Логунов<sup>2</sup>,  
М.М. Шмаров<sup>2</sup>, Ю.А. Барыкова<sup>2</sup>,  
Н.А. Винарова<sup>2</sup>, Д.Н. Фиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ММА им. И.М. Сеченова;

<sup>2</sup>Институт им. Н.Ф. Гамалеи, Москва;

<sup>3</sup>Росвэлл Парк, Институт рака, США

**Цель исследования** — определение возможной корреляции между персистенцией микоплазменной инфекции и РПЖ.

**Материалы и методы.** Обследовано 250 мужчин в возрасте от 45 до 83 лет (средний возраст  $65,5 \pm 0,71$  года) с подозрением на РПЖ. Всем пациентам выполнена полифокальная биопсия ПЖ из 12 точек с дополнительным забором 2 столбиков ткани из периферической зоны обеих долей. Основной материал направляли на морфологическое исследование, 2 дополнительных столбика изучали на предмет наличия ДНК микоплазм методом ПЦР и real-time ПЦР. Исследование носило слепой характер. По результатам морфологического заключения пациенты были поделены на 2 группы: 1-я — хронический простатит, аденома ПЖ, ПИН низкой степени; 2-я — ПИН высокой степени (ВС), РПЖ. Различий по возрасту между группами не было ( $p=0,05$ ).

**Результаты.** У 127 человек применена стандартная методика ПЦР. В результате анализа установлено, что у 26 (20,5%) из 127 пациентов с подозрением на РПЖ выявлена микоплазменная инфекция. При этом у 21 (26,2%) из 81 пациента с верифицированными ПИН ВС и РПЖ обнаружена микоплазма. *Mycoplasma hominis* встречалась у 19 (15%) пациентов из 127 с подозрением на РПЖ, а из 81 больного с верифицированными ПИН ВС и РПЖ у 16 (20%) имела данная инфекция. При сравнении частоты встречаемости ПИН ВС и РПЖ у больных общей группы (60%) и пациентов с микоплазменной инфекцией (80,8%) установлены достоверные различия ( $p=0,031$ ). У пациентов с *Mycoplasma hominis* ПИН ВС и РПЖ также встречались достоверно ( $p=0,033$ ) чаще (84,2%), чем в общей группе больных (60%). Достоверных различий ( $p=0,05$ ) по частоте встречаемости ПИН ВС и РПЖ у больных общей группы (60%) и пациентов с *Mycoplasma genitalium* (71,4%) не получено.

У пациентов с верифицированным РПЖ и ПИН ВС *Mycoplasma hominis* была более распространена (20%), чем *Mycoplasma genitalium* (6,2%), что и привлекло в дальнейшем наше более пристальное внимание именно к этому патогену.

Для выявления микоплазм у пациентов применяли методику real-time ПЦР. Из 123 больных с подозрением на РПЖ у 63 человек выявлены ПИН ВС и аденокарцинома ПЖ, а у 46 (37%) — *Mycoplasma hominis*. Частота ПИН ВС и РПЖ ( $n=34$ ) у пациентов с выделенной ДНК *Mycoplasma hominis* ( $n=46$ ) составила 73,9%, что достоверно выше, чем в группе больных без *Mycoplasma hominis* ( $p<0,001$ ).

**Заключение.** По результатам проведенного исследования установлена достоверно большая корреляция по частоте встречаемости ПИН ВС и РПЖ у больных с микоплазменной инфекцией, чем в общей группе пациентов с подозрением на РПЖ. Это подтверждено как с помощью применения стандартной методики определения ДНК микоплазм, так и посредством проведения диагностики real-time ПЦР.

## РАДИКАЛЬНАЯ ПОЗАДИЛОННАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У 120 БОЛЬНЫХ

В.А. Атдуев<sup>1,2,3</sup>, В.В. Шутов<sup>2</sup>, Г.А. Березкина<sup>1</sup>,  
Г.В. Иванов<sup>3</sup>, Д.С. Ледяев<sup>1</sup>, А.А. Данилов<sup>1</sup>,  
З.В. Амоев<sup>1</sup>, М.Б. Дырдик<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУ Приволжский окружной медицинский центр  
ФМБА, Нижний Новгород;

<sup>2</sup>ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница;

<sup>3</sup>Медико-санитарная часть №50 ФМБА, Саров

**Введение.** Несмотря на развитие лапароскопической и роботассоциированной техники проведения РПЭ, позадилонная РПЭ остается наиболее часто применяемым радикальным методом лечения больших локализованных РПЖ.

**Цель исследования** — изучение ранних послеоперационных осложнений позадилонной РПЭ.

**Материалы и методы.** В период с марта 2004 г. по июль 2009 г. позадилонная РПЭ проведена нами 120 больным РПЖ в возрасте от 51 до 75 лет (средний возраст 61,5 года). Объем ПЖ варьировал от 16 до 120 (средний 41,66) см<sup>3</sup>. Средний уровень общего ПСА крови до операции составил 10,9 нг/мл, сумма баллов по шкале Глисона — от 3 до 9. У 9 (7,5%) пациентов с РПЖ был установлен после выполнения ТУР ПЖ, у остальных — при обследовании по поводу по-

## Осложнения после РПЭ

Осложнение	Число случаев, %	
	в нашем исследовании	по данным литературы*
Периоперационная летальность	0,8	0–2,1
Кровотечение	2,5	1–11,5
Ранение прямой кишки	0,8	0–5,4
Венозный тромбоз (илеофemorальный)	0,8	0–8,3
Лимфоцеле	5	1–3
Несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза (мочевой затек)	0,8	0,3–15,4
Недержание мочи тяжелой степени	2,5	0–15,4
Незначительное недержание мочи	14,2	4–50
Уретрит	1,6	–
Инфаркт миокарда	0,8	–
Спаечная кишечная непроходимость	0,8	–
Раневая инфекция	1,6	–

*Примечание.* \* EAU Guidelines (2009).

вышения уровня ПСА и (или) наличия локальной симптоматики. Двенадцать (10%) больных получали неoadъювантную ГТ. Все операции выполнены одной бригадой хирургов, осуществлялась классическая позадилонная РПЭ с расширенной лимфаденэктомией: удаляли запираательные, наружные, внутренние и общие подвздошные, пресакральные ЛУ. У 21 больного выполнена нервосберегающая РПЭ.

**Результаты и обсуждение.** Операции длились в среднем 2,5 (от 1,5 до 3) ч. Интраоперационная кровопотеря составила от 200 мл до 2 л (в среднем 600 мл). Ранение прямой кишки возникло у 1 больного (см. таблицу), оперированного после ТУР ПЖ с объемом железы 18 см<sup>3</sup>, содержанием ПСА 1,5 нг/мл. Во время операции отмечалась выраженная инфильтрация перипростатических тканей. При гистологическом исследовании послеоперационного материала установлено наличие низкодифференцированной аденокарциномы (4+5=9 баллов по шкале Глисона), выявлены метастазы в ЛУ. Больному назначена ГТ. Других интраоперационных осложнений не было. В ближайшие сроки после операции (до 1 мес) летальный исход зафиксирован у 1 (0,8%) пациента, причиной смерти явилось осложнение анестезиологического пособия (острая дыхательная недостаточность). У 2 больных в 1-е сутки и у 1 на 3-и сутки после операции развилось кровотечение, потребовавшее выполнения повторной операции. В одном случае кровотечение возникло после самостоятельного удаления больным в состоянии психомоторного возбуждения уретрального катетера и дренажа. Пациента прооперировали, повторно у него был сформиро-

ван разорванный пузырно-уретральный анастомоз и осуществлен гемостаз. У второго больного причиной кровотечения явились мелкие вены правой боковой стенки мочевого пузыря, сосуды были прошиты, кровотечение остановлено. В третьем случае причиной кровотечения стала правая запираательная вена, травмированная дренажом, кровотечение было остановлено. Все эти больные выздоровели и были выписаны из стационара. У 1 пациента, ранее оперированного по поводу перитонита, возникла спаечная кишечная непроходимость, больной был оперирован, произведен висцеролиз. У 6 (5%) больных потребовалось проведение повторных вмешательств по поводу лимфоцеле больших размеров. Уретральный катетер удаляли в среднем на 12-е сутки. Только у 1 пациента с частичной несостоятельностью анастомоза катетер был удален через 25 дней после операции. К концу 1-го месяца после РПЭ у большинства больных купировались явления недержания мочи легкой степени и только у 3 человек отмечалось выраженное недержание мочи.

**Заключение.** Позадилонная РПЭ является сложным оперативным вмешательством, сопряженным с риском развития различных осложнений как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. Характер осложнений зависит от множества факторов: технических особенностей операции и анестезиологического пособия, сопутствующей патологии. Результаты проведенных нами РПЭ сопоставимы с данными литературы. Большинство осложнений были управляемыми, своевременная и адекватная их коррекция привела к выздоровлению пациентов.

## РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫСОКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Е.А. Безруков, Г.Е. Крупинов, П.А. Шестиперов, Р.Р. Харчилава, А.А. Левко

Клиника урологии ММА им. И.М. Сеченова

В период с 2001 по 2007 г. в клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова пролечено 357 больных РПЖ. Доля пациентов с локализованной формой составила 50% ( $n=180$ ), местно-распространенной – 21% ( $n=75$ ), диссеминированным процессом – 29% ( $n=102$ ). Все больные локализованным РПЖ распределялись по группам онкологического риска согласно модели Д'Амико (1998) на основании уровня риска по клинической стадии, содержанию ПСА и показателю Глисона: низкий риск – показатель Глисона  $<6$ , ПСА  $<10$  и T1c/T2a; промежуточный (умеренный) риск – показатель Глисона 7 или ПСА 10–20 или T2b; высокий риск – показатель Глисона 8–10 или ПСА более 20 нг/мл или T1–T2c.

РПЭ выполнена 84 пациентам. До операции у 68 (81%) больных диагностирован локализованный (сT1–2), а у 16 (19%) – местно-распространенный (сT3a–b) РПЖ. По данным предоперационного обследования, включавшего проведение биопсии, ТРУЗИ и ПРИ, МРТ с контрастированием, 17 пациентов с локализованной стадией отнесены в группу низкого риска развития костного и лимфогенного метастазирования, а также имели низкую вероятность возникновения рецидива после проведенного первичного лечения, 30 больных входили в группу умеренного и 21 – высокого онкологического риска. По данным гистоморфологического исследования удаленной ткани, у 13 (19%) из 68 больных, которые ранее относились к группе локализованного рака, отмечена экстракапсулярная инвазия. В большинстве своем ( $n=9$ ) они составили группу высокого онкологического риска. В то же время гистологическое исследование препаратов у пациентов с клиническим

местно-распространенным процессом выявило ограниченный характер поражения у 1 больного.

Общая 5-летняя выживаемость в обеих группах локализованного и местно-распространенного рака за время наблюдения составила 94%, опухолеспецифическая выживаемость – 97%, безрецидивная – 65% (см. таблицу). Умерли 3 (3,5%) пациента, причиной смерти явились прогрессирование заболевания (по 1 из группы высокого риска развития локализованного РПЖ и местно-распространенного рака), сердечно-сосудистые заболевания (инсульт у 1 больного в группе высокого риска). Клиническое прогрессирование диагностировано у 6 (7,1%) пациентов: 3 больных с местным рецидивом (1 – из группы высокого риска; 2 – имели местно-распространенный рак до выполнения РПЭ) и 3 – с генерализацией РПЖ (все пациенты имели местно-распространенный рак до проведения РПЭ). При местном рецидивировании 2 пациентам назначена дистанционная ЛТ (ДЛТ), 1 – ГТ. Уровень ПСА у всех больных снизился до посткастрационного.

В обеих группах локализованного и местно-распространенного рака 5-летняя клиническая выживаемость составила 92%: в группе локализованного рака – 95%; в группе местно-распространенного – 86%.

При сравнении выживаемости пациентов с локальным и местно-распространенным РПЖ первые имели общую 5-летнюю выживаемость 94%, опухолеспецифическую – 98%, что достоверно ( $p=0,012$  и  $0,047$  соответственно при лог-ранговом анализе) отличается от выживаемости в группе больных с местно-распространенной формой РПЖ – 86% в обоих случаях, при высоком онкориске – 81 и 95% соответственно.

Анализ результатов оперативного лечения местно-распространенного и локализованного РПЖ высокого онкологического риска показал, что они хуже, чем при низком и умеренном риске. Это обусловлено, несомненно, сложностью дифференциальной диагностики между T2 и T3 стадиями процесса, а также недостаточно ранним выявлением уже имеющихся микрометастазов в костях или ЛУ. Прогрессирование заболевания после операции связано не только с наличием рецидива в зоне операции, но и с развитием отдаленных метастазов. С учетом высокого риска рецидивирования у больных как с местно-распространенным процессом, так и с локализован-

Выживаемость больных РПЖ после РПЭ

Показатель	5-летняя выживаемость, %		
	общая	опухолеспецифическая	безрецидивная
<b>Риск:</b>			
низкий ( $n=17$ )	100	100	71
умеренный ( $n=30$ )	100	100	67
высокий ( $n=21$ )	81	95	64
местно-распространенный ( $n=16$ )	86	86	59

ным раком, целесообразно осуществление комбинированного лечения в различных сочетаниях (РПЭ + адьювантная ДЛТ, РПЭ + ГТ).

## ГОРМОНОТЕРАПИЯ В КОМБИНАЦИИ С ЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Г.Березин

ГУЗ Тамбовский областной онкологический диспансер

**Введение.** Современные ГТ и ЛТ объективно улучшают качество жизни больных и увеличивают их выживаемость.

**Цель исследования** – оценка эффективности ГТ и ЛТ данной категории больных.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 28 больных. Период наблюдения – 5 лет (2004–2008 гг.). Пациенты разделены на группы с хорошим и плохим прогнозом.

Благоприятными прогностическими факторами у больных РПЖ являются категория Т (Т1–Т2), степень дифференцировки по шкале Глисона  $\leq 6$  баллов, уровень ПСА  $\leq 10$  нг/мл.

С хорошим прогнозом было 19 пациентов, с плохим – 9. К последним отнесены больные, имеющие 2 или 3 прогностических фактора. У всех больных диагноз подтвержден морфологическим исследованием с дифференцировкой опухоли по шкале Глисона. Гистологические препараты у всех пациентов консультированы морфологами МНИ-ОИ им. П.А. Герцена. Больные с хорошим прогнозом (опухоль Т1–Т2, показатель Глисона  $\leq 6$  баллов, уровень ПСА  $\leq 10$  нг/мл) получили ГТ в режиме МАБ, монотерапии – касодекс 150 мг 1 раз в сутки. У 15 пациентов отмечена стойкая стабилизация процесса с отсутствием прогрессирования заболевания, у 4 – переход в стадию Т3–Т4, прогрессирование заболевания, что потребовало назначения ЛТ; 5-летняя выживаемость составила 85,3%. Больным с плохим прогнозом ( $n=9$ ) назначалась ГТ: неоадьювантная – 3 мес, сопутствующая (во время облучения), адьювантная – 12 мес, облучение ПЖ, СОД 70 Гр. У 2 больных на фоне проводимого лечения возникло прогрессирование заболевания – метастазирование в кости скелета с ухудшением качества жизни, еще у 2 наступила острая задержка мочи, что потребовало наложения цистостомы. У 5 больных зафиксирована стабилизация процесса.

**Результаты.** Срок наблюдения составил 5 лет. Все 28 больных получили лечение. У 15 пациентов, которым была проведена ГТ, отмечена стабилизация процесса, у 4 – прогрессирование заболевания, переход в категорию Т3–Т4. Из 9 больных с плохим прогнозом у 2 наблюдалось прогрессирование заболевания с метастазированием в кости скелета, у 5 отмечена стабилизация процесса, у 2 – острая задержка мочи; 5-летняя выживаемость составила 30%.

**Выводы.** Гормонотерапия клинически локализованного РПЖ с хорошим прогнозом для жизни позволяет добиться вполне удовлетворительных результатов и может конкурировать с хирургическим методом лечения.

Больным с плохим прогнозом для жизни на фоне ГТ требуется назначение ЛТ, что позволяет улучшить их качество жизни.

## ОПЫТ ОБСЛЕДОВАНИЯ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.А. Бирюков, Н.А. Горбань, Н.Г. Минаева, А.Н. Юрченко, А.А. Жариков, Д.В. Неледов, Г.Н. Гришин, Е.М. Паршков

МРНЦ РАМН, Обнинск

На сегодняшний день проблема заболеваемости РПЖ приобрела не только медицинскую, но и социальную значимость. В РФ > 50% пациентов при первом обращении к врачу имеют местно-распространенный или метастатический характер заболевания.

**Цель исследования** – повышение выявляемости РПЖ при обследовании мужского населения.

**Материалы и методы.** В период с февраля 2008 г. по март 2009 г. обследовано 1080 мужчин Обнинска. Средний возраст пациентов составил  $66,2 \pm 8,5$  года. Им проводились ПРИ и УЗИ ПЖ, определение в крови уровня ПСА, пункционная биопсия (по показаниям) для морфологической верификации диагноза.

**Результаты.** На основании критериев отбора была сформирована группа риска развития РПЖ, в которую вошли 114 пациентов. Критериями отбора служили: 1) уровень ПСА > 10 нг/мл; 2) соотношение свободной фракции ПСА к общему ПСА < 15%; 3) показания по ПРИ и УЗИ ПЖ. У 99 пациентов проведена пункционная биопсия ПЖ, 15 – отказались от дальнейшего обследования.

У 71 (71,71%) больного выявлен РПЖ, у 13 (13,13%) – ПИН высокой степени, у 3 (3,03%) – атипичная ацинарная пролиферация (ASAP), у 7 (7,07%)

–ДГПЖ и у 4 – хронический простатит. В группе пациентов с гистологически подтвержденным РПЖ средний уровень ПСА составил  $32,6 \pm 2,5$  нг/мл, в группе риска (ПИН высокой степени и ASAP)  $16,6 \pm 3,9$  нг/мл, в группе с неопухоловой патологией  $8,3 \pm 1,7$  нг/мл. У 23 пациентов сумма баллов по шкале Глисона составила 6, у 30 – 7, у 9 – 8, у 7 – 9, у 2 – 10. Из 71 пациента с подтвержденным РПЖ обследованы 69. Распределение по Т-стадиям выглядит следующим образом: T1 – 4,3%, T2 – 49,3%, T3 – 37,7% и T4 – 9,7%; по регионарному метастазированию: N0 – 84%, N1 – 11,6% и Nx – 4,3%. Отдаленные метастазы выявлены у 20,1% пациентов. При T1 стадии у всех больных за исключением одного сумма Глисона составила 6 (3+3) баллов, при T2 стадии у подавляющего большинства пациентов – 6 либо 7 баллов, при T3 – 7,8 и 9, а при T4 – 9 и 10 баллов. В группе больных с метастазами в регионарные ЛУ и/или отдаленными метастазами сумма баллов по шкале Глисона составила не менее 7 с преобладанием 8–10. У пациентов без метастазов данный показатель был равен 6–7 с единичными случаями 8 и 9 баллов.

Диапазон показателей ПСА в крови обследованных пациентов на этапе диагностики составил от 0,04 до 1270 нг/мл. В группе больных с высокодифференцированными опухолями (сумма Глисона 6–7) средний уровень ПСА составил  $18,5 \pm 3,5$  нг/мл, а в группе с низкодифференцированными –  $75,5 \pm 21,6$  нг/мл. Различия между показателями групп статистически достоверно ( $p=0,0001$ , T-test). Уровень ПСА у больных с метастазами варьировал от 10,4 до 1270 нг/мл, при этом во всех случаях показатель соотношения свободного ПСА и общего был < 15%. При показателе соотношения > 15% у 12 человек диагностирован РПЖ (T1c–T3bN0M0).

**Выводы.** Благодаря программе раннего выявления диагностировано 53,6% случаев локализованного и 20,1% – метастатического РПЖ. Следует отметить, что среди пациентов с впервые обнаруженным раком зафиксировано большое число случаев местно-распространенного и метастатического РПЖ. Выявляемость РПЖ в начальных стадиях значительно улучшается при использовании программ ранней диагностики, включающих в себя определение уровня ПСА, фракций ПСА и их соотношения, а также выполнение многоместной пункционной биопсии ПЖ под контролем ультразвука. Полученные данные убедительно свидетельствуют о необходимости внедрения программ раннего выявления РПЖ у мужского населения старше 50 лет.

## КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ И СТРУКТУР МАЛОГО ТАЗА ПРИ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.В. Володина, Н.К. Силантьева, З.Н. Шавладзе, П.В. Свиридов, О.Б. Карякин  
МРНЦ РАМН, Обнинск

**Введение.** При брахитерапии локализованных форм РПЖ, которая осуществляется под контролем как УЗИ, так и КТ, актуальными являются задачи диагностической визуализации и диагностического сопровождения.

**Цель исследования** – изучение КТ-семиотики изменений, возникающих со стороны органов и структур малого таза в процессе имплантации радиоактивных источников при брахитерапии РПЖ и после ее проведения.

**Материалы и методы.** В клинике МРНЦ РАМН с 2004 г. выполняется брахитерапия локализованных форм РПЖ под контролем КТ. Всего выполнено 268 операций. КТ-сканирование осуществляется на аппарате Somatom Emotion 6 и Somatom Sensation Open 40 («Siemens»). Методика КТ-сканирования имеет ряд особенностей: угол наклона гентри составляет  $24\text{--}26^\circ$ ; пациент находится в положении на животе со специальным плотным валиком под областью малого таза; мочевого пузыря катетеризирован и заполнен раствором рентгеноконтрастного вещества; в прямую кишку для спадения ее стенок введен раствор таниновой кислоты. Анализ КТ-изображений проводили непосредственно во время имплантации (визуализация органов и структур малого таза, контроль постановки игл-троакаров и введения микроисточников), а также через 4–6 нед (контрольные исследования динамики выявленных изменений и оценка расположения источников).

Следует отметить, что с конца 2007 г. во время проведения процедуры брахитерапии РПЖ для более отчетливой визуализации органов малого таза при значительном угле наклона гентри и для уменьшения артефактов от металла мы стали использовать КТ-сканирование в шаговом режиме, а также расширение диапазона «серой» шкалы.

**Результаты.** При КТ органов малого таза во время имплантации радиоактивных источников выявлен ряд изменений, подразделенный нами на 3 группы. Во-первых, это изменения со стороны «лечебной мише-

ни», т.е. органов, на которые направлено основное лечение (ПЖ и семенные пузырьки). Выявленные изменения включали в себя смещение органов, изменение их формы, увеличение размеров, появление нечеткости контуров и неравномерности денситометрической плотности. Во-вторых, изменения со стороны «критических», т.е. соседних, органов, которые могут быть подвергнуты неблагоприятным воздействиям во время процедуры (прямая кишка, мочевого пузыря, уретра). К этим изменениям относились смещение и деформация изучаемых органов, а также появление нечеткости их контуров. В-третьих, это изменения со стороны других структур малого таза (фасции, клетчаточные пространства, нервно-сосудистые пучки), заключающиеся в появлении нечеткости контуров и уплотнении этих структур. Описанные симптомы были зафиксированы на КТ-изображениях практически сразу же после введения игл-троакаров у всех 268 пациентов. Выраженность их нарастала в процессе осуществления имплантации и по мере увеличения количества введенных источников. Выраженные изменения «лечебной мишени» были у 140 больных, умеренно выраженные — у 102 и слабо выраженные — у 26. Выраженные изменения «критических органов» отмечены у 137 пациентов; значительно выраженные изменения фасций, клетчаточных пространств и других анатомических структур малого таза были в 128 случаях. На сроке 4–6 нед после брахитерапии сохранялись слабо выраженные изменения со стороны «лечебной мишени» у 67 (25%) пациентов, а со стороны «критических органов» — у 34 (12,6%). Мы установили факторы, напрямую влияющие на степень выраженности КТ-симптомов. К ним относятся: объем «лечебной мишени»; число игл-троакаров; наличие аденомы ПЖ, способствующей более быстрому развитию отека; предшествующая ГТ по поводу РПЖ, способствующая повышенной проницаемости кровеносных сосудов, что приводит к ускоренному развитию отеков и гематом; прием антикоагулянтов.

**Выводы.** Выявляемые при КТ изменения в органах, структурах и тканях малого таза во время проведения брахитерапии РПЖ являются следствием воздействия различных травмирующих факторов, таких как вводимые иглы-троакары, радиоактивные источники, катетер Фолея. Развивается отек органов, возникают кровоизлияния, формируются гематомы. На КТ-изображениях это проявляется в виде изменения формы и объема органов, появления нечеткости их контуров, изменения плотности. Все это затрудняет четкую диагностическую визуализацию «лечебной мишени» и «критических органов» и может повлечь за собой неточности измерений, выполняемых врачом-рентгенологом при имплантации радиоактивных источников во время проведения брахитерапии РПЖ. Знание КТ-семиотики изменений в малом тазе при брахитерапии РПЖ, объективных и субъективных факторов, влияю-

щих на степень выраженности КТ-симптомов, помогает повысить уровень диагностического сопровождения и, как следствие, качество имплантации радиоактивных источников, способствует своевременной диагностике осложнений и позволяет минимизировать развитие лучевых реакций и повреждений на различных сроках после проведения брахитерапии.

## **МОДЕЛИ ПРОГНОЗА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Н.В. Воробьев, Б.Я. Алексеев, В.В. Филимонов, И.Г. Русаков**  
*МНИОИ им. П.А. Герцена*

**Цель исследования** — изучение вероятности развития экстракапсулярной инвазии (ЭИ) опухоли и лимфогенного метастазирования (N+) у больных РПЖ, перенесших РПЭ на основании факторов прогноза.

**Материалы и методы.** В исследование включено 530 больных, перенесших РПЭ в 1999–2008 гг. Возраст пациентов составил  $63,2 \pm 6,2$  (46–78) года, медиана уровня ПСА 11 нг/мл, интерквартильный размах 7,4–19,5 нг/мл. У 418 (78,9%) больных по данным предоперационного обследования диагностирован локализованный РПЖ, у 112 (21,1%) — местно-распространенный. В зависимости от дифференцировки опухоли по шкале Глисона больные распределялись следующим образом: 2–4 балла — 94 (17,7%) пациента, 5–6 баллов — 266 (50,2%), 7 баллов — 103 (19,4%), 8–10 баллов — 26 (4,9%). Для оценки диагностической эффективности разрабатываемых моделей выделена контрольная группа, состоявшая из 53 (10%) больных. При плановом гистологическом исследовании в основной группе — 477 (90%) пациентов — локализованный РПЖ диагностирован у 260 (54,5%) больных, ЭИ — у 140 (29,3%), N+ — у 70 (14,7%), в 7 (1,5%) случаях опухоль не выявлена. Для статистической обработки данных применяли программы Statistica 6,0, MS Excel, MatLab, R, C/C++. Проводили многофакторный линейный, нелинейный и логистический регрессионный анализы. Для оценки эффективности регрессионных моделей использовали значения площади под кривой ROC.

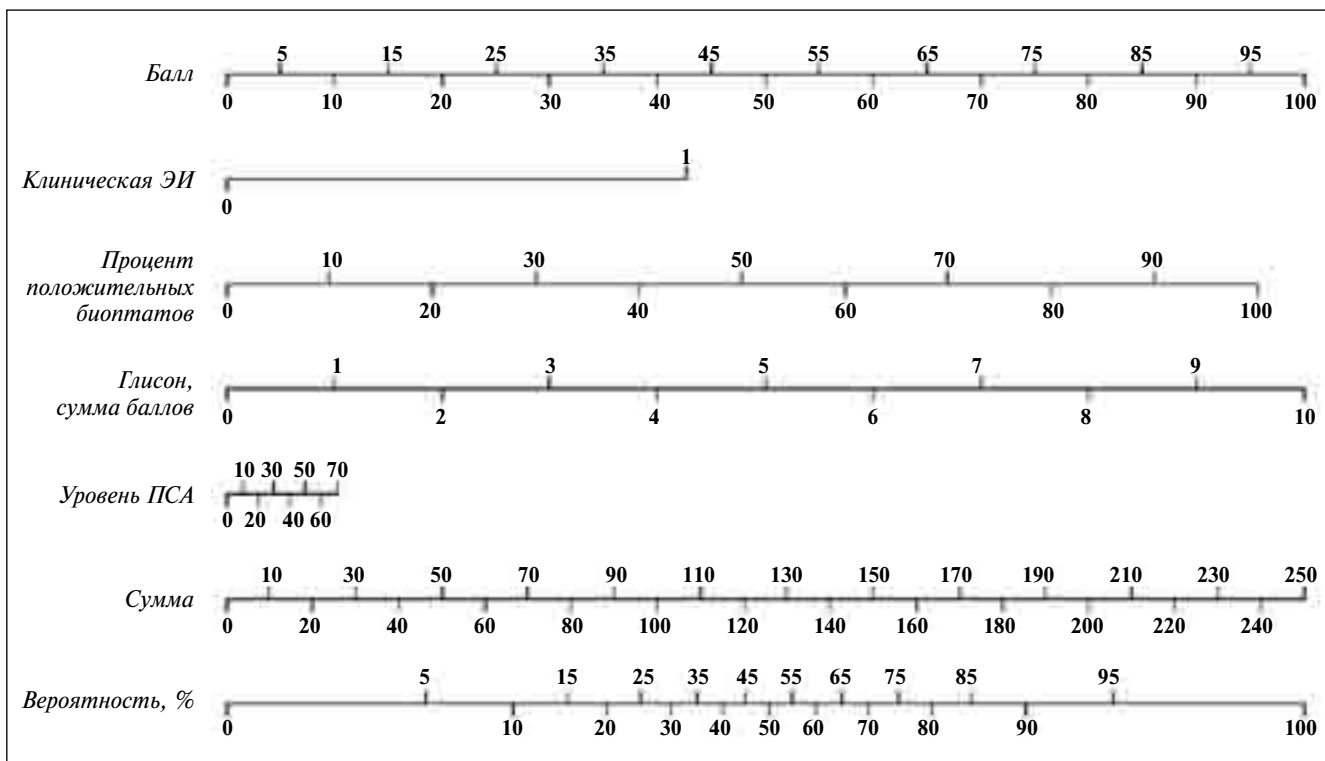


Рис. 1. Номограмма вероятности экстракапсулярного распространения опухоли

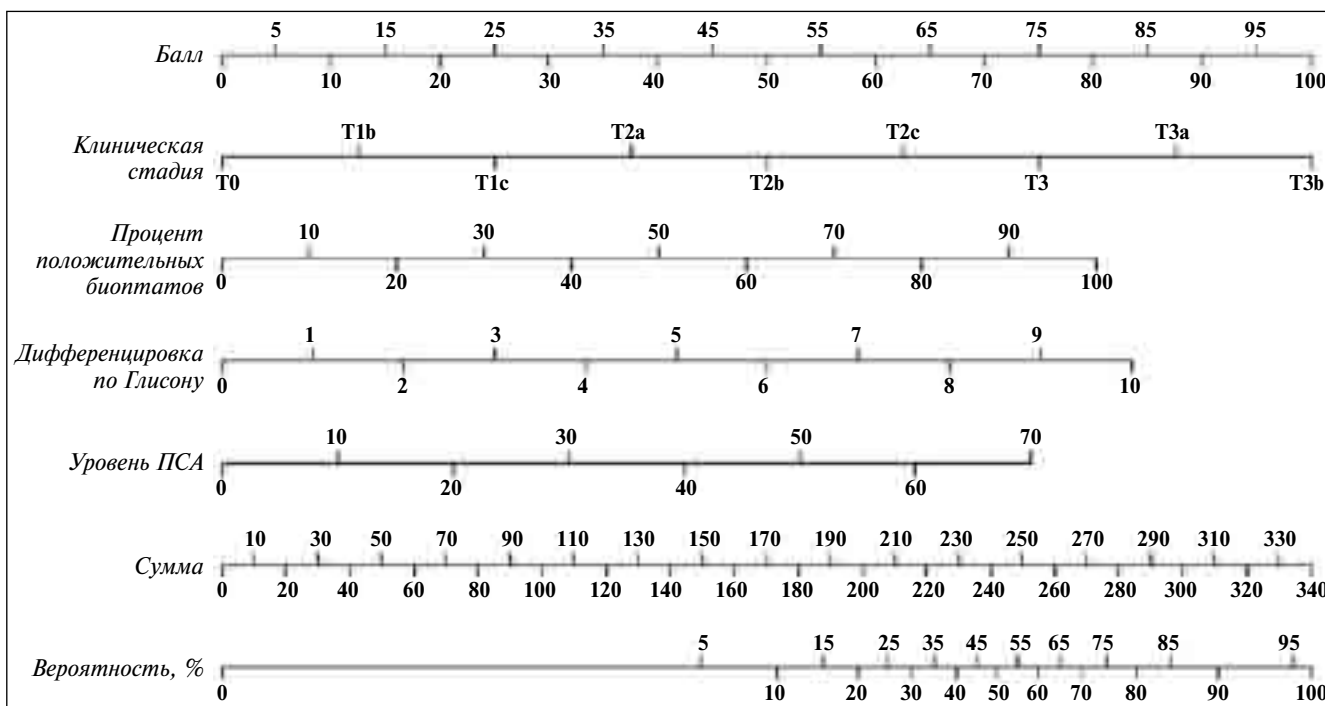


Рис. 2. Номограмма вероятности метастатического поражения ЛУ

**Результаты.** Проведен анализ корреляции факторов прогноза и ожидаемого исхода, благодаря чему отобраны наиболее значимые предикторы распространённости опухолевого процесса (процент

положительных биоптатов, сумма баллов по шкале Глисона, уровень ПСА, клиническая стадия процесса, наличие ЭИ по данным предоперационного исследования). Выполнен регрессионный анализ, по

*AUC–ROC для созданных моделей и таблиц Партина*

Показатель	AUC	
	таблицы Партина	исследуемые модели
ЭИ	0,675	0,85
Метастазы в ЛУ	0,798	0,86

результатам которого построены модели прогноза (рис. 1, 2). Для оценки эффективности для каждой построенной модели и для каждого исхода по таблицам Партина рассчитана AUC-ROC (см. таблицу).

**Выводы.** Разработанные модели прогнозирования наличия ЭИ опухоли и метастатического поражения ЛУ позволяют получить хороший уровень соответствия прогнозируемой вероятности исхода и результатов патоморфологического исследования и в сравнении с общепринятыми номограммами (таблицы Партина) обладают большей диагностической эффективностью.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ

Н.Г. Галкина<sup>1</sup>, Ф.Ш. Енгалычев<sup>2</sup>,  
М.А. Сыскова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра хирургии Медицинского института ПГУ;  
<sup>2</sup>Урологическое отделение Областного онкологического диспансера

В последнее время понятие «качество жизни» широко используется для оценки результатов лечения онкоурологических больных, являясь наряду с летальностью и выживаемостью важным аспектом клинического исхода. Стандартом в лечении локализованного РПЖ принято считать РПЭ. Последняя зачастую приводит к недержанию мочи и эректильной дисфункции, которые отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов.

**Цель исследования** — оценка качества жизни больных РПЖ после РПЭ.

**Материалы и методы.** Оценивалось качество жизни 40 пациентов с РПЖ, перенесших РПЭ в отделении урологии ООД Пензы в период с 2003 по 2008 г. Условием вхождения в группу была давность оперативного вмешательства более чем 12 мес. Всем пациентам были разосланы приглашения на визит к врачу с анкетой качества жизни, 25 — вернули заполненные опросники. Для дифференцировки специфического влияния на уровень качества жизни пациентов после РПЭ непосредственно самой операции и действия обычных факторов среды, не завися-

щих от операции, привычных для мужчин данного возраста, в контрольную группу были включены 25 практически здоровых мужчин. Использовался опросник EORTC QLQ-C30, версия 3.0, включавший 30 пунктов, составляющих 9 шкал, среди которых 5 функциональных — физическое, эмоциональное, познавательное, ролевое и социальное функционирование, 3 симптоматических — боль, утомляемость, тошнота, рвота, а также вопросы, оценивающие выраженность одышки, нарушений сна, потери аппетита, кишечных расстройств, финансовые трудности, общий статус здоровья. Каждая шкала может быть оценена от 0 до 100.

**Результаты.** При опросе пациентов с РПЖ через 12 мес и более после проведения РПЭ и лиц контрольной группы в отношении качества жизни были получены данные, представленные в таблице.

В целом значения по большинству критериев качества жизни в сравниваемых группах были примерно одинаковыми, за исключением общего статуса здоровья, ролевого, социального функционирования, боли и расстройств сна, где средние значения шкалы несколько ниже у больных РПЖ, чем в контрольной группе. Вероятно, во многом это обусловлено имеющимися у пациентов расстройствами мочеиспускания: 5 (20%) больных предъявили жалобы на ноктурию, 16 (64%) — на недержание мочи, 5 (20%) — беспокоило учащенное в дневное время мочеиспускание с ургентными позывами.

**Заключение.** Качество жизни больных РПЖ, перенесших РПЭ, через год после операции во многом зависит от имеющихся расстройств мочеиспускания. Следовательно, внимание врачей при контрольных визитах пациентов данной группы должно быть направлено, в том числе, на выявление и коррекцию расстройств мочеиспускания.



Результаты оценки качества жизни больных РПЖ после РПЭ и респондентов контрольной группы

Критерии качества жизни		Среднее значение шкалы, баллы	
		больные РПЖ (n=25)	контрольная группа (n=25)
Общий статус здоровья	QL2	52,84	71,11
Функционирование:	физическое	PF2	78,14
	ролевое	RF2	64,72
	эмоциональное	EF	76,39
Познавательная способность	CF	69,16	71,12
Социальные отношения	SF	61,94	68,94
Утомляемость	FA	47,22	28,34
Тошнота, рвота	NV	14,42	15,3
Боль	PA	32,5	20,76
Одышка	DY	25	19
Расстройства сна	SL	39,43	20,71
Потеря аппетита	AP	16,1	17,5
Запоры	CO	15,5	15,5
Диарея	DI	2,7	5,9
Финансовые трудности	FI	33,8	30,8

## ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫМ НЕСИСТЕМНЫМ МЕТАХРОННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРВАЛЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

Д.И. Ганов, С.А. Варламов

Алтайский государственный медицинский университет; Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул

**Цель исследования** — изучение характерных особенностей первично-множественных злокачественных опухолей (ПМЗО) с поражением ПЖ с учетом возрастных групп с максимальным уровнем проявления опухолей, временного интервала между ними.

**Материалы и методы.** Отобрана группа (n=171) с двойными метастатическими несистемными ПМЗО, одна из которых выявлена в ПЖ.

**Результаты.** У 82,7% больных с двойными метастатическими несистемными ПМЗО с поражением ПЖ

заболевание выявлено в возрасте от 50 до 79 лет с максимальным уровнем в 60–69 лет, достигшим 48%. Вторая опухоль в других органах у 81,3% больных диагностирована в возрасте 60–79 лет. При этом уровень выявления в возрасте 60–69 и 70–79 лет был примерно одинаков. Если злокачественное новообразование ПЖ было второй опухолью в ПМЗО, то первая опухоль в других органах у 82,8% больных развивалась в возрасте 50–79 лет, при этом частота ее выявления в периоды 50–59, 60–69, 70–79 лет была примерно одинаковой. Вторая опухоль ПЖ диагностирована у 72% больных в возрасте 60–79 лет, при этом уровень ее выявления в периоды 60–69 и 70–79 лет был одинаковым. Интервалы между установлением диагнозов у больных с двойными метастатическими несистемными ПМЗО с поражением ПЖ, когда первая опухоль располагается в ПЖ, в 78,7% случаев были во временном промежутке от 0,5 года до 7 лет с максимальным уровнем от 0,5 года до 3 лет, достигшим 40%. Интервалы между установлением диагнозов у больных с двойными метастатическими несистемными ПМЗО с поражением ПЖ, когда вторая опухоль располагается в ПЖ, в 64% наблюдений составляли временной промежуток от 0,5 года до 5 лет с максимальным уровнем от 0,5 года до 3 лет, достигшим 40%.

**Выводы.** Двойные метастатические несистемные ПМЗО с поражением ПЖ чаще выявляются в возрастной группе 60–69 лет, вторая опухоль диагностируется обычно в интервале до 3 лет после первой.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОКТРЕОТИДА У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНРЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.И. Ганов, С.А. Варламов

*Алтайский государственный медицинский университет;  
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Барнаул*

**Цель исследования** — оценка результатов применения октреотида у пациентов с гормонорефрактерным РПЖ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 3 пациента с гормонорефрактерным РПЖ, получавшие октреотид (производное гормона соматостатина с его фармакологическими эффектами), у которых определяли уровень ПСА, а также проводили тщательную оценку симптомов для определения эффективности терапии и побочных эффектов проводимого лечения.

**Результаты.** Пациент Ш., 62 года, с диагнозом РПЖ Т3NхM0, кастрация — май 2008 г. Содержание ПСА до операции — 9,8 нг/мл, через 2 мес после операции — 2,3 нг/мл. По поводу сопутствующей патологии радикальное оперативное лечение, ЛТ не показаны, уровень тестостерона кастрационный. Через 4 мес после операции уровень ПСА был равен 12,3 нг/мл. Назначен октреотид в дозе 20 мг внутримышечно (в/м) 1 раз в месяц, после 2 введений содержание ПСА составило 4,3 нг/мл. Ухудшения состояния и побочных эффектов от лечения не было. Пациент Н., 68 лет, с диагнозом РПЖ Т3NхM0, ЛТ — 2007 г. и ГТ. На контрольном обследовании в сентябре 2008 г. содержание ПСА 11,4 нг/мл, уровень тестостерона кастрационный. Назначен октреотид в дозе 20 мг в/м 1 раз в месяц, после 2 введений уровень ПСА составил 3,3 нг/мл. Ухудшения состояния, побочных эффектов от лечения не зафиксировано. Пациент К., 69 лет, с диагнозом РПЖ Т3NхM0, ЛТ — 2007 г., кастрация — июнь 2008 г. На контрольном обследовании в сентябре 2008 г. содержание ПСА 13,4 нг/мл, уровень тестостерона кастрационный. Назначен октреотид в дозе 20,0 мг в/м 1 раз в месяц, после 2 введений уровень ПСА был равен 5,3 нг/мл. Ухудшения состояния, побочных эффектов от лечения не отмечено. Все пациенты продолжают получать терапию октреотидом.

**Выводы.** Первый опыт применения октреотида у пациентов с гормонорефрактерным РПЖ продемонстрировал положительные результаты с отсутствием побочных эффектов.

## ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Д.И. Ганов, С.А. Варламов

*Алтайский государственный медицинский университет;  
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Барнаул*

**Цель исследования** — изучение продолжительности жизни после лечения РПЖ у мужчин среднего возраста (до 59 лет).

**Материалы и методы.** На основании данных, полученных из канцер-регистра ГУЗ Алтайский краевой онкологической диспансер отобрана группа в составе 400 мужчин среднего возраста с пролеченным РПЖ.

**Результаты.** Проводились в различной последовательности и в различном сочетании ГТ, ЛТ, оперативное лечение. При ГТ продолжительность жизни при I стадии составила не более 43 мес, II — 26, III — 21, IV — 4. При ЛТ продолжительность жизни при I стадии — не более 64 мес, II — 54, III — 25, IV — 5. При изучении сочетания ГТ с ЛТ продолжительность жизни при I стадии — не более 64 мес, II — 43, III — 27, IV — 7. Хирургическая кастрация с ЛТ выполнена пациентам с III и IV стадиями заболевания, результаты сравнимы с сочетанием ГТ с ЛТ. Радикально были прооперированы больные со II и III стадиями РПЖ. Пациенты, подвергшиеся радикальному вмешательству во II стадии, живы > 8 лет, III стадии продолжительность жизни составила не более 26 мес.

**Выводы.** При локализованных формах РПЖ у мужчин среднего возраста более длительная продолжительность жизни наблюдалась при оперативном лечении. При III и IV стадиях РПЖ ГТ + ЛТ увеличивают продолжительность жизни данной группы пациентов.

## ОБЩАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

**Д.И. Ганов, С.А. Варламов, А.Ф. Лазарев**  
*Алтайский государственный медицинский универси-  
тет; Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Барнаул*

РПЖ — часто встречающееся новообразование (М.И. Давыдов, 2002). В структуре заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2–3-е место после рака легких и желудка, а в США — на 1-е место (Б.П. Матвеев, В.Б. Матвеев, Б.В. Бухаркин, 2001). Вместе с тем смертность от РПЖ среди прочих онкологических заболеваний занимает 2-е место после смертности от рака легкого. Несмотря на то что РПЖ чаще встречается в возрасте 70 лет и более, в последние годы наблюдается тенденция к возрастанию доли более молодых мужчин по отношению ко всему массиву больных РПЖ. Сведения о частоте выявления РПЖ у более молодых мужчин противоречивы и колеблются от 3,4 до 8,2% (Б.П. Матвеев, В.Б. Матвеев, 2000).

**Цель исследования** — оценка результатов применения общей магнитотерапии в сочетании с лучевым лечением местно-распространенного РПЖ у мужчин среднего возраста.

**Материалы и методы.** Ретроспективно отобрана группа из 6 мужчин, больных РПЖ, с впервые установленным диагнозом в возрасте от 55 до 60 лет, получивших радикальный курс дистанционной ЛТ (ДЛТ) по поводу РПЖ плюс курс общей магнитотерапии с синусоидальной формой поля, напряженность которого 10–15 эрстед, время нарастания и спада 30 с, число сеансов — не менее 10. В контрольную группу вошли пациенты, получившие только курс ДЛТ ( $n=4$ ). Диагнозы злокачественных новообразований у всех больных были морфологически верифицированы.

**Результаты.** Все пациенты получили курс ДЛТ в СОД 68–70 Гр. ЛТ проводилась в 2 этапа с перерывом 2 нед. У пациентов, получивших курс ДЛТ плюс общую магнитотерапию, не отмечено увеличения перерыва лечения в связи с возникшими осложнениями ЛТ. Явления лимфостаза лобковой области, половых органов не беспокоили больных, получавших общую магнитотерапию. Выраженного постлучевого фиброза кожи через 6 мес у данных пациентов нет. Постлучевой ректит проявился у 2 больных и был медикаментозно купирован, ректальных кровотечений не зафиксировано. Постлучевой цистит в той или иной мере проявился у 5 пациентов и был купирован медикаментозной терапией и инстилляциями в мочевой пузырь, кровотечений из мочевого пузыря не было. Критического снижения лейкоцитов крови и гемоглобина не зарегистрировано. После прохождения курса общей магнитотерапии пациенты отмеча-

ли улучшение общего самочувствия, появление оптимизма, веры в излечение. У всех больных контрольной группы выявлен более выраженный лимфостаз лобковой области и половых органов, трем потребовалось лечение кожного фиброза. Постлучевой цистит у пациентов контрольной группы проявился острее, в связи с чем 1 больному был увеличен перерыв между этапами облучения. Пациентам данной группы потребовалось более длительное лечение. Тяжелый постлучевой ректит наблюдался у 1 больного. Снижение лейкоцитов крови также зафиксировано у 1 пациента. Беспокойство и депрессия отмечены у 2 больных. Таким образом, пациенты контрольной группы перенесли лечение тяжелее.

**Выводы.** Применение общей магнитотерапии улучшает качество жизни пациентов, получающих ЛТ по поводу местно-распространенного РПЖ, сглаживает выраженность постлучевых осложнений, положительно влияет на общее состояние больных.

## **ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

**Д.И. Ганов, А.Ф. Лазарев, С.А. Варламов**  
*Алтайский государственный медицинский универси-  
тет; Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Барнаул*

**Цель исследования** — изучение сочетаний локализаций злокачественных новообразований (ЗН) при ПМЗО, одна из которых выявлена в ПЖ.

**Материалы и методы.** На основании данных, полученных из канцер-регистра ГУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер, была ретроспективно отобрана группа больных (233 мужчины) с ПМЗО с поражением ПЖ. Диагнозы подтверждены лабораторными и инструментальными методами исследования. ЗН у всех 219 больных были морфологически верифицированы.

**Результаты.** У 228 мужчин выявлены двойные, а у 5 — тройные ПМЗО с поражением ПЖ. Основную группу составили больные с несистемными метакронными ПМЗО ПЖ. Такие сочетания выявлены в 171 случае. Опухоль ПЖ у 63 (36%) мужчин сочеталась с опухолью кожи, у 34 (19,9%) — губы, у 23 (13,5%) — легких, у 11 (6,5%) — желудка, у 40 (23,3%) — опухолью других локализаций. После лечения опухоли ПЖ опухоль легкого выявлена у 11 больных, кожи — у 24, губы — у 7, желудка — у 5, другие локализации — у 17 мужчин. Вторая опухоль у больных с несистемными метакронными опухольями со вторым новообразованием в ПЖ у 39 пациентов обнаружена после лечения

рака кожи, у 27 – губы, у 12 – легких, у 6 – желудка, у 23 – рака других локализаций. Несистемные синхронные ПМЗО с поражением ПЖ зафиксированы у 19 мужчин, синхронно выявлена опухоль в легких у 6 пациентов, в желудке – у 5, на коже – у 5, в прямой кишке – у 3. Системные метакронные ПМЗО с поражением ПЖ имели место у 28 мужчин. После лечения РПЖ у 7 больных опухоль развилась в мочевом пузыре, у 2 – в почке. После терапии РМП опухоль в ПЖ выявлена у 10 пациентов, после лечения рака почки – у 9. Системные синхронные ПМЗО с поражением ПЖ диагностированы у 10 мужчин. Опухоль мочевого пузыря одновременно выявлена с РПЖ у 8 пациентов, опухоль почки – у 2. Тройные ПМЗО с поражением ПЖ отмечены у 5 больных. Метахронное развитие наблюдалось у 3 пациентов. Метахронно-синхронный и синхронно-метахронный варианты встречались у 2 мужчин. Синхронного развития всех 3 опухолей не выявлено. У 1 пациента в ПЖ обнаружена первая опухоль, у 2 – вторая и еще у 2 – третья. Сочетание локализаций тройных ПМЗО с поражением ПЖ у больных разнообразно. Удельный вес мужчин с ПМЗО с поражением ПЖ среди всех больных РПЖ в Алтайском крае составил 9,3%.

**Выводы.** Удельный вес мужчин с ПМЗО с поражением ПЖ в Алтайском крае значим, что подтверждает возможность развития вторых и третьих опухолей, диктует необходимость постоянного наблюдения и динамического обследования онкологических больных. При выявлении РПЖ для более раннего диагностирования опухолей второй локализации необходимо обследовать легкие, кожу, полость рта, пищеварительный тракт. При обнаружении первичного ЗН в этих органах необходимо более тщательное обследование ПЖ.

## МОЛОДОЙ И СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ МУЖЧИН И РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.И. Ганов, В.Д. Петрова, С.А. Варламов,  
А.Ф. Лазарев

*Алтайский государственный медицинский университет; Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул*

**Цель исследования** – изучение выявления РПЖ у мужчин в возрасте до 55 лет по стадиям в возрастных группах до 40, 40–49, 50–55 лет.

**Материалы и методы.** На основании данных, полученных из канцер-регистра ГУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер, отобрана группа в

составе 195 мужчин, больных РПЖ, с диагнозом, установленным в возрасте до 55 лет.

**Результаты.** У 84 (43%) мужчин РПЖ выявлен с отдаленными метастазами. У 53 (27,2%) пациентов установлен рак III стадии, у 51 (26,2%) – II и только у 7 (3,61%) – I стадии. Рак впервые был диагностирован в возрастной группе до 40 лет у 7 (2,1%) мужчин, в возрасте 40–49 лет – у 41 (21%), 50–55 лет – у 150 (76,9%). У 7 (100%) пациентов в возрасте до 40 лет рак выявлен в стадии отдаленных метастазов. Продолжительность жизни этих больных составила < 6 мес. В возрастной группе 40–49 лет у 27 (65,9%) пациентов диагностирована IV стадия РПЖ, у 9 (21,9%) – III, у 4 (9,8%) – II, у 1 (2,4%) – I. Продолжительность жизни мужчин при IV стадии в этой возрастной категории составила не более года. В возрастной группе 50–55 лет IV стадия зафиксирована у 54 (36%) пациентов, III – у 53 (35,3%), II – у 40 (26,7%), I – у 3 (2%). Продолжительность жизни при IV стадии в данной возрастной категории не превысила одного года, а при III стадии – 3 лет.

**Выводы.** РПЖ у мужчин Алтайского края в молодом и среднем возрасте чаще диагностируется с отдаленными метастазами и характеризуется низкой продолжительностью жизни, что подтверждает необходимость проведения скрининга этих больных в целях выявления заболевания.

## ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ НЕСИСТЕМНЫЙ МЕТАХРОННЫЙ РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Д.И. Ганов, В.Д. Петрова, С.А. Варламов,  
А.Ф. Лазарев

*Алтайский государственный медицинский университет; Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул*

**Цель исследования** – изучение сочетаний локализаций ЗН при ПМЗО, одна из которых выявлена в ПЖ.

**Материалы и методы.** Отобрана группа (518 мужчин) с двойными ПМЗО органов мочеполовой системы.

**Результаты.** Чаще в сочетании локализаций ЗН у больных несистемными метакронными первично-множественными опухолями с поражением органов мочеполовой системы задействованы ПЖ – 171 (42,8%) случай, мочевой пузырь – 126 (31,5%), почка – 91 (22,8%). В сочетании локализаций ЗН у пациентов с несистемными метакронными опухолями

с первичным новообразованием в органах мочеполовой системы чаще поражались ПЖ – у 64 (42,7%) больных, мочевого пузыря – у 41 (27,3%), почка – у 37 (24,7%). После лечения опухоли ПЖ опухоль легкого выявлена у 7,3% мужчин, опухоль кожи – у 16%. Вторая опухоль у больных с несистемными метастазными опухолями со вторым ЗН в органах мочеполовой системы в 2 раза чаще определялась в ПЖ, чем в других органах мочеполовой системы. После терапии опухоли губы и полости рта опухоль ПЖ выявлена в 10,8% наблюдений, после лечения опухоли легкого – в 4,8%, после терапии опухоли кожи – в 15,8%, после лечения опухоли сигмы – в 1,6% случаев.

**Выводы.** При выявлении РПЖ для более раннего диагностирования опухолей второй локализации исследуют легкие, кожу, полость рта, сигмовидную кишку. При обнаружении первичного ЗН в этих органах необходимо более тщательное обследование ПЖ.

## ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ III СТАДИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.Э. Гедревич, И.Л. Масанский, А.П. Керко,  
Л.М. Сагальчик, К.А. Шишко  
Минский городской клинический онкологический диспансер

Одной из основных проблем современной онкоурологии остается лечение местно-распространенного РПЖ. РПЭ за годы применения зарекомендовала себя «золотым» стандартом лечения локализованных форм РПЖ. Однако, к сожалению, доля выявляемых локализованных форм РПЖ, по нашим данным, составляет всего 29,3%. Гораздо хуже обстоит дело с местно-распространенным РПЖ. Результаты лечения здесь не такие обнадеживающие, как при локализованных формах, и дискуссия о выборе метода лечения продолжается и по сей день.

**Цель исследования** – изучение опухолеспецифической и безрецидивной выживаемости больных с III стадией РПЖ по материалам Минского городского клинического онкологического диспансера.

**Материалы и методы.** В исследование включены 99 пациентов, разделенные на 2 группы: 1-я – больные, которым была выполнена РПЭ; 2-я – пациенты, которым проводилась ЛТ по радикальной программе.

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент первичного обращения в 1-й группе составил 64,95 года (стандартная ошибка – СО 0,795; 95% ДИ 1,558), во 2-й – 65,81 года (СО 1,474; 95% ДИ 2,889).

Биорхизектомия выполнялась в качестве неоадьювантного и адьювантного компонентов терапии у 3,5% пациентов с РПЭ и у 53,5% – с ЛТ.

Результаты опухолеспецифической выживаемости представлены на рис. 1–4.

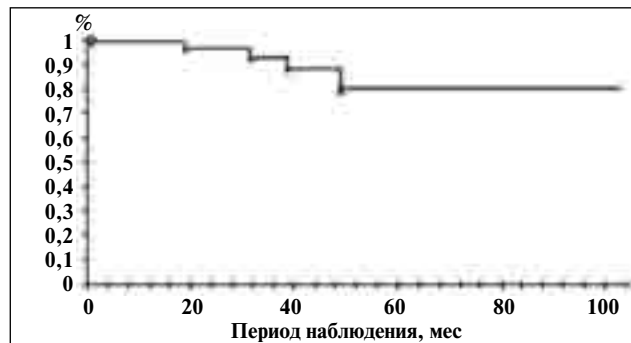


Рис. 1. Выживаемость после РПЭ

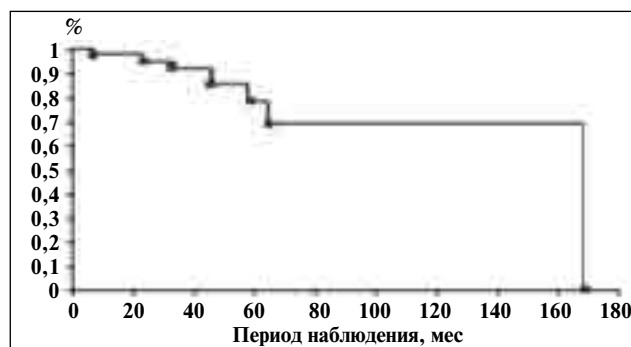


Рис. 2. Выживаемость после ЛТ

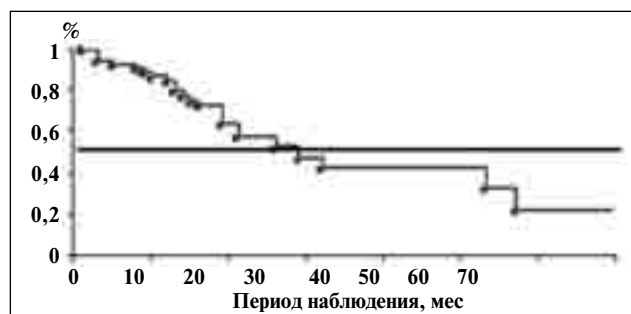


Рис. 3. Безрецидивная выживаемость (БРВ) после РПЭ

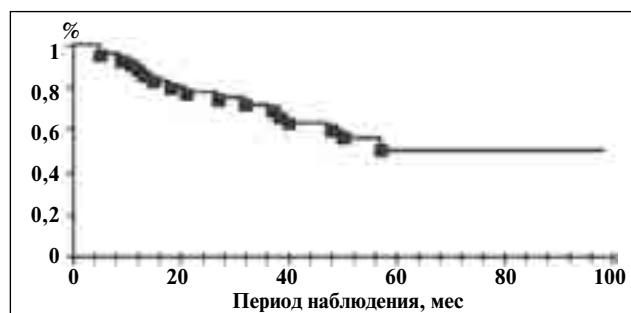


Рис. 4. БРВ после ЛТ

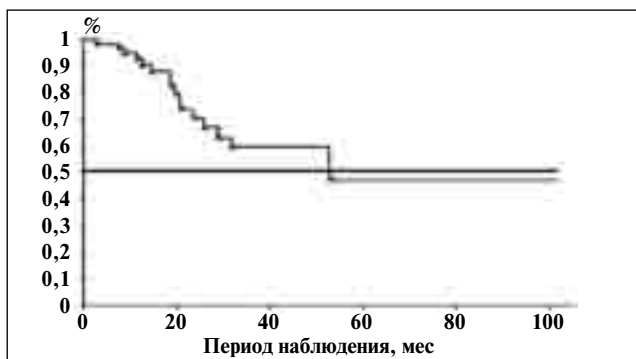


Рис. 5. БРВ после РПЭ

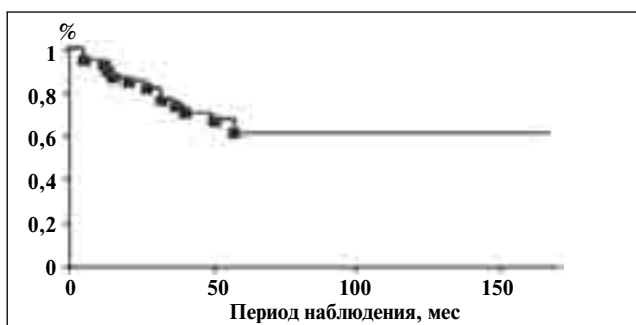


Рис. 6. БРВ после ЛТ

Картина БРВ при условии учета только клинических рецидивов и исключения из рассмотрения биохимического рецидива без клинически значимых проявлений отражена на рис. 5, 6.

Трехлетняя опухолеспецифическая выживаемость после РПЭ составила 88,46% (СО 6,39; 95% ДИ 12,52), после ЛТ — 90,91% (СО 5,004; 95% ДИ 9,808), т.е. различия между 2 группами практически отсутствуют. В то же время показатели БРВ равнялись 26,67% (СО 7,678; 95% ДИ 16,1) и 69,44% (СО 7,678; 95% ДИ 15,05) соответственно, т.е. рецидивы достоверно чаще наблюдались у пациентов, которым выполнялась РПЭ. Тем не менее при учете только клинических, а не биохимических рецидивов 3-летняя БРВ в группе РПЭ существенно возрастает и достигает 50% (СО 9,285; 95% ДИ 18,2), а в группе ЛТ — 75% (СО 7,217; 95% ДИ 14,15).

**Выводы.** Место хирургического метода в самостоятельном плане для лечения местно-распространенного рака ограничено, однако, если начинать лечение III стадии РПЖ по возможности с проведения РПЭ, то дальнейшее применение ЛТ остается ресурсом, к которому можно прибегнуть как для адъювантного лечения, так и при прогрессировании процесса, в то время как после радикальной ЛТ хирургическое лечение по поводу прогрессирования («простатэктомия спасения») малорезультативно.

## ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ЧИСЛОМ БИОПСИЙНЫХ СТОЛБИКОВ И ВЕРОЯТНОСТЬЮ ИЗМЕНЕНИЯ СУММЫ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ ГЛИСОНА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО РИСКА

А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь, М.А. Курджиев,  
М.В. Ковылина

Кафедра урологии МГМСУ

Вопрос о выборе тактики лечения больных РПЖ низкого риска является предметом дискуссии.

**Цель исследования** — проанализировать зависимость между числом столбиков, взятых при биопсии ПЖ, и вероятностью клинически значимого повышения суммы баллов по шкале Глисона после выполнения РПЭ у больных РПЖ низкого риска.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов РПЭ у 92 больных РПЖ низкого риска (клиническая стадия T1c–T2, уровень ПСА <10 нг/мл, сумма баллов по шкале Глисона ≤6, число позитивных столбиков ≤3, показатель плотности ПСА — ПСА D <0,15), оперированных в клинике урологии МГМСУ в 2006–2009 гг. Всем пациентам трансректальная биопсия ПЖ под ультразвуковым контролем была выполнена не менее чем из 10 точек (10–24; среднее число вколов 16±5,8). В исследование не включались пациенты, у которых биопсия проводилась >1 раза. Клинически значимым повышением суммы Глисона после РПЭ мы считали изменение ее с 5–6 до ≥7 баллов.

**Результаты.** По данным патоморфологического исследования после РПЭ, клинически значимое повышение суммы баллов по шкале Глисона отмечено у 32 (34,8%) больных. В случае если диагноз РПЖ был установлен при выполнении биопсии из 10–12 точек, вероятность повышения суммы Глисона составила 45,2%, если же биопсия проводилась из 16 точек и более, этот показатель после РПЭ оказался выше в 24,8% случаев ( $p < 0,01$ ). При мультивариантном анализе факторами риска послеоперационного повышения суммы баллов по шкале Глисона у больных РПЖ низкого риска являлись также число позитивных столбиков, объем ПЖ и уровень общего ПСА крови.

**Выводы.** У больных РПЖ низкого риска, у которых диагноз был установлен при выполнении биопсии из 10–12 точек, риск клинически значимого повышения суммы Глисона по результатам РПЭ составил 45%. Число столбиков ткани, взятых при биопсии, необходимо учитывать при определении тактики лечения таких пациентов, в особенности, если рассматривается вопрос о динамическом наблюдении или минимально-инвазивном/фокальном лечении РПЖ.

## ПРОСТАТИЧЕСКАЯ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ, АТИПИЧЕСКАЯ МЕЛКОАЦИНАРНАЯ ПРОЛИФЕРАЦИЯ, А ТАКЖЕ ИХ СОЧЕТАНИЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОВТОРНОЙ БИОПСИИ

А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкарь, М.А. Курджиев,  
М.В. Ковылина  
Кафедра урологии МГМСУ

**Введение.** По данным зарубежных авторов, у пациентов с диагностированной при первичной биопсии ПЖ ПИН высокой степени и атипической мелкоацинарной пролиферацией (ASAP) РПЖ выявляется при повторной биопсии примерно в 24 и 40% случаев соответственно.

**Цель исследования** – проанализировать частоту выявляемости РПЖ при повторной биопсии ПЖ у пациентов с высокой ПИН, ASAP и их сочетанием, а также уточнить влияние ряда дополнительных факторов – числа точек при биопсии и длины биопсийных столбиков – на вероятность обнаружения РПЖ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов выполнения повторных трансректальных биопсий ПЖ у 589 пациентов с первично диагностированной ПИН высокой степени ( $n=315$ ), ASAP ( $n=180$ ) и их сочетанием ( $n=94$ ).

Первичная биопсия проводилась в 2005–2009 гг. в клинике урологии МГМСУ и других лечебных учреждениях. Во всех случаях наличие высокой ПИН и/или ASAP было подтверждено при пересмотре микропрепаратов в рамках настоящей работы. Повторная трансректальная биопсия ПЖ под ультразвуковым контролем выполнялась из 18 – 24 точек.

**Результаты.** При среднем сроке наблюдения за пациентами с высокой ПИН – 5,5 мес, ASAP – 4,8 и ПИН/ASAP – 4,6 мес выявляемость РПЖ при повторной биопсии составила 29,2 ( $n=92$ ), 43,8 ( $n=79$ ) и 52% ( $n=49$ ) соответственно. Позитивное прогностическое значение ASAP и сочетания ASAP/ПИН оказалось достоверно выше, чем у изолированной высокой ПИН ( $p<0,01$  в обоих случаях). В таблице представлены данные о возрасте пациентов, значении общего показателя ПСА крови, числе вколов при биопсии и общей длине биопсийных столбиков при первичной и повторной биопсиях. При повторной биопсии среднее число вколов и общая длина биопсийных столбиков оказались достоверно выше, чем при первичном исследовании.

**Выводы.** ПИН высокой степени и ASAP остаются факторами риска выявления РПЖ при повторной биопсии, а их сочетание имеет наибольшее прогностическое значение при диагностике злокачественной опухоли ПЖ. Выполнение повторной биопсии у таких пациентов по сатурационной схеме приводит к увеличению выявляемости РПЖ.

## СОЧЕТАНИЕ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ С РАКОМ И ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Гордеев, А.Г. Антонов, А.Н. Евсеев,  
Е.В. Карпенко, С.В. Маршев

Кафедра урологии и нефрологии ГОУ ВПО ДВГМУ Росздрава, урологическое отделение НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО РЖД

Показатель	Биопсия		p
	первичная	повторная	
Средний возраст, годы	66,4±7,6	67,1±7,5	> 0,05
Средний уровень общего ПСА, нг/мл	8,2±5,1	9,4±5,6	> 0,05
Среднее число точек при биопсии	10,2±4,8	22,5±4,6	< 0,05
Общая длина биопсийных столбиков, см	13,8±5,7	24,8±7,6	> 0,05

**Введение.** В настоящее время ПИН высокой степени (ВС) считается наиболее вероятным предшественником РПЖ (М.К. Вrawer, 2005).

**Цель исследования** – изучение встречаемости ПИН ВС при РПЖ различной степени дифференцировки и при доброкачественной патологии ПЖ.

**Материалы и методы.** Выполнено исследование материала полученного при проведении первичной полифокальной биопсии ПЖ (ПБПЖ) у 617 пациентов в возрасте от 41 до 92 лет. Медиана возраста составила 66 лет, интерквартильный размах 60–73 года. Показания для выполнения ПБПЖ были общепринятые (М.И. Коган, О.Б. Лоран, С.Б. Петров,

Таким образом, особый интерес представляет изучение частоты ПИН ВС у больных с высоко- и умеренно дифференцированным РПЖ. По нашим данным, встречаемость ПИН ВС в этой подгруппе ( $n=154$ ) составила 34,4%. Для сравнения в подгруппе пациентов, у которых при ПБПЖ аденокарцинома обнаружена не была ( $n=417$ ), ПИН ВС диагностирована в 99 (23,7%) случаях. Полученные различия являются статистически значимыми ( $\chi^2 = 6,025$ ;  $p=0,014$ ).

**Заключение.** ПИН ВС значительно чаще ассоциируется с высоко- и умеренно дифференцированными аденокарциномами ПЖ, чем с ее доброкачественной гиперплазией или низкодифференцированными

*Возраст больных в зависимости от морфологического диагноза*

Морфологический диагноз	диапазон	Возраст, годы медиана	интерквартильный размах
ПИН ВС	50–84	64	59–71
ПИН НС	45–83	65	58,5–71
ДГПЖ	41–92	65	59–71
РПЖ	41–79	70	61–75

2006; Д.Ю. Пушкар, 2003). Для оценки различий между подгруппами по количественным признакам использовался непараметрический критерий Манна – Уитни, по качественным и количественным признакам – Т-критерий Манна – Уитни и  $\chi^2$  соответственно.

**Результаты.** В группе пациентов, перенесших первичную ПБПЖ ( $n=617$ ), ПИН ВС (без сочетания с РПЖ) выявлена у 99 (16%) человек. РПЖ диагностирован у 196 (31,8%) больных. Признаки ПИН низкой степени (НС) и ДГПЖ выявлены у 35 (5,7%) и 287 (46,5%) пациентов соответственно. Возраст больных в зависимости от морфологического диагноза представлен в таблице.

При статистическом анализе не выявлено значимых различий по возрасту между подгруппами пациентов с ПИН ВС, ПИН НС и ДГПЖ. Больные РПЖ были статистически значимо старше пациентов с ПИН ВС ( $p=0,027$ ).

В подгруппе пациентов с РПЖ ( $n=196$ ) ПИН ВС была выявлена в 53 (27%) случаях. Возраст больных с сочетанием РПЖ и ПИН ВС был от 50 до 75 лет, медиана составила 68 лет, интерквартильный размах (25–75-й процентиль) 62–71 год. При этом степень дифференцировки РПЖ по шкале Глисона находилась в диапазоне от 2 до 6 баллов, медиана составила 4, а 25–75% интерквартильный размах 3–5 баллов. У пациентов с низкодифференцированным РПЖ ( $\geq 7$  баллов по шкале Глисона) случаев сочетания РПЖ и ПИН ВС не выявлено.

аденокарциномами. По нашему мнению, это подтверждает гипотезу о том, что ПИН ВС является прединвазивной стадией в развитии аденокарциномы ПЖ. Редкая встречаемость ПИН ВС в сочетании с низкодифференцированными аденокарциномами может быть объяснена вытеснением менее злокачественных клеточных популяций более злокачественными.

## РОЛЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.А. Гурцкой, М.Л. Маджугин,  
О.В. Воронова  
НУЗ Дорожная клиническая больница  
на ст. Ростов-Главный ОАО РЖД

РПЖ – наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль, доля которой в структуре заболеваемости мужского населения России постоянно увеличивается.

**Материалы и методы.** Проведен анализ морфологических исследований биопсийного материала у нескольких категорий больных, использованный в сравнительном аспекте. Источником операционного материала служила ткань ПЖ, полученная в ре-



зультате выполнения полифокальной пункционной биопсии ПЖ под ультразвуковым наведением.

В течение 2008–2009 гг. в урологическом отделении №2 Дорожной клинической больницы Северо-Кавказской железной дороги проведено обследование 125 мужчин с целью верификации РПЖ. Поводом к госпитализации на амбулаторном этапе служили повышение показателя ПСА крови  $>2$  нг/мл, данные ПРИ и УЗИ ПЖ. Возраст пациентов составил от 40 до 85 лет. Длительность клинических симптомов до обращения к урологу – от 1 года до 20 лет. Всем больным была выполнена мультифокальная трансректальная биопсия ПЖ от 12 до 24 точек. РПЖ диагностирован у 75 пациентов, а ДГПЖ – у 50, из них 15 больным пришлось провести повторную биопсию ПЖ в связи с выявлением у них ПИН высокой степени и повышением уровня ПСА от 3 до 5,5 нг/мл. При повторной биопсии РПЖ обнаружен у 6 пациентов.

**Выводы.** По результатам проведения первичной трансректальной биопсии ПЖ из 6–12 точек невозможно достоверно предсказать наличие РПЖ даже у пациентов низкого риска.

Трансректальная полифокальная биопсия ПЖ (расширенная) от 12 до 24 точек – эффективный метод выявления РПЖ (в нашем исследовании до 82,4% случаев), хотя и не самый оптимальный, с учетом числа повторных манипуляций и сомнительных отрицательных гистологических ответов при повышенных показателях ПСА.

## ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.А. Гурцкой, В.В. Шульженко,  
О.В. Воронова

*НУЗ Дорожная клиническая больница  
на ст. Ростов-Главный ОАО РЖД*

РПЖ является одним из наиболее распространенных онкозаболеваний у мужчин. Ввиду малосимптомного течения заболевания больные часто обращаются за помощью уже при местно-распространенном процессе или по поводу осложнений. Нередко врачи вынуждены прибегать к наложению цистостомического дренажа, что значительно снижает качество жизни мужчин.

У пожилых людей и больных с выраженной сопутствующей патологией часто выполняют паллиативные эндохирургические операции для восстанов-

ления адекватного мочеиспускания. Одна из широко применяемых методик – ТУР ПЖ с целью устранения инфравезикальной обструкции.

**Материалы и методы.** В нашем отделении при распространении процесса в области треугольника Льюто и выраженном уретерогидронефрозе у 17 больных были выполнены тазовая лимфаденэктомия, пересадка мочеточников в свободный купол МП с последующей ТУР ПЖ и шейки МП (при необходимости повторно).

Всем больным проводилась максимальная андрогенная блокада.

**Результаты.** Выполнение паллиативных операций способствовало нормализации функции почек, улучшению самочувствия и общего состояния больных, что позволило проводить комплексную медикаментозную терапию с целью обеспечения физиологических функций.

В дальнейшем пациентам назначалось мультикомпонентное консервативное лечение, предусматривающее следующие воздействия на опухоль ПЖ: 1) циторедуктивная терапия – применение гормональных и химиопрепаратов; 2) патогенетическая терапия – воздействие на костные метастазы, повышение иммунной защиты; 3) симптоматическая терапия –  $\alpha$ -адреноблокаторы, анальгетики, уросептики.

Долговременная комплексная медикаментозная терапия позволяет значительно повысить качество жизни больного и ее продолжительность.

**Выводы.** По нашим сведениям, продолжительность и качество жизни больных местно-распространенным РПЖ увеличивается при выполнении технически непростых паллиативных операций, устраняющих урологические проблемы

Таким образом, существуют резервы для улучшения качества лечения больных РПЖ и при местно-распространенном процессе.

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИГАЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ПЕРВЫЕ 6 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

М.И. Давидов, И.Л. Катков,  
Р.Г. Козловский

*Пермская государственная медицинская академия;  
Пермский краевой онкодиспансер*

**Введение.** В работах ряда иностранных авторов убедительно продемонстрировано профилактическое действие индол-3-карбинола и экстракта зеленого чая, содержащего эпигаллокатехин-3-галлат,

оказываемое на возникновение РПЖ и ДГПЖ. При ПИН высокой степени риск развития РПЖ снижается с 30 до 3% в течение первого года наблюдения. Молекулы индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата способны угнетать активность андрогеновых и эстрогеновых рецепторов и ингибировать пролиферативные каскады, запускаемые ростовыми факторами и цитокинами, а также индуцировать апоптоз трансформированных клеток ПЖ. Оба этих компонента содержатся в новом отечественном препарате «Индигал» (фирма «Мираксфарма»).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением в течение 6 мес находились 42 больных с изначальным подозрением на РПЖ, отвергнутым позднее при выполнении биопсии ПЖ. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. Первую (основную) группу составили 20 больных в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст 64,5 года), которым был назначен индигал по 2 капсулы 2 раза в день (суточная доза 1600 мг) непрерывно в течение 6 мес. При исходной биопсии ПЖ в этой группе вместо РПЖ были зафиксированы: ПИН высокой степени (ПИН2) – у 10 больных (в том числе у 6 в сочетании с ДГПЖ), ПИН низкой степени (ПИН1) – у 5 (в том числе у 3 в сочетании с ДГПЖ), ДГПЖ – у 2, ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом – у 3. Исходно в 1-й группе сумма баллов по шкале IPSS составила  $14 \pm 3,1$  (колебания от 6 до 19), объем ПЖ по данным УЗИ  $49,9 \pm 8,3$  см<sup>3</sup> (колебания от 30 до 66), объем остаточной мочи  $48,8 \pm 8,8$  мл, максимальная объемная скорость мочеиспускания ( $Q_{\max}$ )  $11,6 \pm 1,5$  мл/с, ПСА крови  $7,5 \pm 1,9$  нг/мл (колебания от 3,8 до 15,2).

Группу сравнения составили 22 больных, за которыми после биопсии проводили только динамическое наблюдение. Средний возраст пациентов составил  $65 \pm 5$  лет, индекс IPSS  $13,9 \pm 3,2$  балла, объем ПЖ  $48,8 \pm 7,9$  см<sup>3</sup>, объем остаточной мочи  $50 \pm 9,9$  мл,  $Q_{\max}$   $11,9 \pm 1,6$  мл/с, уровень ПСА крови  $7,2 \pm 1,8$  нг/мл. При выполнении биопсии ПЖ обнаружены: ПИН2 – у 10 больных, ПИН1 – у 6, ДГПЖ – у 3, ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом – у 3. По показателям основная и контрольные группы были статистически однородными.

**Результаты и обсуждение.** Через 6 мес приема индигала в 1-й группе сумма баллов по шкале IPSS составила  $11,4 \pm 3$ , объем остаточной мочи  $43,2 \pm 8,1$  мл,  $Q_{\max}$   $12,2 \pm 1,5$  мл/с. Несмотря на то что данные, полученные через 6 мес, не имели статистически достоверного различия ( $p > 0,05$ ) по сравнению с исходными, отмечена отчетливая тенденция к уменьшению степени инфравезикальной обструкции. Объем ПЖ и уровень ПСА за 6 мес терапии индигалом не претерпели существенных изменений, составив соответственно  $46,6 \pm 8$  см<sup>3</sup> и  $7,2 \pm 1,8$  нг/мл.

В группе сравнения большинство показателей

через 6 мес наблюдения свидетельствовали о прогрессировании патологического процесса: IPSS  $15,3 \pm 3,2$  балла, объем остаточной мочи  $55,3 \pm 9,1$  мл, объем ПЖ  $54,2 \pm 7,9$  см<sup>3</sup>, содержание ПСА крови  $11,6 \pm 2,1$  нг/мл.

По дизайну исследования повторная биопсия у всех больных обеих групп была запланирована через 12 мес наблюдения, однако по показаниям (при прогрессировании заболевания, повышении уровня ПСА) она осуществлялась раньше запланированного срока. В течение 6 мес в основной группе РПЖ гистологически выявлен у 1 (5%) пациента, в группе сравнения чаще – у 4 (18,2%) больных. Наблюдение над пациентами будет продолжено.

При 6-месячном непрерывном применении индигала в дозе 1600 мг/сут не зарегистрировано развития осложнений и побочных эффектов.

**Заключение.** Первые результаты непродолжительного исследования показали определенную перспективность использования индигала для профилактики РПЖ, особенно при ПИН высокой степени. Однако важно продолжить исследование до сроков 1 год и 5 лет непрерывного применения индигала, чтобы сделать строго научные, объективные, окончательные выводы о степени его эффективности, а также о целесообразности массового применения у всех мужчин старше 45–50 лет этого и подобных препаратов, содержащих индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат.

## **ТОЧНОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИРОДЫ АТИПИЧЕСКОЙ МЕЛКОАЦИНАРНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БИОМОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ БАЗАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ОНКОГЕНЕЗА**

**В.А. Захарова<sup>1</sup>, Т.А. Летковская<sup>1</sup>,  
Е.Д. Черствый<sup>1</sup>, П.Г. Киселев<sup>1</sup>,  
П.А. Ковалев<sup>2</sup>, В.П. Зубович<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>УО Белорусский государственный медицинский университет; <sup>2</sup>УЗ Городское клиническое патолого-анатомическое бюро, Минск

Атипичная мелкоацинарная пролиферация (АМАП) ПЖ представляет собой обширную группу гиперпластических, атрофических и предраковых

процессов с переменными признаками атипичности, которые вследствие подобия гистоархитектоники могут создавать ложную картину как РПЖ, приводя к необоснованным методам лечения, так и неопухольных процессов (результатом чего становится неэффективная диагностика РПЖ на ранних стадиях и отсутствие лечения по поводу имеющейся опухоли).

**Цель исследования** – оценка точности морфологического метода исследования онкоурологической патологии ПЖ.

**Материалы и методы.** Проанализирован текущий безвыборочный материал 115 случаев мультифокальных пункционных биопсий (МПБ) ПЖ, из которого отобраны 34 случая АМАП. В исследовании использовались 3 модификации морфологического метода: окрашивание ГЭ, ИГХ-метод (ИГХМ) с двойным (маркеры базальных клеток – БК – ВМЦ+р63) и/или тройным (маркеры БК и онкогена – ВМЦ+р63+АМАСР) коктейлем. После проведения ИГХМ РПЖ был верифицирован в 22, постатрофическая и атипичная аденоматозная гиперплазия – по 6 из 34 случаев АМАП. Статистический анализ осуществлялся с использованием программ Statistica 6.0, WinPeri. Для анализа точности морфологического метода определяли основные операционные характеристики (диагностическая чувствительность – ДЧ, специфичность – ДС, эффективность – ДЭ, прогностическая ценность положительного – ПЦПР и отрицательного – ПЦОР результатов) каждой из модификаций и согласованность независимых диагностических заключений. Для этого была создана группа из 4 экспертов-онкоморфологов, проинструктированных по поводу того, что их заключение по каждому случаю должно однозначно говорить о наличии РПЖ или его отсутствии. Бланки заключений предоставлялись первому автору для статистического анализа. Анализ варибельности заключений экспертов выполнялся с использованием коэффициента согласия каппа, описывающего согласованность заключений между экспертами и скорректированный к чистой случайности в вынесении решений. Интерпретация надежности коэффициента каппа проводилась в соответствии со шкалой, предложенной Landis и Koch.

**Результаты и обсуждение.** При анализе группой экспертов-онкоморфологов случаев АМАП имело место статистически значимое увеличение согласия между заключениями экспертов по гистологическим препаратам АМАП, окрашенным ГЭ (66%), и ИГХМ с коктейлями ВМЦ+р63 (85%) и ВМЦ+р63+АМАСР (94%). Коэффициент каппа был также статистически значимо выше при использовании ИГХМ с маркерами БК (0,53) и тройным коктейлем – ВМЦ+р63+АМАСР (0,78) в сравнении с окраской гистологических препаратов ГЭ (0,14),  $p < 0,05$ . Вме-

сте с тем между ИГХ-методиками по коэффициенту согласия статистически значимых различий не выявлено. Согласие каждого из экспертов с остальными участниками исследования и его статистическая значимость были крайне малы при окраске гистологических препаратов АМАП ГЭ, что отражает отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев для верификации РПЖ. Однако использование ИГХМ позволило повысить вероятность получения согласия с остальными экспертами-онкоморфологами у каждого из экспертов до 74–97%, а значения каппа у всех экспертов превышали 0,4, что свидетельствовало об умеренной (ИГХМ с двойным коктейлем), высокой и крайне высокой (ИГХМ с тройным коктейлем) надежности данных модификаций морфологического метода для верификации диагноза РПЖ. Операционные характеристики ИГХМ с коктейлем из 3 антител (ДЧ 90,9%, ДС 94,4%, ДЭ 92,7%, ПЦПР 96,8%, ПЦОР 85%) были статистически значимо выше в сравнении с таковыми при окраске гистологических препаратов ГЭ (ДЧ 42,4%, ДС 77,8%, ДЭ 60,1%, ПЦПР 77,8%, ПЦОР 42,4%),  $p < 0,05$ , и не отличались от операционных характеристик ИГХМ с маркерами БК (ДЧ 72,7%, ДС 94,4%, ДЭ 83,6%, ПЦПР 96%, ПЦОР 65,4%). Таким образом, дополнение стандартного окрашивания гистологических препаратов ИГХМ с выявлением БК и тройным коктейлем маркеров БК и АМАСР практически в 1,5 и 2 раза соответственно увеличивает ДЧ и повышает вероятность отсутствия РПЖ при его исключении с помощью данной методики. Кроме того, использование ИГХ методик повышает специфичность диагностики и вероятность выявления РПЖ при его наличии в гистологических препаратах АМАП.

**Заключение.** При наличии в гистологических препаратах, окрашенных ГЭ, мелкоацинарных структур с переменными проявлениями цитологической атипичности и сомнительными признаками инвазии проведение ИГХМ с использованием моноклональных антител к маркерам БК и онкопротеину АМАСР статистически значимо увеличивает согласованность диагностических заключений в верификации РПЖ. Помимо этого, использование ИГХМ с маркерами БК и коктейлем из 3 антител (ВМЦ+р63+АМАСР) повышает ДЧ (с 42 до 91%) и ДС (с 78 до 94%) диагностики РПЖ и позволяет в 97% сомнительных случаев верифицировать диагноз РПЖ, что способствует своевременной верификации заболевания и назначению адекватного лечения без проведения повторных МПБ.

# МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОГИСТОХИ- МИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ БАЗАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ОНКОГЕНЕЗА ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АТИПИЧЕСКОЙ МЕЛКОАЦИНАРНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Захарова<sup>1</sup>, Т.А. Летковская<sup>1</sup>,  
Е.Д. Черствый<sup>1</sup>, П.Г. Киселев<sup>1</sup>, П.А. Кова-  
лев<sup>2</sup>, В.П. Зубович<sup>2</sup>, Л.М. Сагальчик<sup>3</sup>,  
И.Л. Масанский<sup>3</sup>, М.И. Ивановская<sup>3</sup>

<sup>1</sup>УО Белорусский государственный медицинский университет; <sup>2</sup>УЗ Городское клиническое патолого-анатомическое бюро, Минск; <sup>3</sup>УЗ Минский городской клинический онкологический диспансер

Повышение качества оказываемой медицинской помощи и медико-социальной защиты людей за счет высокого уровня внедряемых медицинских технологий при минимизации затрат является одной из основных задач в системе здравоохранения Республики Беларусь (РБ) в современных социально-экономических условиях развития.

**Цель исследования** — оценка эффективности использования модификаций морфологического метода для верификации диагноза патологии ПЖ с подозрением на РПЖ.

**Материалы и методы.** Для анализа эффективности морфологического метода была создана группа из 4 экспертов-онкоморфологов, которая провела исследование 34 случаев атипической мелкоацинарной пролиферации (АМАП) ПЖ. В исследовании использовались: 1) 3 модификации морфологического метода: окрашивание ГЭ, ИГХМ с двойным (маркеры базальных клеток — БК ВМЦ+р63) или тройным (маркеры БК и онкогена ВМЦ+р63+АМАСР) коктейлем; 2) статистические и расчетные данные УЗ ГКПБ, УЗ Минский городской клинический онкологический диспансер, Министерства труда и социальной защиты РБ, Министерства статистики и анализа РБ (2008). Среднее число срезов для ГЭ и ИГХМ составило 4 и 2 на 1 МПБ, которые в случаях ИГХМ фиксировали на одном стекле. Разведение моноклональных антител 1:200, объем разведенного антитела (или коктейлей антител) 100 мкл/1 ИГХМ стекло. Среднегодовая потребность в ИГХМ — 34

случая. Доля пациентов предпенсионного возраста в группе АМАП составила 17%. Статистический анализ проводился с использованием пакета программного обеспечения Statistica 6.0. Расчет медицинской и экономической эффективности осуществлялся в соответствии с методикой, изложенной в монографии под редакцией А.Н. Косинца, В.С. Глушанко.

**Результаты и обсуждение.** Для расчета коэффициента медицинской эффективности (Км) в качестве ожидаемого результата, предпочтительного для пациента, было принято установление гистологического диагноза, где верификация диагноза наличия либо отсутствия РПЖ оценивалась «+1»; подозрение на РПЖ — «0»; неправильно поставленный диагноз — «-1». В соответствии с градацией Км, имела место тенденция к статистически значимому росту Км в направлении от окраски гистологических препаратов ГЭ (средний уровень 0,47) к использованию ИГХМ с маркерами БК (уровень выше среднего — 0,78) и коктейля из 3 антител (высокий уровень — 0,90),  $p < 0,05$ . Одновременно между ИГХ-протоколами ВМЦ+р63 и ВМЦ+р63+АМАСР статистически значимых различий в качестве диагностики не выявлено. Согласно результатам анализа стоимость/эффективность, для повышения Км диагностики с 0,47 до 0,78 и 0,90 на каждый гистологический препарат необходимо было затратить дополнительно 4,09 (для коктейля маркеров БК) и 2,95 (для коктейля из 3 антител) USD. В свою очередь, использование коктейля из 3 антител дополнительно к коктейлю из маркеров БК не имело статистически значимых преимуществ по медицинской эффективности. На основании рассчитанного Км и результатов анализа стоимость/эффективность можно сделать вывод о целесообразности использования коктейля из 3 антител (ВМЦ+р63+АМАСР), требующего наименьших финансовых затрат при наилучшей эффективности диагностики. Поскольку анализ качества диагностики проводился ретроспективно, оценка экономической эффективности носила вероятностный характер и осуществлялась в соответствии с клиническими протоколами «Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями», утвержденными приказом министра здравоохранения РБ от 09.02.2007 г. №80. Экономическая эффективность (коэффициент эффективности затрат — Кэф) использования ИГХМ представляла отношение экономики в расчете на год от наблюдения и лечения онкоурологических пациентов, сокращения потерь средств Фонда социальной защиты на выплату пособий по временной утрате трудоспособности (ВУТ) и уменьшения потерь ВВП вследствие ВУТ к затратам на реализацию ИГХМ, равным себестои-

мости проведения ИГХМ и стоимости расходных материалов. При выполнении экспертами морфологического анализа случаев АМАП имели место следующие заключения: верификация наличия либо отсутствия РПЖ, подозрение на РПЖ (что требовало повторной МПБ), гипердиагностика РПЖ. Таким образом, основная экономия в нашем исследовании складывалась из экономии от уменьшения числа случаев повторных МПБ. Рассчитанные Кэф составили 1,88 (для коктейля маркеров БК) и 1,93 (для коктейля из 3 антител).

**Заключение.** ИГХМ — не только высокотехнологичный, но и высокочувствительный метод исследования, являющийся тем не менее одним из механизмов, позволяющих не только улучшить качество, адекватность и результативность морфологической диагностики патологии ПЖ (подтверждаемые Км), но и сэкономить значительные средства бюджета здравоохранения в целом (Кэф), что в полной мере соответствует принципам доказательной медицины.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОПРЕВЕНЦИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ**

**А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова**

*Кафедра урологии Казанского государственного  
медицинского университета*

**Введение.** РПЖ - заболевание с варибельным клиническим течением, которое нередко свидетельствует о его непредсказуемости. Доказательством того, что ПИН является облигатным предраком ПЖ, служит морфологическое и фенотипическое сходство клеток ПИН и инвазивного рака, а также структурная взаимосвязь и вероятная конверсия в аденокарциному ПЖ (АПЖ). Тактика динамического наблюдения за ПИН не может считаться универсальной и требует дополнения и стандартизации (Н.А. Лопаткин, А.В. Сивков, О.Н. Аполихин, А.Г. Мартов, Н.А. Чернов, 2002). Химиопревенция (химиофилактика) предраковых процессов ПЖ, таких как ПИН, должна быть направлена на остановку или обратное развитие канцерогенеза при введении одного или нескольких нетоксичных соединений (R. Montironi, С.С. Schulman, 1996). При этом требования, предъявляемые к препаратам, включают снижение частоты развития РПЖ, нетоксичность, несложное введение и экономическую доступность, так как предполагается многолетнее лечение.

**Цель исследования** — определение эффективности препарата «Дутастерид» (Аводарт) в химиопревенции РПЖ у пациентов с ПИН ПЖ.

**Материалы и методы.** В исследование включен 21 пациент в возрасте от 56 до 78 лет с ПИН ПЖ. Основные методы диагностики: определение уровня ПСА, ПРИ, ТРУЗИ, биопсия ПЖ (БПЖ). Показаниями для БПЖ служили: повышение уровня ПСА > 4 нг/мл (52%), повышение уровня ПСА > 4 нг/мл в сочетании с ПРИ (9,5%), повышение ПСА > 4 нг/мл + ТРУЗИ (23,8%), повышение ПСА > 4 нг/мл в сочетании с ТРУЗИ и ПРИ (14,2%). Результаты морфологического исследования: ПИН низкой степени (НС) — 9,5%, высокой степени (ВС) — 28,5%, ПИН НС + АПЖ — 19%, ПИН ВС + АПЖ — 42,8%. У 9 пациентов обнаружены морфологические воспалительные изменения ткани ПЖ (2 ПИН НС, 1 ПИН ВС, 4 ПИН НС+АПЖ, 2 ПИН ВС+АПЖ). Все пациенты получали дутастерид (Аводарт) в дозе 5 мг 1 раз в день в течение 6 мес. Дизайн исследования: ПСА, ПРИ, ТРУЗИ — через 3 мес, ПСА, ПРИ, ТРУЗИ, БПЖ — через 6 мес.

**Результаты.** БПЖ выполнена у 15 пациентов с ПИН ВС. Динамика биоптатов ПЖ на фоне терапии дутастеридом показала значительное сокращение уровней ПИН с 72 до 14% и ПСА — с 7,5 до 1,2 нг/мл. У всех 9 больных зафиксировано гистологическое снижение воспалительной реакции ткани ПЖ, являющееся дополнительным фактором химиопревенции РПЖ. Установлено, что содержание ПСА при ПИН ВС ниже, чем при ПИН НС и ПИН+АПЖ, и выше при наличии воспалительного процесса.

**Выводы.** Показатели ПСА являются мощным предиктором ответа пациента на лечение ингибиторами 5 $\alpha$ -редуктазы (5-АР) 1-го и 2-го типа. Высокий риск как развития, так и наличия рака у больных ПИН ВС обуславливает необходимость применения мер химиопревенции. ПИН как облигатный предрак эпителия ПЖ обладает достаточно выраженной гормональной чувствительностью. Дутастерид (Аводарт) является потенциальным препаратом для химиопревенции РПЖ у больных с ПИН. Эффективность и безопасность двойного ингибитора 5-АР (1-го и 2-го типов, Дутастерид) позволяют проводить химиопревенцию РПЖ и патогенетическое лечение у пациентов с сочетанием ПИН и АПЖ. Аводарт фактически может улучшить диагностику РПЖ при использовании ПСА-теста в связи с подавлением уровня ПСА, связанного с увеличением ПЖ при АПЖ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ — ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА, ТРАНСРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ И ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ — ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ РАБОТНИКОВ РФЯЦ-ВНИИЭФ

Г.В. Иванов, Н.В. Блинов, А.Д. Кочкин,  
А.В. Волков  
КБ-50, Саров

**Цель исследования** — выявление ранних форм заболевания РПЖ с целью внедрения инновационных методов лечения — РПЭ и брахитерапии.

**Материалы и методы.** В период с декабря 2003 г. по май 2009 г. проведено 11 119 анализов сывороточного ПСА у 5542 мужчин — работников ВНИИЭФ — старше 40 лет. По результатам анализа ПСА сформирована группа риска из 657 человек с уровнем ПСА от 3,9 до 29 нг/мл. 582 пациентам проведены ПРИ, ТРУЗИ ПЖ, контрольный повторный анализ ПСА, что позволило создать группу из 111 человек, направленных на биопсию ПЖ. В комплекс обследования входили по показаниям также обзорная и экскреторная урография, КТ ПЖ и костей таза, клиническое и биохимическое исследование крови.

Биопсия проводилась трансректально веерно по 3–4 пункции из каждой доли под контролем пальца, введенного в прямую кишку.

**Результаты.** По результатам биопсии удалось установить РПЖ в 44 случаях. По комплексному обследованию предварительно эти пациенты распределены по стадиям заболевания следующим образом:

- T1cNxM0 — 5 человек;
- T2aNxM0 — 4;
- T2bNxM0 — 11;
- T3aNxM0 — 18;
- T3bNxM0 — 1;
- T3bNxM1 — 2;
- T4NxM1 — 4.

Распределение по стадиям осуществлялось с учетом имеющихся диагностических возможностей (стадии от T2aNxM0 до T3bNxM0 установлены на основании ПРИ и ТРУЗИ; данные КТ в распределении по этим стадиям нам не помогли).

Выявленным по данным скринингового обследования пациентам проведено следующее лечение: 7 (15,9%) больным выполнена РПЭ, 2 (4,5%) — проведена ЛТ на область ПЖ в сочетании с антиандрогенами, 3 (6,8%) — брахитерапия (1 — в сочетании с предоперационной терапией золодекс+касодекс), 32 (72%) — кастрация с последующим назначением антиандрогенов.

**Обсуждение.** Несмотря на то что исследование крови на содержание ПСА проводилось среди мужчин, в момент планового профилактического осмотра не предъявлявших жалоб своему цеховому терапевту и, соответственно, не подвергаемых ранее комплексному урологическому обследованию, нами по результатам проведенного скринингового, а затем специализированного обследования обнаружено значительное число пациентов с поздними стадиями заболевания ( $n=7$ , 15,9%). Эти больные выявлены в основном в первые годы после начала скринингового обследования. С постепенным накоплением опыта работы по данному направлению появились и первые положительные результаты, выявления пациентов на ранних стадиях развития РПЖ, что позволило выполнить РПЭ и брахитерапию 10 (22,7%) больным.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют рекомендовать обязательное проведение анализа крови на ПСА у мужчин старше 50 лет при проведении профилактических осмотров среди прикрепленного контингента работников и создание алгоритма дальнейшего обследования пациентов из группы риска в соответствии с имеющимися возможностями на местах. В связи с большой зависимостью результатов выбора тактики лечения больных от данных гистологического заключения необходимо уделить большое внимание переоснащению гистологических лабораторий и пересмотру нормативных нагрузок на их персонал.

## ПРОСТАТЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ОПЫТА

В.П. Изгейм, А.В. Лыков, В.В. Калалб,  
А.В. Купчин, В.В. Симоненко

Отделение онкоурологии ГЛПУ Тюменский областной онкологический диспансер

РПЭ является основным методом лечения локализованных форм РПЖ. В последнее время возрастает интерес к проведению РПЭ у пациентов с местно-распространенным (Т3а) РПЖ. Это обусловлено, во-первых, обнадеживающими результатами хирургического лечения данной категории больных, во-вторых, в 30–35% случаев имеет место занижение

стадии в предоперационном обследовании, в-третьих, у 9–27% пациентов отмечено дооперационное завышение стадии опухолевого процесса. Еще одним аргументом в пользу агрессивной тактики терапии местно-распространенного РПЖ является общая тенденция в современной онкологии, предусматривающая как можно большее удаление опухолевой массы с последующим химиолучевым лечением. Вместе с тем большинство авторов подчеркивают тот факт, что только хирургического пособия у пациентов с местно-распространенным РПЖ недостаточно; улучшить результаты хирургического лечения РПЖ ожет применение неoadъювантной и адъювантной ГТ и ЛТ в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** В период с 2007 по 2009 г. в урологическом отделении ТООД позадилоная РПЭ выполнена 72 пациентам в возрасте от 45 до 78 лет (средний возраст 52,4 года).

Критерии отбора больных на операцию:

- 1) наличие локализованных форм РПЖ (T1–2N0M0);
- 2) T3a стадия с непродолжительной экстрапростатической инвазией;
- 3) ожидаемая продолжительность жизни не менее 10 лет;
- 4) отсутствие выраженной сопутствующей патологии;
- 5) обязательная морфологическая верификация диагноза перед операцией.

Клиническая картина у больных была малоинформативной, так как большинство пациентов обратились по поводу высоких цифр ПСА, анализ которого был выполнен по программе скрининга. Содержание ПСА составило от 4,6 до 44,2 нг/мл, объем ПЖ — от 40 до 130 мл.

Распределение больных по категории T: T1 — 1 (1,4%); T2 — 24 (33,3%); T3 — 47 (62,3%) пациентов. Метастазы (категория N1) выявлены у 7 (9,7%) больных в результате экспресс-гистологического исследования во время оперативного вмешательства.

Распределение пациентов по категории G: G<sub>1</sub> — 2 (2,8%), G<sub>2</sub> — 27 (37,5%), G<sub>3</sub> — 43 (59,7%); по шкале Глисона: от 1 до 3 баллов у 4 (5,5%) пациентов, 4–6 — у 8 (11,1%) и 7 и более — у 60 (83,3%).

Практически всем пациентам ( $n=66$ , 91,6%) перед операцией была назначена неoadъювантная ГТ в режиме МАБ в течение 3 мес. С точки зрения доказательной медицины, возможно, это назначение не совсем оправдано, но, на наш взгляд, за эти 3 мес больной психологически адаптируется к ситуации и в дальнейшем адекватно все воспринимает; кроме того, определяется первичная гормональная чувствительность опухоли к препаратам группы МАБ, которая проявляется в снижении уровня ПСА, а также в уменьшении опухолевого объема.

Все вмешательства выполнены из нижнесрединного доступа по методике Walsh, длительность операции составляла не более 2 ч (в среднем 1 ч 40 мин), объем кровопотери — от 100 до 1200 мл (в среднем, по мере приобретения опыта, не превышает 300–400 мл). Интраоперационно в одном случае возникло профузное кровотечение по причине разрыва атеросклеротически измененной наружной подвздошной артерии, в результате чего одномоментно кровопотеря составила около 1 л. Операция закончилась протезированием данной артерии.

В послеоперационном периоде серьезных осложнений не наблюдалось, в 23 (31,9%) случаях имела место длительная лимфорейя, в 2 — лимфоцеле, которое опорожняли путем пункции под контролем УЗИ. Уретральный катетер удаляли на 14–18-й день после операции. Удовлетворительная функция удержания мочи восстанавливалась практически у всех пациентов через 2–3 мес. Биохимический рецидив в течение первого года диагностирован у 8 (11,1%) пациентов, всем им назначена ГТ в режиме МАБ.

**Выводы.** Первый опыт хирургического лечения РПЖ следует признать удовлетворительным. Адекватный подбор больных для операции и совершенствование оперативной техники позволяют повысить продолжительность и качество жизни пациентов. Неoadъювантная МАБ требует дальнейшего изучения в режиме рандомизированного исследования.

## АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Д. Каприн, Р.А. Гафанов  
ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий, Москва

Известно, что у большей части пациентов РПЖ через некоторый промежуток времени отмечается появление гормонорезистентной формы заболевания. Гормонорезистентный РПЖ (ГРПЖ) можно определить как стойкое повышение содержания ПСА на фоне адекватной андрогенной блокады и при наличии кастрационного уровня тестостерона. ГРПЖ условно делится на 2 стадии: I стадия — субклиническая, когда при стойком повышении уровня сывороточного ПСА отсутствуют клинические проявления заболевания (асимптомная форма) и II стадия — клиническая, при которой отмечаются костные боли и другие клинические проявления, ухудшающие качество жизни больного. Переход субклинической стадии в клиническую может произойти в среднем через 6–9 мес. Основная задача нашего лечения — продление I стадии ГРПЖ, что может ста-

билизовать опухолевый процесс. Пациентам в I стадии ГРПЖ может быть начата ХТ, в качестве 1-й линии используется комбинация митоксантрона в дозе 8 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 21 день с преднизолоном — 10 мг ежедневно. При отсутствии эффекта от данной схемы лечения (повышение уровня ПСА, появление костных болей) используется 2-я линия ХТ — комбинация таксотера (доцетаксела) в дозе 35 мг/м<sup>2</sup> на 2, 9 и 16-й дни и эстрамустина в дозе 140 мг внутрь в 1–3, 8–10 и 15–17-й дни каждые 4 нед по 4 курса. В комплексном лечении пациентов с I стадией заболевания при наличии множественных костных метастазов могут быть назначены бисфосфонаты III поколения (золедроновая кислота — 20 мг, в/в введение 1 раз в 28 дней). При наступлении II стадии ГРПЖ можно продолжить ХТ в комбинации с другими методами лечения. Большое значение имеют бисфосфонаты, дистанционная ЛТ и радиотерапия (стронций 89-хлорид, самарий-оксабифор-153 и др.), а также симптоматическое лечение (анальгетики, паллиативное хирургическое вмешательство). У пациентов с выраженным болевым синдромом с множественными клинически значимыми костными метастазами приемлема комбинация системной ЛТ с бисфосфонатами, эффективность данной схемы около 82%. У больных с одиночными клинически значимыми костными метастазами хороший эффект (92%) получен при использовании дистанционной ЛТ в различных вариантах (крупно- или мелкофракционных). Вопрос о проведении паллиативных хирургических вмешательств, таких как ТУР ПЖ, пункционная нефростомия, должен решаться в каждом отдельном случае индивидуально с учетом тяжести данной группы пациентов. В настоящее время в РНЦРР используется и анализируется данный алгоритм лечения больных ГРПЖ.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**А.Д. Каприн, А.А. Костин, Р.А. Гафанов**  
ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий, Москва

Боль является наиболее часто встречающимся симптомом гормонорезистентного РПЖ (ГРПЖ) с метастазами в кости скелета. На фоне приема анальгетиков проводятся специфические методы лече-

ния: дистанционная и системная ЛТ. В РНЦРР в рамках программы рандомизированного исследования 48 больных с метастатическим ГРПЖ проводилась дистанционная ЛТ. Использовали зонный принцип облучения. Одну область облучали 25 больным, две — 16, три и более — 7. В 52% случаев зоной облучения был позвоночник, в 25% — кости таза, в 13% — длинные трубчатые кости, в 10% — другие локализации костных метастазов. Подавляющему большинству больных ранее проводилась ГТ, часть пациентов получала различные схемы ХТ. Выраженный болевой синдром до начала лечения отмечен у 18% пациентов, умеренно выраженный — у 50%, патологический перелом диагностирован в 12% случаев. Использовали 4 варианта дистанционной ЛТ: 1) 26 Гр, 4 фракции по 6,5 Гр (2 фракции в неделю); 2) 32,5 Гр, 5 фракций по 6,5 Гр (2 фракции в неделю); 3) 26 Гр, 4 ежедневные фракции по 6,5 Гр; 4) 46 Гр, 23 фракции по 2 Гр (5 фракций в неделю).

Общая эффективность лечения составила 94,7%, в том числе полный эффект достигнут в 69% случаев. Рецидивы болевого синдрома в зоне воздействия выявлены у 5,3% больных. Достоверных отличий в частоте полного эффекта в зависимости от варианта ЛТ не обнаружено. В то же время общий эффект незначительно, но достоверно реже ( $p < 0,05$ ) регистрировался при 3-м (ежедневном крупнофракционном) режиме — 89,8%, а достоверно более высокая частота рецидивов — при 4-м (мелкофракционном) варианте облучения — 8,2% случаев. Поздние постлучевые изменения (мягкотканые фиброзы II–III степени) достоверно чаще ( $p < 0,02$ ) развивались после 2-го и 4-го режимов облучения — 28,6 и 10,2% соответственно и достоверно реже после 3-го — 2,1% случаев. В настоящее время анализируется эффективность различных вариантов лучевого лечения в зависимости от локализации, протяженности и характера поражения скелета, начальной выраженности болевого синдрома.

## **ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ АНДРОГЕНЕЗАВИСИМЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ ТАКСАНОВ**

**А.Д. Каприн, А.А. Костин, А.В. Семин**  
ФГУ РНЦРР, Москва

**Введение.** РПЖ является одним из самых распространенных злокачественных опухолевых заболеваний среди мужчин в России. По частоте случаев



летального исхода это заболевание стоит на 2-м месте после рака легкого. РПЖ также широко распространен во всем мире и отличается самым высоким уровнем смертности среди других заболеваний у мужчин. В 70% случаев РПЖ диагностируется у лиц старше 65 лет. Медиана продолжительности жизни у больных карциномой в случаях, когда опухоль поражает только ПЖ, может превышать 5 лет. Однако при наличии отдаленных метастазов, чаще всего в ЛУ малого таза и костных, современные методы лечения малоэффективны, и большинство пациентов относительно быстро погибает. Начальная терапия распространенного РПЖ включает применение антиандрогенных препаратов. Несмотря на проводимое лечение, у большинства больных менее чем через 2 года наступает прогрессирование заболевания, приводящее к гибели пациента. До последнего времени стандартным видом терапии при андрогеннезависимом РПЖ являлось использование комбинации митоксантрона и глюкокортикостероидов, которое носит преимущественно паллиативный характер.

**Цель исследования** — поиск новых комбинаций ХТ-средств, которые позволили бы увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество у больных, относящихся к данной популяции.

**Материалы и методы.** В РНЦР в период с 2003 по 2009 г. проведено исследование применения доцетаксела у больных андрогеннезависимым РПЖ в режиме монотерапии, в ходе которого доцетаксел вводили в/в в дозе 36 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в неделю в течение 6 нед с последующим 2-недельным перерывом. При возникновении токсических проявлений доза препарата снижалась. В исследовании принимали участие 66 больных андрогеннезависимым РПЖ.

**Результаты.** У 46% пациентов наблюдалось снижение уровня ПСА не менее чем на 50%, паллиативный эффект терапии отмечен у 48% больных, средняя продолжительность жизни составила 9 мес (у пациентов, которым ранее многократно проводилось лечение). У 25% больных имели место патологические изменения гематологических показателей, соответствующие реакциям III и IV степени тяжести, а у 36% — прочие реакции III степени тяжести. У 20% пациентов зафиксирована диарея II степени тяжести или выше. Следует отметить, что у большинства больных (более чем у 50%) состояние соответствовало уровню 2 или 3 по шкале ECOG. Кроме того, более чем у 41% пациентов зарегистрировали среднюю продолжительность времени до прогрессирования заболевания, равную 5,1 мес, и среднюю продолжительность жизни 9,4 мес. Данные токсические проявления не являлись дозозимитирующими, реакции со стороны кроветворной системы были минимальны.

**Выводы.** Применение ХТ-препаратов группы таксанов при андрогеннезависимом РПЖ показало пре-

имущество в таких параметрах, как продолжительность времени до прогрессирования заболевания и средняя продолжительность жизни, по сравнению с использовавшейся ранее стандартной схемой терапии в комбинации митоксантрона и глюкокортикостероидов, носящей преимущественно паллиативный характер.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.Д. Каприн, К.Н. Миленин  
ФГУ РНЦРР Росмедтехнологий, Москва

Введение постоянных имплантантов (<sup>125</sup>I) является самой распространенной формой брахитерапии. При постоянной имплантации источники остаются в ПЖ в течение нескольких недель или месяцев. <sup>125</sup>I имеет период полураспада 60 дней, и обычно рекомендованная минимальная периферическая доза составляет 160 Гр на объем, который включает капсулу ПЖ плюс 2 или 3 мм запаса. Это значит, что 80 Гр доставляется в первые 60 дней, а остальное в уменьшающейся дозе — в течение следующих 4–6 мес.

<sup>125</sup>I имеет энергию 27–35 Кэв. Низкая энергия свидетельствует о низком уровне проникновения в ткани, что соответствует обратному закону квадратов о дозе, уменьшающейся на 50% от минимальной периферической дозы. Это обеспечивает значительное преимущество с точки зрения уменьшения дозы в прилегающих критических структурах, таких как прямая кишка и нейроваскулярные пучки.

Для пациентов пределы доз облучения не устанавливаются, но используется принцип оптимизации, основанный на получении необходимого терапевтического эффекта при минимально возможных уровнях облучения в процессе планирования и проведения радиационного вмешательства.

Безопасность других лиц, которые могут находиться вблизи пациента с имплантированным источником ионизирующего излучения (другие больные, персонал нерадиелогических отделений, родственники и др.), регламентируется в соответствии с НРБ-99 установлением мощности дозы на расстоянии 1 м от больного, которая не должна превышать при выписке пациента из радиологического отделения 3 мкЗв/ч. После выписки из стационара пациенту рекомендуется пользоваться отдельной постелью, а также ограничить близкое общение с детьми (держат на коленях) и беременными женщинами в течение полугода с момента имплантации источни-

ка. При сохранении половой функции после выписки из стационара в течение первых 6 мес необходимо использовать презервативы.

Во избежание утери радиоактивного источника в стационаре или в домашних условиях пациенту не следует пользоваться общей канализацией в течение 5 дней. В этот период МП опорожняется в резервуар (судно) через слой марли. При обнаружении на марле выделенной капсулы необходимо поставить в известность медицинский персонал и лечащего врача. Лицу, в функциональные обязанности которого входит уход за пациентом в стационаре или патронаж его на дому, следует поместить капсулу в защитный контейнер и отправить на временное хранение в хранилище источников ионизирующего излучения до решения вопроса о захоронении источника в установленном порядке.

В нашем центре в 2002–2009 гг. брахитерапия была выполнена 367 больным РПЖ. При этом не отмечено ни одного случая миграции имплантированных зерен или их выпадения в просвет МП и выделения с мочой. Не зарегистрировано также существенного повышения радиационного фона вблизи пациента как непосредственно после операции, так и при выписке из стационара (не более 1 мкЗв/ч).

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО И МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.О. Карякин, Т.В. Свиридова, Н.А. Горбань, Ю.В. Гуменецкая, Н.Г. Минаева  
*МРНЦ РАМН, Обнинск*

**Введение.** Несмотря на совершенствование современных методов диагностики, внедрение программ «Мужское здоровье» в России, сохраняется поздняя обращаемость мужчин в медицинские учреждения, значительная часть пациентов имеет III и IV стадию РПЖ на момент постановки диагноза. При местно-распространенном процессе одним из ведущих методов лечения является сочетание ГТ и ЛТ. В этой стадии высока вероятность наличия микрометастазов. До сих пор неоднозначным остается вопрос ГТ, ведется дискуссия в определении начала ГТ в различных стадиях, ее режима и длительности. Наиболее оправданным на сегодняшний день является проведение хирургической или химической кастрации аналогами ЛГРГ. В рандомизированных исследованиях EORTC 22863, RTOG 92-02 доказано, что применение длительной ГТ аналогами ЛГРГ улучшает показатели выживаемости.

**Цель исследования** – оценка результатов проведения гормонотерапии у пациентов с локализованным и местно-распространенным РПЖ. Средний срок наблюдения составил 4 года. Результаты оценивали на основании безрецидивной выживаемости.

**Материалы и методы.** Всем пациентам проводилось клиническое обследование, включавшее определение содержания ПСА, ПРИ и УЗИ. После гистологического установления диагноза применяли КТ и скинтиграфию костей скелета.

Срок наблюдения считался от момента гистологической верификации диагноза. Лечение началось после комплексного обследования и морфологического подтверждения диагноза. Безрецидивная выживаемость оценивалась за 5-летний срок наблюдения. Биохимический рецидив устанавливался при 3-кратном последовательном повышении уровня ПСА и росте этого показателя от наименьшего значения после проведенного лечения, клинический – на основании обследования и выявления отдаленных метастазов в костях и/или ЛУ.

Всего в группу вошел 51 пациент с гистологически подтвержденным диагнозом РПЖ (аденокарцинома) в стадии T2c–T4N0M0. Всем больным выполнена 2-сторонняя орхиэктомия и дистанционная ЛТ (ДЛТ), которая проводилась на ускорителе SL-20 или SL-75 (тормозное излучение, E=6MeV, ротационное облучение) до СОД 66–70 Гр.

На момент постановки диагноза возраст пациентов колебался от 51 года до 82 лет, в среднем 62 года. Среднее значение ПСА – 34,6 нг/мл (от 1,1 до 178), средний срок наблюдения составил 48 мес (от 8 до 122).

У 36 больных орхиэктомия была выполнена одновременно с началом ДЛТ, у 15 – она варьировала в сроки от 1 до 4 мес до начала ДЛТ.

По классификации TNM структура пациентов следующая: T2c – 6 человек, T3 – 34, T4 – 11.

**Результаты.** В течение 5-летнего наблюдения отмечено 7 (13,7%) рецидивов: 4 (7,8%) биохимических и 3 (5,9%) клинических. При этом одновременно клинических и биохимических рецидивов не было. Биохимический рецидив выражался в росте уровня ПСА и был выявлен при сроках наблюдения 15, 47, 54 и 58 мес. Клинический рецидив установлен на 22, 49, 55-м месяце наблюдения. У 2 пациентов выявлены метастазы в ЛУ, у 1 – в ЛУ и кости. Безрецидивная 5-летняя выживаемость составила 86,3%.

Таким образом, применение комбинации ГТ и ЛТ у больных локализованным и местно-распространенным РПЖ обеспечивает стойкий клинический эффект и хорошие показатели 5-летней выживаемости.

## БИОХИМИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ

М.И. Коган, М.Б. Чибичян, А.В. Ильяш  
Кафедра урологии Ростовского государственного  
медицинского университета

РПЭ является методом выбора в лечении локализованного РПЖ. Однако после выполнения РПЭ, по данным различных источников, повышение уровня ПСА крови, так называемый биохимический рецидив, отмечается в 10–40% случаев и в различные сроки предшествует прогрессированию заболевания. Известно, что такие факторы, как высокая стадия заболевания до операции, градация по Глиссону (во всех участках – 4, в сумме – > 7 баллов), исходно высокие значения показателя ПСА, высокая патоморфологическая стадия, объем опухоли > 4 см<sup>3</sup>, вовлечение в процесс семенных пузырьков, поражение ЛУ, позитивный хирургический край, являются прогностическими в развитии биохимического рецидива.

**Цель исследования** – изучение клинико-морфологических параметров РПЖ, сопряженных с развитием биохимического рецидива, в зависимости от типа биохимического рецидива (местный, метастатический).

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезней 118 пациентов, которым в период с 2003 по 2007 г. в клинике урологии Ростовского государственного медицинского университета была выполнена позадилоная РПЭ. Патоморфологическая стадия опухолевого процесса у 48 (40,7%) больных определена как T2N0M0, у 64 (54,2%) – T3N0M0, у 6 (5,1%) пациентов с категорией pT3 диагностированы положительные ЛУ. Срок наблюдения составил от 1,6 до 6,3 года. Контроль уровня ПСА проводился через 4–6 нед после операции, далее каждые 3 мес в течение первого года наблюдения, 1 раз в 6 мес в течение последующих 2 лет и ежегодно на протяжении всего последующего наблюдения. За биохимический рецидив стандартно принималось повышение уровня ПСА крови > 0,2 нг/мл, подтвержденное двумя анализами.

**Результаты.** Биохимический рецидив заболевания отмечен у 24 (20%) из 118 пациентов. В зависимости от типа рецидива больные были распределены по 2 группам. В 1-ю группу вошли 8

(33%) пациентов с местным рецидивом заболевания, во 2-ю – 16 (67%) с метастатическим. Средний возраст больных 1-й группы составил 57,5±6,9 (49–66) года, средний уровень ПСА сыворотки крови до операции 7±1,4 (5–8,17) нг/мл, объем ПЖ 50,8±13 (38–65) см<sup>3</sup>. Клинические стадии T1cNxM0, T2aNxM0, T2cNxM0 определены в 50, 25 и 25% случаев соответственно. По данным морфологического исследования удаленной ПЖ, опухоль, ограниченная капсулой железы, подтверждена в 6 (75%) наблюдениях, в 2 (25%) – имело место экстракапсулярное распространение опухоли, при этом наличие положительного хирургического края не зарегистрировано ни в одном случае. Сумма баллов по шкале Глиссона 7 отмечена у 2 (25%) пациентов, в остальных случаях (75%) опухоль соответствовала умеренной степени дифференцировки. Объем опухоли в среднем занимал 46±40,3 (5–100) от ткани удаленной железы. Поражения ЛУ не зафиксировано ни в одном случае. Среднее время возникновения биохимического рецидива – 1,4 года. Во 2-й группе средний возраст пациентов составил 59,7±6 (50–68) лет, средний уровень ПСА сыворотки крови до операции 11,1±3,9 (4,9–15,64) нг/мл, объем ПЖ 51,1±10,1 (39–67,7) см<sup>3</sup>. Патоморфологическая стадия T2 определена у 4 (25%) больных, при этом во всех наблюдениях рак был обнаружен в обеих долях. В остальных случаях (n=12, 75%) отмечено экстракапсулярное распространение опухоли, у 4 (25%) из этих пациентов опухоль распространялась на семенные пузырьки. По степени дифференцировки опухоль распределилась следующим образом: 5–6 баллов по шкале Глиссона у 8 (50%) пациентов, 7 – у 2 (12,5%), 8–9 – у 6 (37,5%). Объем опухоли занимал от 30 до 100% ткани удаленной ПЖ, в среднем составил 67,5±30,6 см<sup>3</sup>. Во всех случаях проксимальный и дистальный хирургические края были негативны. Положительные ЛУ зафиксированы у 2 (12,5%) пациентов. Среднее время развития биохимического заболевания 5,8 мес.

**Выводы.** Клинико-морфологические характеристики РПЖ у больных 2-й группы соответствуют общепризнанным факторам прогноза развития рецидива заболевания в отличие от 1-й группы, где опухоль характеризуется значительно менее агрессивными параметрами болезни.

## ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T1cNxM0 У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

М.И. Коган, М.Б. Чибичян, А.В. Ильяш

Кафедра урологии Ростовского государственного  
медицинского университета

Адекватное стадирование РПЖ на сегодняшний день остается актуальной проблемой и является определяющим фактором в выборе тактики лечения. Известно, что по результатам РПЭ стадия рака часто оказывается выше, чем на дооперационном этапе диагностики.

**Цель исследования** — изучение патоморфологических характеристик РПЖ у пациентов с клинической стадией T1cNxM0, перенесших РПЭ, оценка «миграции» стадии болезни и значимости основных прогностических факторов.

**Материалы и методы.** Проведен анализ базы данных, включающей истории болезней пациентов, которым в 2003–2009 гг. в клинике урологии Ростовского государственного медицинского университета была выполнена позадилоная РПЭ. В исследование вошли 74 пациента, у которых рак выявлен при пункционной биопсии ПЖ, выполненной на основании повышенного уровня ПСА сыворотки крови; все больные до операции имели клиническую стадию рака T1cNxM0. Средний возраст пациентов составил  $61,2 \pm 6,6$  (49–73) года. Средний уровень общего ПСА сыворотки крови  $9,2 \pm 4,2$  (4,4–19,24) нг/мл. Объем ПЖ варьировал от 26,8 до 114 см<sup>3</sup>, в среднем составив  $56,9 \pm 24$ . Пункционная биопсия ПЖ проведена биопсийным аппаратом системы PRO-MAG 2,2 под ультразвуковым ректальным наведением («PHILIPS») из 10 или 12 точек. Всем пациентам выполнена РПЭ. Проведен сравнительный анализ данных дооперационной диагностики и морфологического исследования удаленной ПЖ.

**Результаты.** При морфологическом исследовании биоптатов ПЖ, число канцеропозитивных столбиков составило от 1 до 6, доля опухолевого поражения биоптатов варьировала от 5 до 100%. Сумма баллов по шкале Глисона 2–4 выявлена у 24 (32,4%) пациентов, 5–6 — у 46 (62,2%), 7 — у 4 (5,4%). У 24 (32,4%) больных на дооперационном этапе диагностики клинически незначимого рака имело место вращение опухоли в капсулу ПЖ, у 50 (67,6%) — кап-

сула оставалась интактной. Также оценивалось наличие перинеуральной и сосудистой инвазии. После проведения РПЭ и морфологического исследования удаленной ПЖ наличие аденокарциномы подтверждено во всех препаратах. У 8 (10,8%) пациентов опухоль занимала менее половины 1 доли ПЖ, что соответствовало стадии pT2a, у 6 (8,1%) — аденокарцинома распространялась более чем на половину 1 из долей — стадия pT2b и у 24 (32,4%) больных патоморфологически рак был обнаружен в обеих долях ПЖ — pT2c. У 36 (48,6%) пациентов карцинома выходила за пределы капсулы ПЖ, образуя стадию pT3a, в том числе у 6 больных с инвазией в семенные пузырьки — pT3b. В 4 случаях диагностирован положительный хирургический край. По степени дифференцировки опухоль распределилась следующим образом: 4 балла по шкале Глисона в 10 (13,5%) наблюдениях, 5–6 — в 42 (56,8%), 7 — в 12 (16,2%), 8–9 — в 10 (13,5%). Опухолевого поражения регионарных ЛУ не зафиксировано ни в одном случае. Исследованы статистические взаимоотношения некоторых показателей РПЖ при стадировании процесса до и после операции. Надежно коррелируют показатель процента опухоли в биоптате и объем поражения РПЖ ( $p=0,007$ ), а также наличие сосудистой и перинеуральной инвазии. Обратная корреляционная зависимость отмечается между долей рака в биоптате ПЖ и ее объемом ( $p=0,01$ ). Зависимость индекса Глисона до и после операции характеризуется, с одной стороны, приблизительно одинаковым коэффициентом корреляции ( $r=0,5$ ), с другой — низкие значения индекса Глисона, отмеченные до операции, после РПЭ увеличиваются, и, наоборот, высокие показатели, зафиксированные до РПЭ, после операции снижаются. Известно, что при уровне ПСА  $>15$  нг/мл, индексе Глисона  $> 8$  и наличии в биопсийном спектре более 2/3 образцов, в которых рак занимает  $> 30\%$  длины столбика, следует ожидать экстрапростатическую экстензию (J.C. Applewhite, B.R. Matlaga, 2002). В нашем исследовании более чем у 75% пациентов, у которых получена экстрапростатическая инвазия, уровень ПСА находился в так называемой серой зоне — до 10 нг/мл. Об этом свидетельствует отсутствие корреляции между уровнем ПСА и перфорацией простатической капсулы после патоморфологического исследования препарата. Не коррелируют такие показатели, как процент опухолевого поражения в биоптатах ПЖ и экстрапростатическая экстензия после патоморфологического исследования после РПЭ ( $p=0,1$ ).

**Выводы.** Таким образом, пункционная биопсия ПЖ при РПЖ прежде всего является методом установления наличия ракового процесса, его клеточного типа, дифференцировки и, безусловно, основным составляющим наряду с ректальным исследованием и анализом уровня ПСА в выборе метода лечения

РПЖ. Однако адекватно оценить раковый процесс позволяет только патоморфологический анализ удаленной ПЖ.

## ПРОТЕИНАЗНО-ИНГИБИТОРНАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.И. Коган<sup>1</sup>, М.Б. Чибичян<sup>1</sup>,  
Е.А. Черногубова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра урологии Ростовского государственного  
медицинского университета;

<sup>2</sup>Южный научный центр РАН, Ростов-на-Дону

**Введение.** Нарушение баланса в системе протеиназы–ингибиторы является важным патогенетическим звеном в развитии деструктивных, воспалительных, аллергических реакций, нарушении процессов гемостаза, а также одним из факторов злокачественного роста. Интерес к изучению протеолитических ферментов при неопластических процессах объясняется их высокой биологической активностью, участием в защитных реакциях организма, обмене соединительной ткани, процессах роста и деления клеток, ангиогенезе.

**Цель исследования** – анализ роли нарушения протеиназно-ингибиторного баланса в крови при РПЖ.

**Материалы и методы.** Изучены следующие показатели ключевых протеолитических систем крови: активность калликреина (К) и содержание прекалликреина (ПК), суммарная активность сериновых протеиназ и эластазоподобная активность, активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и ангиотензин-превращающего фермента (АПФ),  $\alpha_1$ -протеиназного ингибитора ( $\alpha_1$ -ПИ) и  $\alpha_2$ -макроглобулина ( $\alpha_2$ -МГ) в сыворотке крови у 18 больных с аденокарциномой ПЖ (средний возраст  $64,7 \pm 2,2$  года). Контрольную группу составили 20 мужчин этой же возрастной группы без РПЖ.

**Результаты и обсуждение.** В сыворотке крови у больных РПЖ отмечается увеличение активности К на 91,5% ( $p < 0,001$ ) на фоне снижения содержания ПК на 11,8% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой контроля. При этом суммарная активность сериновых протеиназ сыворотки крови не отличается от контрольных величин. Общая эластазоподобная активность сыворотки крови у больных с РПЖ на 77,8% ( $p < 0,001$ ) выше, а активность ЛЭ не отличается от соответствующих показателей в контрольной группе, что свидетельствует о преобладании в крови комплекса ЛЭ с  $\alpha_1$ -ПИ. Активность АПФ в сыворотке крови больных с аденокарциномой ПЖ на 49,7% ( $p < 0,05$ ) выше, чем в контрольной группе.

Активность поливалентного ингибитора сериновых протеиназ –  $\alpha_1$ -ПИ не отличается от контроля. Снижение активности второго ингибитора протеиназ –  $\alpha_2$ -МГ на 24,5% ( $p < 0,05$ ) в сыворотке крови больных РПЖ, вероятно, является следствием высокой активности протеолитических ферментов как плазменного, так и клеточного происхождения.

**Выводы.** При РПЖ в сыворотке крови отмечена активация протеиназ калликреин-кининовой, ренин-ангиотензиновой систем крови при ослаблении контроля за их активностью со стороны ингибиторов, особенно  $p_2$ -макроглобулина. Уровень активности основного ингибитора ЛЭ –  $\alpha_1$ -ПИ в плазме крови практически не отличался от нормального, что, возможно, является результатом высокого потребления ингибитора эластазой и другими протеолитическими ферментами плазмы крови и клеток, а нарушение соотношения между уровнями  $\alpha_1$ -ПИ и активностью ЛЭ приводит к разрушению многих функционально значимых белков и рецепторов.

Анализ молекулярных механизмов регуляции протеолитических систем организма при РПЖ позволит уточнить роль протеиназ и их ингибиторов в развитии неопластических процессов в ПЖ и, на этой основе, выявить информативные предикторы и маркеры РПЖ.

## ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

О.И. Кудряшов, Д.Н. Красиков

Урологический центр ФГУ 442-й окружной военный  
клинический госпиталь ЛенВО Минобороны РФ,  
Санкт-Петербург

В структуре онкологической заболеваемости в России на долю урологических локализаций приходится 9,4%. В большинстве индустриально развитых стран мира и в России среди онкологических заболеваний у мужчин РПЖ вышел на 1-е место. В связи с особенностями клинического течения РПЖ может длительное время не проявляться. Вероятность обнаружения РПЖ в возрасте от 49 до 59 лет составляет 1,28%, от 60 до 70 лет – 15,6%. На долю пациентов с локализованными формами РПЖ, у которых возможно проведение радикального лечения, приходится чуть больше 1/3 выявленных случаев. Риск заболеть РПЖ у 30–40-летних мужчин составляет около 30%.

Классические методы – ПРИ и ТРУЗИ – часто не позволяют обнаружить РПЖ. Рекомендованный для массового скрининга онкомаркер – ПСА позволяет заподозрить РПЖ у молодых людей с ранней,

локализованной формой, так как его уровень возрастает уже на ранних стадиях болезни. Дискриминационный уровень ПСА — 4,0 нг/мл, а в некоторых странах (особенно у лиц моложе 50 лет) — 2,5 нг/мл. С целью морфологической верификации РПЖ используется мультифокальная трансректальная пункционная биопсия (МТПБ) ПЖ под ультразвуковым (УЗ) контролем. Чувствительность метода достигает 98%.

В структуре заболеваемости Урологического центра новообразования мочеполовых органов за последние 5 лет составляют около 15%, смертность за этот период в 50% случаев была обусловлена прогрессированием генерализованных форм РПЖ. Статистика заболеваемости последних лет подтверждает тенденцию роста доли больных с новообразованиями мочеполовых органов, а также все более частую диагностику РПЖ у пациентов среднего возраста. В течение последних 6 лет отработан порядок скрининга РПЖ. С июня 2005 г. внедрена МТПБ ПЖ. В последние 2 года МТПБ ПЖ выполняется всем пациентам, у которых даже однократно превышен дискриминационный уровень ПСА 4 нг/мл, а также больным, у которых имеются явные изменения ПЖ при ПРИ даже при нормальном содержании ПСА. В период с июня 2005 г. до июля 2009 г. МТПБ ПЖ выполнена 137 пациентам, что составляет 27% от всех лиц с заболеваниями ПЖ, находившихся на стационарном лечении в этот период. Пункции осуществлялись с помощью ректального датчика на УЗ-аппарате Logic-200 биопсийной системой Magnum Bard. В последние 2 года процедура проведения МТПБ ПЖ стандартизирована до 6 биопсийных точек в каждой доле ПЖ, в 53% случаев методика дополнялась забором материала из каждого семенного пузырька. Осложнений не было. Средний возраст больных 70,02 года; до 40 лет — 0,73%; 40–50 — 1,46%; 51–55 — 5,84%; старше 56 лет — 91,97%.

По данным гистологического исследования биоптатов, ЗН выявлены у 37,1% пациентов, в 29% случаев имела место типичная аденокарцинома ПЖ, в 8,1% — варианты редких морфологических типов рака — светлоклеточный, солидный, трабекулярный, криброзный и скirroзный. В 4,9% наблюдений выявлены единичные фокусы РПЖ. Оценка по шкале Глисона проведена у 95,7% пациентов. У 55,7% больных повышение уровня ПСА было обусловлено наличием ДГПЖ, причем у 15,3% из них обнаружены предвестники ракового поражения — ПИН, а в 43,6% случаев аденоматозная гиперплазия сочеталась с простатитом. Локализованная форма РПЖ диагностирована у 15,3% пациентов. Радикальная везикулопростатэктомия — основной метод лечения больных локализованным РПЖ — выполнена у 6 пациентов (13% от диагностированных в результате МТПБ ПЖ) по стандартной методике из

позадилобкового доступа. В операционных препаратах уровень оценки по шкале Глисона изменялся в сторону повышения по сравнению с биоптатами и только в 1 случае остался прежним. Остальные пациенты, у которых был диагностирован РПЖ, получали лечение в объеме билатеральной орхиэктомии с приемом антиандрогенов либо сочетание антиандрогенов с аналогами гонадотропин-рилизинг-гормонов. В случае выявления генерализованных форм РПЖ больные дополнительно направлялись на ЛТ с применением препаратов золедроновой кислоты.

Таким образом, стратегия скрининга мужчин старше 40 лет должна включать рутинную практику ежегодного ПРИ ПЖ и исследования уровня ПСА в сыворотке крови. Выполнение МТПБ ПЖ под УЗ-контролем обосновано при повышении уровня ПСА более дискриминационного — 4 нг/мл — и при пальпаторных изменениях ПЖ. Забор материала целесообразно проводить из стандартных точек в количестве не менее 12, а при уровне ПСА > 20 нг/мл — также из каждого семенного пузырька. Такая тактика позволяет обнаруживать опухоли без клинических проявлений и с более высокой вероятностью — локальный РПЖ. Затраты на радикальное оперативное лечение локализованных форм РПЖ гораздо ниже, чем затраты на оперативное нерадикальное и последующее обязательное консервативное лечение местно-распространенных или генерализованных форм РПЖ.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.И. Лефтеров<sup>1</sup>, С.И. Горелов<sup>1</sup>,  
Ю.А. Криволапов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГУЗ КБ №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России;

<sup>2</sup>ГУЗ ЛОПАБ, Санкт-Петербург

Аденокарцинома ПЖ(АПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин. В 2005 г. заболеваемость в России уже составила 17,8 на 100 000 мужского населения. Согласно данным ВОЗ, смертность от РПЖ в 2006 г. в России достигла 8516 человек или 16,12 на 100 000 мужского населения, что превышает аналогичные показатели 1980 г. в 4 раза.

К прогностически значимым морфологическим признакам развития АПЖ относят степень злокачественности, периневральную и сосудистую инвазию, выход за пределы капсулы, врастание в семенные пузырьки и уретру. Большую часть указанных признаков можно оценить по результатам морфологического исследования ткани, полученной

при трансректальной биопсии ПЖ. Вместе с тем, несмотря на высокую прогностическую значимость данных показателей, у многих пациентов, относящихся к одной группе по этим признакам, агрессивность естественного течения заболевания, чувствительность к ГТ существенно различаются. В связи с этим изучение дополнительных биологических характеристик первичной опухоли имеет как теоретическое значение для понимания процессов канцерогенеза в ПЖ, так и практическое – прогнозирование течения болезни и оптимизация лечения.

**Цель исследования** – изучение экспрессии ИГХ-маркеров для оценки чувствительности АПЖ к ГТ.

**Материалы и методы.** Исследование основано на ретроспективном анализе данных обследования 86 больных местно-распространенной и метастатической АПЖ, получивших в период с 2004 по 2008 г. гормональное лечение в онкоурологическом отделении Ленинградского областного онкологического диспансера. Минимальный срок наблюдения составил 12 мес, максимальный – 30 мес. Средний возраст пациентов  $71,6 \pm 8,4$  (от 51 до 91) года.

В ходе исследования были сопоставлены классические клиничко-морфологические характеристики РПЖ с ИГХ-маркерами, характеризующими пролиферативную активность (Ki-67), плотность микрососудистого русла в строме и железах ПЖ (MVD) и экспрессию рецепторов андрогенов (РА).

Среди классических клиничко-морфологических характеристик АПЖ оценивались степень дифференцировки опухоли (сумма баллов по шкале Глисона), наличие или отсутствие отдаленных метастазов, исходное значение уровня ПСА в сыворотке крови и степень его снижения к моменту окончания наблюдения.

**Результаты.** В результате анализа экспрессии Ki-67 не обнаружено статистически значимой корреляционной связи пролиферативной активности с исходным уровнем ПСА ( $r=0,18, p=0,09$ ). Выявлена значимая обратно пропорциональная корреляция Ki-67 со степенью дифференцировки опухоли: повышенная пролиферативная активность соответствовала опухолям с высоким злокачественным потенциалом ( $r=-0,25, p<0,05$ ). У пациентов с отдаленными метастазами чаще определялись опухоли с высоким уровнем экспрессии Ki-67 ( $r=0,38, p<0,05$ ). При оценке эффективности проведенной терапии установлено, что степень снижения уровня ПСА в ходе терапии меньше у пациентов с высокой экспрессией Ki-67 в ткани опухоли ( $r=-0,39, p<0,05$ ).

При анализе экспрессии РА обнаружена слабая корреляция с исходным уровнем ПСА в сыворотке крови ( $r=0,14, p=0,2$ ). У больных, опухоль которых имела высокий злокачественный потенциал, экспрессия РА в ткани опухоли была достоверно выше

( $r=0,23, p=0,03$ ). В отношении пациентов с отдаленными метастазами показатель экспрессии РА не имел статистической значимости ( $r=0,18, p=0,11$ ). При оценке эффективности проводимой ГТ установлено, что степень снижения уровня ПСА была ниже у пациентов с высоким уровнем экспрессии РА в ткани опухоли ( $r=0,25, p=0,02$ ). Кроме того, обнаружена значимая прямая корреляционная связь между возрастом пациентов и экспрессией РА ( $r=0,41, p=0,00$ ).

Особенностью индекса MVD стромы явилась значимая прямая корреляционная связь с исходным уровнем ПСА: ткань опухоли больных с высоким уровнем исходного ПСА в сыворотке крови характеризовалась высокой плотностью микрососудистого русла стромы ПЖ ( $r=0,26, p=0,01$ ). Высокая плотность MVD стромы достоверно чаще имела место и при высоком злокачественном потенциале опухоли ( $r=0,24, p=0,03$ ). У пациентов с диссеминированной АПЖ индекс MVD в строме ПЖ также оказался достоверно повышенным ( $r=0,38, p<0,001$ ). При оценке эффективности терапии выявлено, что у пациентов с высоким индексом MVD в строме ПЖ степень снижения уровня ПСА менее выражена ( $r=-0,24, p=0,03$ ). При анализе показателя MVD в строме АПЖ, в отличие от MVD стромы ПЖ не зафиксировано статистически достоверной корреляционной связи с клиничко-морфологическими показателями опухоли.

**Выводы.** Полученные данные продемонстрировали более агрессивное течение АПЖ у больных с высоким уровнем экспрессии Ki-67, РА и индекса MVD стромы, что является неблагоприятным прогностическим признаком при оценке эффективности ГТ.

## МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Л.А. Логвинов, Ю.В. Кудрявцев,  
С.С. Дегтярев, Г.В. Кузнецов, К.В. Кумачев,  
А.А. Чернятин

Городская поликлиника № 30 ВАО, Москва

**Материалы и методы.** В 2007–2008 гг. в условиях ГП № 30 на базе Окружного урологического отделения ВАО выполнено 515 мультифокальных биопсий ПЖ. Средний возраст больных составил 64 года (от 48 до 80 лет). Уровень ПСА крови у пациентов был в пределах от 2,5 до 675 нг/мл. У 20 пациентов содержание ПСА крови находилось в пределах от 2,5 до 4 нг/мл, у 375 пациентов – от 4 до 10 нг/мл, у 77 – от 10 до 20 нг/мл и у остальных 43 человек – > 20 нг/мл. Для профилактики инфекционных осложнений проводили антибактериальную терапию фтор-

хинолонами (левофлоксацин 0,5): 1 таблетка вечером накануне выполнения биопсии и по 1 таблетке после биопсии в течение 4 дней. Вечером накануне биопсии и утром в день ее проведения больным назначалась очистительная клизма, перед биопсией в прямую кишку вводился гель «Катеджель» в объеме 12 мл, содержащий анестетик (лидокаин) и антисептик (хлоргекседин). У всех больных осуществлялась трансректальная биопсия ПЖ под УЗ-контролем. Мы использовали биопсийные пистолеты ProMag-ultra с иглами 16-го калибра и УЗ-аппарат ALOKA SSD 900 с ректальным датчиком частотой 7,5 МГц. Биопсия ПЖ выполнялась из 6–12 точек. После осуществления процедуры все пациенты наблюдались в течение 3 ч в условиях дневного стационара.

**Результаты.** Биопсия ПЖ проведена 515 пациентам. В результате гистологического исследования биоптатов РПЖ выявлен у 105 (20,38%) человек. Кроме того, у 25 (4,85%) больных обнаружена ПИН высокой степени. У 112 (21,74 %) пациентов ДГПЖ сочеталась с хроническим воспалительным процессом в ПЖ.

При морфологическом исследовании биоптатов у 5 человек выявлена аденокарцинома I, у 77 человек – II и у 23 – III степени дифференцировки. По шкале Глисона опухоли дифференцировались следующим образом: 3 балла – у 1 (0,95%) пациента, 4 – у 3 (2,85%), 5 – у 73 (69,52%), 6 – у 13 (12,38%), 7 – у 11 (10,47%), 8 – у 4 (3,80%) больных.

**Обсуждение.** Трансректальная биопсия ПЖ достаточно хорошо переносится пациентами. Среди осложнений биопсии отмечены незначительно выраженный болевой синдром, наблюдающийся в ближайшие несколько часов, у 96 человек, макрогематурия – у 87, гемоспермия – у 123, острый простатит – у 5, кровотечение из прямой кишки – у 6 (2 пациентам потребовалась госпитализация, завершившаяся консервативными мероприятиями), острая задержка мочи – у 1 больного.

Из 20 пациентов со значениями ПСА крови от 2,5 до 4 нг/мл РПЖ диагностирован у 4, из 375 человек с содержанием ПСА крови в пределах так называемой серой зоны (от 4 до 10 нг/мл) – у 60. В этой же группе у 21 больного выявлена ПИН высокой степени. Из 77 пациентов с показателем ПСА крови от 10 до 20 нг/мл РПЖ обнаружен у 23, у 3 человек из этой группы имела место ПИН высокой степени. Уровень ПСА крови > 20 нг/мл зафиксирован у 43 больных, из них у 18 диагностирован рак, у 1 – ПИН высокой степени. По данным ТРУЗИ ПЖ, узловые образования, подозрительные в онкологическом плане, встречались только у 28 из 105 пациентов с выявленным РПЖ и только у 19 больных при ПРИ определялись участки «каменистой плотности».

**Заключение.** 51,14% случаев рака зарегистрировано у больных со значениями ПСА крови от 4 до 10

нг/мл. У пациентов до 65 лет и показателем ПСА крови 2,5–4 нг/мл выявляемость РПЖ составила 20%. У лиц старше 65 лет и уровнем ПСА > 4 нг/мл РПЖ отмечен в 20,4% случаев. Биопсия ПЖ показана мужчинам до 65 лет со значениями ПСА крови более 2,5 нг/мл и старше 65 лет при уровне ПСА крови > 4 нг/мл и может выполняться в амбулаторно-поликлинических условиях после специальной подготовки персонала.

## ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**В.В. Лысенко, Ф.И. Костев, А.Г. Старостин, М.В. Лесовая, В.М. Ходос**

*Кафедра урологии Одесского государственного медицинского университета*

**Введение.** В зарубежной литературе последних лет появился интерес к изучению особенностей клинического течения РПЖ у тучных больных. Кроме того, большое число работ посвящено влиянию уровня сывороточного тестостерона на прогноз развития опухолевого процесса при раке данной локализации. Вероятно, это обусловлено тем, что в популяции возросло количество пациентов с ожирением, имеющих нередко вторичный гипогонадизм, а скрининговые программы и рутинное применение трансректальной полифокальной биопсии позволяют выявить достаточное число пациентов, имеющих РПЖ на фоне избыточной массы тела. При обзоре литературы по данному вопросу выяснилось, что авторы всех работ единодушны во мнении, что у больных с избыточным весом и/или низким уровнем тестостерона РПЖ имеет большее распространение на момент диагностики и характеризуется более агрессивным течением (W. C. Buschemeyer III и соавт., 2007; T. Imamoto и соавт., 2005; Lane и соавт., 2008). Однако данные основаны исключительно на оценке клинических особенностей опухолевого процесса. В связи с этим у нас возник интерес к изучению морфологических особенностей РПЖ у данной категории больных.

**Цель исследования** – изучение особенностей экспрессии Ki-67 и IGF как факторов, определяющих пролиферативную активность в биоптатах больных, имеющих избыточную массу тела, с верифицированным РПЖ.

**Материалы и методы.** При изучении ИГХ-особенностей образцов ткани РПЖ 105 больных, полученных с помощью трансректальной полифокаль-



ной биопсии ПЖ, отобраны 34 биоптата пациентов с избыточной массой тела (индекс массы тела – ИМТ составлял 36,9 кг/м<sup>2</sup>). Уровень сывороточного тестостерона в исследуемой группе составлял 320,57 нг/дл. Для сравнения результатов исследования отобраны образцы ткани РПЖ 34 пациентов с нормальной массой тела (ИМТ 21,4 кг/м<sup>2</sup>) и уровнем сывороточного тестостерона 483,87 нг/дл.

Кроме стандартного окрашивания биоптатов ГЭ, использовалась ИГХ-окраска моноклональными антителами к Ki-67 (клон М1В-1) и IGF (клон 34–31) для оценки степени пролиферативной активности опухолей.

**Результаты.** В 1-й группе высокая экспрессия Ki-67 отмечена у 63% больных (из них у 6% был рак с индексом Глисона ≤6 баллов включительно и 57% – ≥7). Высокая экспрессия IGF в исследуемой группе наблюдалась у 76% пациентов (из них у 38% был рак с индексом Глисона ≤6 баллов включительно и 43% – ≥7 баллов). В контрольной группе высокая экспрессия Ki-67 наблюдалась у 59% больных (3% составлял рак ≤6 баллов по шкале Глисона, 56% – >7 баллов). Что касается экспрессии IGF, то ее существенное повышение отмечено у 52% пациентов (23% <6 баллов по шкале Глисона, 29% – >7 баллов). Очевидно существенное различие экспрессии IGF в обеих группах, которое было статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы

1. Экспрессия Ki-67 в ткани РПЖ не зависит от массы тела пациента, но преобладает в опухолях с высоким индексом Глисона.

2. Экспрессия IGF в ткани РПЖ выше у пациентов с ИМТ.

3. С учетом полученных данных, вероятно, целесообразно включать в схемы лечения больных РПЖ с избыточной массой тела препараты, подавляющие тканевые факторы роста.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭРЕКТИЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ pT1–4N0–1M0, ПОДВЕРГНУТЫХ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ**

**В.Б. Матвеев, М.И. Волкова,**

**Я.В. Гриднева, А.А. Митин**

*Отделение урологии ГУ РОНЦ  
им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*

**Цель исследования** – выделение факторов, влияющих на эректильную функцию больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых РПЭ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 62 больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых нервосберегающей РПЭ в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1997 по 2008 г. Медиана возраста 61±6,8 года: <70 лет – 47 (75,8%) пациентов, ≥70 лет – 15 (24,2%). Медиана ПСА до лечения 9,1±14,2 нг/мл. Во всех наблюдениях до операции проводилась оценка гемодинамических показателей кровотока в сосудах полового члена на различных стадиях развития эрекции методом доплерографии на фоне интракавернозного фармакотеста. Всем пациентам выполнена РПЭ с сохранением сосудисто-нервных пучков: с одной стороны – у 11 (17,7%) больных, с обеих сторон – у 51 (82,3%). При гистологическом исследовании медиана показателя Глисона составила 5,0±1,5, категория pT≤T2 имела место у 48 (77,4%), pT>T2 – у 14 (22,5%), категория pN+ – у 2 (3,2%) из 62 больных. В послеоперационном периоде 30 (43,8%) из 62 пациентов получали ингибитор фосфодиэстеразы-5 варденафил (Левитра®) в дозе 20 мг/сут, со 2–7-х суток после операции, длительно. Оценка эректильной функции осуществлялась путем анкетирования на основании Международного индекса эректильной функции (ИЭФ) и опросников GAQ, SEP. Медиана наблюдения 36,8±16,2 мес.

**Результаты.** Потенция сохранена у 47 (75,8%) из 62 больных, подвергнутых нервосберегающей РПЭ. Выявлено увеличение частоты развития импотенции у пациентов в возрасте ≥70 лет по сравнению с больными моложе 70 лет (16,7 и 30,3% соответственно), однако разница между группами не достигла статистической значимости ( $p=0,193$ ). Отмечена тенденция к увеличению вероятности развития данного осложнения при категории pT>T2 с 17,2 до 50% ( $p=0,07$ ). Сохранение обоих нервных пучков ассоциировано с достоверным снижением риска развития импотенции по сравнению с односторонней нервосберегающей операцией (17 и 60% соответственно,  $p=0,01$ ). Раннее назначение постоянного приема ингибиторов варденафила приводит к значимому уменьшению частоты данного осложнения по сравнению с отсутствием медикаментозной терапии (13,3 и 34,4% соответственно,  $p=0,001$ ).

**Выводы.** Использование нервосберегающей методики РПЭ дает возможность сохранить потенцию в 75,8% случаях. Сохранение обоих нервных пучков и раннее назначение постоянного приема ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (варденафил) ассоциировано с достоверным снижением риска развития импотенции.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНЕВРАЛЬНОЙ И АНГИОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ИНВАЗИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ pT1–4N0–1M0, ПОДВЕРГНУТЫХ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

В.Б. Матвеев, М.И. Волкова,

В.Д. Ермилова, А.А. Митин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

**Цель исследования** – оценка прогностического значения периневральной и ангиолимфатической инвазии у больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых РПЭ.

**Материалы и методы.** В исследование ретроспективно отобраны 144 больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых РПЭ в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1997 по 2008 г. Медиана возраста  $60,0 \pm 6,4$  (43–73) года. Медиана ПСА до лечения  $10,4 \pm 13,7$  (0,8–95,7) нг/мл:  $< 10$  нг/мл – у 67 (46,5%) пациентов,  $\geq 10$  нг/мл – у 77 (53,5%). При гистологическом исследовании во всех препаратах верифицирована аденокарцинома. Медиана показателя Глисона  $6,0 \pm 1,4$ :  $< 7$  – у 112 (77,8%) больных,  $\geq 7$  – у 32 (22,2%). Проращение капсулы ПЖ выявлено в 47 (32,6%), инвазия в семенные пузырьки – в 13 (9%), метастазы в регионарные ЛУ – в 9 (6,3%), опухолевые клетки по краю хирургического разреза – в 9 (6,3%), ангиолимфатическая инвазия – в 58 (40,3%), периневральная инвазия – в 61 (42,4%) из 144 случаев. Медиана наблюдения  $36,6 \pm 15,2$  мес.

**Результаты.** Наличие ангиолимфатической инвазии ассоциировано с достоверным увеличением частоты выявления показателя Глисона  $\geq 7$  с 15,1 до 32,8% ( $p=0,015$ ), экстракапсулярной опухолевой экстензии – с 17,4 до 55,2% ( $p<0,0001$ ), инвазии семенных пузырьков – с 1,2 до 20,7% ( $p<0,0001$ ) и тенденцией к повышению риска развития метастазов в регионарные ЛУ – с 3,5 до 10,3% ( $p=0,095$ ). При наличии периневральной инвазии отмечено увеличение частоты проращения капсулы железы опухолью с 19,3 до 50,8% ( $p<0,0001$ ) и инвазии семенных пузырьков с 0 до 21,3% ( $p<0,0001$ ). Распространение опухоли по ходу сосудов и нервных волокон не оказывало влияния на частоту положительного хирургического края ( $p>0,05$ ). Рецидив РПЖ зарегистрирован у 19 (13,2%) из 144 больных: ПСА-рецидив – у 10 (6,9%), местный рецидив – у 7 (4,9%), метастазы – у 2 (1,4%) пациентов. Зафиксировано достоверное увеличение частоты

развития рецидивов заболевания при наличии ангиолимфатической (с 8,1 до 20,7%,  $p=0,028$ ) и периневральной (с 8,4 до 19,7%,  $p=0,043$ ) инвазии. Пятилетняя общая, специфическая выживаемость и выживаемость без ПСА-рецидива в группе из 144 пациентов составили 97,6, 98,3 и 82,1% соответственно. Ангиолимфатическая инвазия достоверно снижала выживаемость без ПСА-рецидива с 90 до 66,8% ( $p=0,010$ ), что при данных сроках наблюдения не транслировалось в статистически значимое уменьшение общей (98,8 и 96,0% соответственно,  $p=0,812$ ) и специфической (100 и 96% соответственно,  $p=0,251$ ) выживаемости. Периневральная инвазия ассоциирована с достоверным снижением выживаемости без ПСА-рецидива с 92,4 до 68,2% ( $p=0,045$ ); разница общей (100% и 94,1%,  $p=0,090$ ) и специфической (100 и 95,7% соответственно,  $p=0,217$ ) выживаемости в группах пациентов с распространением опухоли и без такового по ходу нервных волокон не достигла статистической значимости.

**Заключение.** Распространение опухоли по ходу кровеносных и лимфатических сосудов, а также нервных волокон у больных клинически локализованным и местно-распространенным РПЖ ассоциировано с достоверным увеличением частоты развития рецидивов и снижением выживаемости без ПСА-рецидива после РПЭ.

## КОНКОРДАНТНОСТЬ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИСОНА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ pT1–4N0–1M0, ПОДВЕРГНУТЫХ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, В.Д. Ермилова,  
А.А. Митин, В.А. Романов

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Показатель Глисона – важный фактор прогноза при РПЖ, влияющий на выбор лечебной тактики.

**Цель исследования** – определение диагностической значимости биопсийного показателя Глисона при оценке истинного значения данного параметра у больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых РПЭ.

**Материалы и методы.** В исследование включены результаты гистологического исследования биопсийного и операционного материала 144 больных РПЖ pT1–4N0–1M0, подвергнутых РПЭ в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1997 по 2008 г. Медиана возраста  $60,0 \pm 6,4$  (43–73) года. Ме-

диана ПСА до лечения  $10,4 \pm 13,7$  ( $0,8-95,7$ ) нг/мл. Морфологический материал до РПЭ получен путем трансректальной пункционной биопсии под контролем УЗИ в 137 (95,1%) — медиана числа биопсийных столбцов  $8 \pm 3,4$  ( $3-18$ ), во время ТУР ПЖ — в 5 (3,5%), при чреспузырной аденомэктомии — в 2 (1,4%) случаях. Всем больным выполнена РПЭ. С целью стандартизации интерпретации морфологической картины опухоли весь биопсийный и операционный материал пересмотрен одним морфологом, степень дифференцировки оценена по шкале Глисона.

**Результаты.** Во всех наблюдениях верифицирована аденокарцинома. Медиана биопсийного показателя Глисона  $3 \pm 0,6 + 3 \pm 0,7 = 6 \pm 1,2$ :  $<7$  — у 113 (78,5%) пациентов,  $\geq 7$  — у 31 (21,5%). При исследовании операционного материала категория  $pT > T2$  имела место у 47 (32,6%),  $pN+$  — у 9 (6,3%) больных. Медиана операционного показателя Глисона составила  $2 \pm 0,7 + 3 \pm 0,8 = 6 \pm 1,4$ :  $<7$  — у 112 (77,8%),  $\geq 7$  — у 32 (22,2%) пациентов. При сравнительном анализе показателя Глисона, оцененного при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала ( $<7$  или  $\geq 7$ ), выявлено несоответствие результатов в 25 (17,4%) из 144 случаев: занижение истинного значения суммы Глисона — 13 (40,6%) из 32, завышение — 12 (10,7%) из 112. Чувствительность гистологического исследования биопсийного материала в отношении оценки истинного показателя Глисона ( $<7$  или  $\geq 7$ ) составила 59,4%, специфичность — 89,3%, диагностическая эффективность — 82,6%, PPV 61,3%, NPV 88,5%, AUC под кривой ROC  $0,743 \pm 0,056$  (95% ДИ  $0,708-0,901$ ), разница с референтным значением достоверна ( $p < 0,0001$ ).

**Заключение.** Результаты оценки биопсийного и операционного показателя Глисона конкордантны в 82,7% наблюдений. В случае ошибки чаще всего наблюдается занижение суммы баллов. Биопсийный показатель Глисона достоверно отличается от случайного диагноза и с высокой надежностью может использоваться для составления прогноза заболевания.

## ВЛИЯНИЕ СОХРАНЕНИЯ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, А.А. Митин

Отделение урологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН, Москва

**Цель исследования** — оценка влияния сохранения шейки МП (ШМП) на результаты РПЭ у больных клинически локализованным РПЖ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 133 больных РПЖ  $cT1-2N0M0$ , подвергнутых РПЭ в период с 1997 по 2008 г. в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. Медиана возраста пациентов составила  $60,0 \pm 6,7$  года. До лечения медиана уровня ПСА в группе равнялась  $10,3 \pm 1,3$  нг/мл, медиана показателя Глисона в биопсийном материале  $6 \pm 1,1$ . Всем 133 больным данной группы выполнена позадилоная РПЭ. ШМП сохранена у 66 (49,6%), сосудисто-нервные пучки — у 57 (42,9%): с обеих сторон — у 47 (35,3%), с одной — у 10 (7,5%) из 133 больных. Медиана наблюдения  $36,4 \pm 17,2$  мес.

**Результаты.** При гистологическом исследовании во всех препаратах подтверждено наличие аденокарциномы. Медиана показателя Глисона  $6 \pm 1,1$ . Инвазия капсулы ПЖ выявлена в 43 (32,3%), вращение в семенные пузырьки — в 12 (9%), категория  $pN+$  — в 7 (5,3%), положительный хирургический край — в 9 (6,8%) наблюдениях: по краю резекции ШМП — в 6 (4,5%), по краю резекции уретры — в 2 (1,5%), по проксимальному и дистальному краям — в 1 (0,8%) случае. Сохранение ШМП уменьшало медиану длительности операции со 188 до 170 мин ( $p=0,035$ ), не оказывая влияния на объем кровопотери ( $p=0,437$ ) и риск развития хирургических осложнений ( $p=0,323$ ). Частота выявления опухолевых клеток по краю резекции ШМП при ее сохранении недостоверно больше, чем при использовании рутинной техники: 7,6% (5/66) и 2,9% (2/67) соответственно ( $p=0,214$ ). По сравнению со стандартной РПЭ сохранение ШМП не оказывало влияния на частоту развития рецидивов (10,6 и 14,9% соответственно,  $p=0,314$ ), а также выживаемость (5-летняя выживаемость без ПСА-рецидива в группах — 85,5 и 84,7% соответственно,  $p=0,529$ ). Через 1 мес после операции в дневное время полностью удерживали мочу 104 (78,2%), в ночное — 112 (84,2%) пациентов. Случаев полного недержания

ния мочи не зарегистрировано. Сохранение ШМП достоверно увеличивало вероятность полного контроля мочеиспускания днем с 71,6 до 82,5% ( $p=0,051$ ), ночью – с 74,6 до 93,9% ( $p=0,002$ ). Сохранение сосудисто-нервных пучков не влияло на удержание мочи после операции. Отмечено значимое увеличение частоты дневного ( $p=0,013$ ) и ночного ( $p<0,0001$ ) недержания мочи у пациентов в возрасте  $\geq 70$  лет.

**Выводы.** Сохранение ШМП позволяет сократить время операции и улучшить контроль мочеиспускания в ранние сроки после выполнения РПЭ по поводу клинически локализованного РПЖ, не увеличивая вероятности оставления опухолевых клеток по краю резекции, риска развития рецидивов и без ущерба выживаемости.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ И ДИСТАНЦИОННОЙ КОНФОРМНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ ЛОКАЛИ- ЗОВАННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**В.Б. Матвеев, С.И. Ткачев,  
М.И. Волкова, А.А. Митин**

*ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*

**Цель исследования** – проведение сравнительного анализа результатов РПЭ и дистанционной конформной ЛТ при клинически локализованном РПЖ.

**Материалы и методы.** В исследование ретроспективно отобраны 177 больных РПЖ cT1–2N0M0, получавших лечение в ГУ РОНЦ РАМН в период с 1997 по 2007 г. Средний возраст пациентов 61,3 (38–76) года. Медиана уровня ПСА до лечения  $15,5 \pm 15,1$  нг/мл, медиана показателя Глисона  $5,7 \pm 1,1$ . Позадилонная РПЭ выполнена 133 (75,4%) больным, нервосберегающая – 57 (42,9%), дистанционная конформная ЛТ проведена 44 (24,6%) пациентам. Группы сопоставимы по основным параметрам. Медиана наблюдения составила  $36,6 \pm 20,1$  мес.

**Результаты.** Прорастание капсулы ПЖ обнаружено у 43 (32,3%), положительный хирургический край – у 9 (5,1%), pN+ – у 7 (4,0%) из 133 оперированных больных. Во всех 44 случаях эффект ЛТ расценен как полный (медиана надир ПСА 0,32 нг/мл). Хирургический и лучевой методы ассоциированы с приемлемой частотой развития осложнений (12 и 93,2% – III–IV степени – 11,4% – соот-

ветственно) и летальностью (0,7 и 0% соответственно,  $p>0,05$ ), что позволяет обеспечить удовлетворительное качество жизни после окончания лечения (полный контроль мочеиспускания – 78,2 и 97,7% соответственно,  $p>0,05$ ). Использование нервосберегающей методики операции дало возможность сохранить потенцию в 43 (75,4%) из 57 случаев. Пятилетняя общая выживаемость в группе из 177 больных составила 95%, специфическая – 98,6%, выживаемость без ПСА-рецидива – 76,8%. При сравнении результатов разных видов лечения выявлено преимущество выживаемости без ПСА-рецидива у оперированных пациентов по сравнению с облученными больными. Разница результатов между группами достоверна при уровне ПСА  $< 10$  нг/мл ( $p=0,051$ ), показателе Глисона  $< 7$  ( $p=0,015$ ), а также в группах хорошего – уровень ПСА  $< 10$  нг/мл, сумма Глисона  $< 7$  ( $p=0,031$ ) и промежуточного – уровень ПСА  $< 10$  нг/мл, сумма Глисона  $\geq 7$  или показатель ПСА  $\geq 10$  нг/мл, сумма Глисона  $< 7$  ( $p=0,024$ ) прогноза по критериям D'Amico. По данным регрессионного анализа, факторами благоприятного прогноза выживаемости без ПСА-рецидива являются: у оперированных больных – показатель Глисона  $< 7$  ( $p=0,003$ ), у облученных пациентов – надир ПСА  $< 1$  нг/мл ( $p=0,066$ ).

**Заключение.** При клинически локализованном РПЖ РПЭ и дистанционная конформная ЛТ ассоциированы с приемлемой частотой развития осложнений и летальностью, что позволяет обеспечить сравнимое качество жизни после окончания лечения. У больных РПЖ cT1–2N0M0 групп хорошего и промежуточного прогноза D'Amico, а также при значении ПСА  $< 10$  нг/мл, показателе Глисона  $< 7$  РПЭ предоставляет достоверное преимущество выживаемости без ПСА-рецидива по сравнению с дистанционной конформной ЛТ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИННГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТАМБОВА ПУТЕМ АНАЛИЗА КРОВИ НА ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН**

**В.В. Милованов**

*ГУЗ Тамбовский областной онкологический диспансер*

**Цель исследования** – оценка эффективности мероприятий по выявлению РПЖ у мужского населения путем определения уровня свободного ПСА.

**Материалы и методы.** В исследование было включено мужское население, обслуживаемое поликлиникой №5 Тамбова, в возрасте старше 50 лет ( $n=3607$ ). Всем им посредством агитации в средствах массовой информации и при поквартирных обходах участковых врачей предложено проведение анализа крови на уровень свободного ПСА. В результате забор крови на ПСА осуществлен у 571 мужчин. Все пациенты с превышением нормальных показателей ПСА консультировались онкоурологом поликлиники и при необходимости направлялись на обследование в ГУЗ ТООД, которое проводилось в период с мая по ноябрь 2007 г.

**Результаты.** Превышение уровня ПСА диагностировано у 89 исследуемых, колебания составили от 4,4 до 136 нг/мл.

У 59 мужчин выявлены доброкачественные образования и воспалительные изменения в ПЖ. У 19 пациентов значение ПСА определено в «серой» шкале. У 11 больных диагностирован РПЖ.

Распределение по стадиям происходило следующим образом: I–II стадия (локализованная форма) – 5 пациентов, III стадия (местно-распространенная форма) – 6. Возраст больных составил от 50 до 80 лет. Всем 11 пациентам выполнена трансректальная биопсия ПЖ. Диагноз подтвержден морфологическим исследованием. Гистологическая форма РПЖ была представлена аденокарциномой.

Степень градации опухоли по шкале Глисона: 8 баллов – 5 больных, 7 баллов – 3, 6 баллов – 1, 5 баллов – 2. Преобладало число пациентов с умеренно и низкодифференцированными формами РПЖ.

**Выводы.** Доказана эффективность определения уровня ПСА при обследовании мужского населения с целью выявления РПЖ.

С учетом проделанной работы следует признать, что полноценного скрининга, т.е. одновременного охвата обследованием всего запланированного контингента пациентов, достичь не удалось даже в условиях его компактного проживания (городской район), наличия адекватной лабораторной базы и врачебных кадров.

Имели место пассивное или негативное отношение ряда пациентов к обследованию, сезонность обращения, организационные, кадровые и финансовые проблемы.

Вместе с тем отмечена очень высокая эффективность проведенного обследования: доля превышения нормальных показателей ПСА составила  $> 15\%$ , уровень выявляемости первичного РПЖ –  $1,9\%$ , что, по-видимому, связано с избирательной явкой на обследование пациентов с урологическими жалобами.

Несомненно, повысилась онкологическая настороженность как обследованного населения, так и врачей первичного звена.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008—2009 гг.

М.А. Миронов<sup>1</sup>, А.В. Галкин<sup>1</sup>,  
Н.Б. Дурденевский<sup>1</sup>, Н.Г. Галкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, Центр Мужское здоровье;  
<sup>2</sup>кафедра хирургии медицинского института  
Пензенского государственного университета

РПЖ в последние годы является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у мужчин, при этом заболеваемость им неуклонно растет. В связи с этим сегодня вопрос скрининга РПЖ весьма актуален.

**Материалы и методы.** С января 2008 г. в Пензе стартовала региональная программа по скринингу РПЖ. Всем мужчинам старше 45 лет, проживающим в Пензе и Пензенской области, обратившимся в любое медицинское учреждение области с различными заболеваниями, выполнялся анализ крови на ПСА.

При подозрении на РПЖ по результатам проведенного обследования (определение уровня ПСА, ПРИ, ТРУЗИ) выполнялась трансректальная пункционная биопсия ПЖ (ТРПБПЖ) под контролем УЗИ из 12 точек.

**Результаты.** В период с января 2008 г. по июль 2009 г. проведено 29 304 анализа сыворотки крови на определение уровня ПСА. Нормальный уровень ПСА (0–4 нг/мл) обнаружен у 26 346 (89,9%) мужчин, повышенный ( $> 4$  нг/мл) – у 2958 (10,1%).

За аналогичный период времени в Областном уроandroлогическом центре «Мужское здоровье» выполнено 148 ТРПБПЖ. По результатам морфологического исследования биопсийного материала, диагноз рака подтвержден у 38 (25,7%) пациентов.

**Заключение.** По результатам скрининга РПЖ в Пензе и Пензенской области 10% мужчин старше 45 лет имеют уровень ПСА выше нормы ( $> 4$  нг/мл). В этой группе у каждого 4-го мужчины, подвергнутого ТРПБПЖ, выявлен РПЖ.

## **ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Т.Н. Мусаев**

*Национальный центр онкологии, Баку,  
Республика Азербайджан*

По данным канцер-регистра Республики Азербайджан, интенсивный показатель заболеваемости РПЖ составил 3,6 на 100 000 жителей в 2001 г., 4,3 – в 2004 г. и 5,9 – в 2008 г. В структуре онкологической заболеваемости населения Республики Азербайджан в 2008 г. РПЖ составил 2,3%. Средний возраст заболевших РПЖ был равен 69 годам, а умерших от него – 70. Несмотря на совершенствование методов ранней диагностики и внедрение в практику определения уровня ПСА, число пациентов с запущенными формами заболевания остается высоким. Длительное бессимптомное или малосимптомное течение, а также отсутствие скрининга РПЖ обуславливают тот факт, что у 65% пациентов заболевание диагностируется в местно-распространенной или диссеминированной стадии.

Основное место в лечении местно-распространенного РПЖ занимает ГТ. Хроническая андрогенная супрессия может вызывать снижение минеральной плотности костной ткани, что приводит к риску возникновения костных осложнений. Количество костных метастазов (КМ) является одним из важных прогностических факторов.

**Цель исследования** – разработка схем лекарственной терапии и изучение бисфосфонатов IV поколения в профилактике КМ у больных с местно-распространенным РПЖ, а также увеличение сроков до их появления.

**Материалы и методы.** Основу настоящей работы составил анализ результатов лечения 71 пациента с местно-распространенным РПЖ, находившегося на лечении в клинике Национального центра онкологии Министерства Здравоохранения Республики Азербайджан в период с января 2007 по июнь 2008 г. (период набора 1,5 года). Пациенты были разделены на 2 группы, условно обозначенные в соответствии с проводимыми курсами терапии как GT-Zol и GT-kontr. В 1-ю группу вошли 36 пациентов, которые получали ГТ в сочетании с золедроновой кислотой, во 2-ю (контрольную) – 35 больных РПЖ, которые также получали ГТ, но без бисфосфонатов. Возраст паци-

ентов составил от 48 до 79 лет. У всех больных диагноз был гистологически верифицирован. По стадиям болезни пациенты распределились следующим образом: T3N0M0 – 27, T3N1M0 – 18, T4N0M0 – 16, T4N1M0 – 10. Состояние костного скелета оценивалось с помощью остеосцинтиграфии. Соответственно, КМ не было критерием включения в протокол исследования ни у одного из пациентов на момент начала лечения.

**Результаты.** Объективный эффект лечения оценен у 71 пациента. В процессе исследования выявление КМ и их распространенность осуществляли по классификации M.S. Soloway, разработанной на основании данных остеосцинтиграфии.

Особое внимание уделялось определению медианы времени до появления первого КМ, а также изучению распространенности костно-деструктивных изменений в скелете.

В группе GT-Zol КМ появились лишь у 3 (9%) пациентов, а в группе GT-kontr – у 14 (40%). Время до образования первого КМ в группе GT-Zol составило 6 и 7 мес. в контрольной группе – 3, 4, 6, и 7 мес. Необходимо отметить, что медиана времени вычислялась для каждой группы пациентов в отдельности: в группе GT-Zol она составила 4,33 мес, в группе GT-kontr – 1,42 мес.

**Заключение.** Пациенты с местно-распространенным РПЖ являются группой риска развития КМ, которые могут стать причиной возникновения патологических переломов и компрессии спинного мозга и значительно ухудшают качество жизни. Некоторые больные уже на момент установления диагноза имеют изменения структуры костной ткани (остеопения и остеопороз). ГТ, которая является неотъемлемой частью терапии пациентов с РПЖ, в свою очередь приводит к костной резорбции и усугубляет имеющиеся изменения минеральной плотности костной ткани. У пациентов, получавших с целью профилактики золедроновую кислоту параллельно с ГТ, в 3 раза увеличилась медиана времени до появления первого КМ, что является залогом благополучного результата паллиативного лечения больных с РПЖ.

## **ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У БОЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ,**

## ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ПРОСТАТЭКТОМИЮ И РАСШИРЕННУЮ ТАЗОВУЮ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЮ

К.М. Ньюшко, Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков,  
Н.В. Воробьев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева  
*МНИОИ им. П.А. Герцена*

**Цель исследования** – оценка локализации метастазов в ЛУ у больных локализованным и местно-распространенным РПЖ, перенесших РПЭ и расширенную тазовую лимфаденэктомию (ТЛАЭ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 125 больных локализованным и местно-распространенным РПЖ. Средний возраст пациентов составил  $62,1 \pm 6,7$  года (46–75 лет), средний уровень ПСА  $16,7 \pm 10,2$  (3,8–45,72) нг/мл. Клинически локализованный РПЖ (Т1с–Т2с) диагностирован у 87 (69,6%) больных, местно-распространенный (Т3а) – у 38 (30,4%). Дифференцировка опухоли по шкале Глисона по данным биопсии составила 2–4 балла у 21 (16,8%) больного, 5–6 – у 45 (36%), 7 – у 47 (37,6%) и 8–10 – у 12 (9,6%). Всем пациентам выполнены РПЭ и расширенная ТЛАЭ с удалением obturatorных, наружных, внутренних, общих подвздошных и пресакральных ЛУ. Границами расширенной ТЛАЭ являлись: нижняя – запирающая мышца, m. levator ani дорсально и огибающая артерия вентрально, верхняя – перекрест общей подвздошной артерии и мочеточника, латеральная – бедренно-половой нерв, медиальная – мочеточник и паравезикальная клетчатка, задняя – obturatorная мышца и крестец.

**Результаты.** Среднее число удаленных ЛУ составило  $23,8 \pm 8,0$  (11–52). Метастазы в ЛУ верифицированы у 35 (28%) больных. Среднее количество метастазов у больных с N+ составило  $2,8 \pm 2,3$  (1–17). С наибольшей частотой (40,9%) метастазы в ЛУ ве-

*Общее число удаленных ЛУ  
и локализация метастазов*

Удаленные ЛУ	n	%	N+	%
Внутренние подвздошные	755	25,4	52	40,9
Обтураторные	982	33,1	40	31,5
Наружные подвздошные	597	20,1	18	14,2
Общие подвздошные	479	16,1	14	11,0
Пресакральные	156	5,3	3	2,4
Всего...	2969	100	127	100

рифицированы по ходу ветвей внутренней подвздошной артерии (см. таблицу).

Таким образом, за пределами границ стандартной ТЛАЭ метастазы выявлены в 54,3 % случаев.

**Выводы.** Расширенная ТЛАЭ улучшает диагностические результаты лимфодиссекции у больных РПЖ. В нашем исследовании с наибольшей частотой метастазы верифицированы во внутренних подвздошных ЛУ. Расширенную ТЛАЭ с удалением внутренних подвздошных ЛУ следует выполнять всем больным РПЖ с высоким и промежуточным риском метастатического поражения тазовых ЛУ.

## ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИИ ОДНОНУКЛЕОТИДНОЙ ПОЛИМОРФ- НОЙ ЗАМЕНЫ rs6983267(G/T) ХРОМОСОМНОЙ ОБЛАСТИ 8q24 С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.А. Оськина<sup>1</sup>, У.А. Боярских<sup>1</sup>,  
А.Ф. Лазарев<sup>2</sup>, В.Д. Петрова<sup>2</sup>, Д.И. Ганов<sup>2</sup>,  
Г.И. Лифшиц<sup>1</sup>, М.Л. Филипенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Институт химической биологии и фундаментальной  
медицины СО РАН, Новосибирск; <sup>2</sup>Алтайский филиал  
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Барнаул

**Введение.** РПЖ является одной из наиболее актуальных проблем современной онкоурологии, что связано с быстрыми темпами увеличения заболеваемости. Исход лечения во многом зависит от ранней диагностики РПЖ. В связи с этим разработка молекулярно-генетических маркеров предрасположенности к РПЖ для выявления групп повышенного риска имеет сегодня большое значение.

**Материалы и методы.** Нами проведено исследование ассоциации однонуклеотидной полиморфной замены (SNP) rs6983267(G/T) с увеличением риска развития РПЖ среди мужчин Западно-Сибирского региона РФ.

В 2006 г. Amundadottir и соавт. при исследовании семейных случаев РПЖ в Исландской популяции впервые обнаружил, что G-аллель данного случая SNP повышает риск развития аденокарцином. В последующем полногеномное исследование ассоциаций (GWAS) подтвердило данные результаты на Европейской популяции (OR 1,62;  $p=2,7 \cdot 10^{-11}$ ).

Нами проанализировано 285 образцов ДНК мужчин с гистологически подтвержденным РПЖ.

Средний возраст исследуемой выборки 69 лет. Доля пациентов из возрастной группы  $\leq 55$  лет составила 6,1% ( $n=17$ ). Наличие в семье среди близких родственников РПЖ отмечено у 7 (2,5%) больных. Контрольная группа насчитывала 198 мужчин без онкологических заболеваний в анамнезе (средний возраст 62 года). Генотипирование проводилось методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием TaqMan-зондов.

**Результаты.** Для изучаемого показателя SNP в контрольной и исследуемой выборке распределение частот генотипов соответствовало равновесию Харди – Вайнберга; частота G-аллеля в контрольной группе составила 0,48, в исследуемой – 0,47; OR (GG против TT) – 1 (ДИ 0,6–1,343);  $p=0,87238$ .

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют либо об отсутствии ассоциации SNP rs6983267 с повышенным риском развития РПЖ у мужчин Западно-Сибирского региона РФ, либо о пока недостаточном объеме выборки и, следовательно, статистической значимости проведенного исследования.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОХРАНЕНИИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Д.Ю. Панченко, О.В. Шпилевский, А.В.**

**Ищенко, А.А. Ермаков**

*АНО МСЧ АГ и ОАО ММК, Магнитогорск*

Скрининг РПЖ показал свои эффективность и специфичность во многих исследованиях, поскольку приводит к снижению специфической смертности от данного заболевания. Выявление ранних форм заболевания способствовало более широкому применению радикальных методов лечения РПЖ, повышающих эффективность лечения, но в то же время оказывающих негативное воздействие на качество жизни таких пациентов. Наиболее остро это касается больных трудоспособного возраста. Повышение качества жизни, сохранение трудоспособности являются приоритетными направлениями в проведении реабилитационных мероприятий у молодых пациентов с РПЖ.

**Цель исследования** – оценка уровня заболеваемости РПЖ, эффективности лечения и профессиональной реабилитации мужчин трудоспособного возраста.

**Материалы и методы.** За период 2006–2008 гг. организованы скрининговые мероприятия у мужчин старше 40 лет в системе ежегодных диспансер-

ных осмотров сотрудников ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат». В группу обследованных в возрасте от 40 до 60 лет включительно вошли 2689 человек. Средний возраст составил 51,5 года, время наблюдения – от 6 мес до 3 лет (медиана наблюдения 23,8 мес). У всех пациентов, включенных в исследование, оценивались распространенность и степень дифференцировки опухоли, наличие рецидива заболевания, а также восстановление трудовой функции.

**Результаты.** В ходе проведенных мероприятий выявлено 74 пациента с РПЖ. Средний возраст в данной подгруппе составил 55,4 года. Таким образом, заболеваемость у этих пациентов составила 27,5 на 1000. Позадилонная РПЭ как в монотерапии, так и в сочетании с ГТ была выполнена 56 (75,7%) пациентам, HiFU выбрали 4 (5,4%) больных, ГТ проведена у 7 (9,5%), активное наблюдение предпочли 2 (2,7%), отказались от лечения и дальнейшего наблюдения – 5 (6,8%).

По стадиям пациенты разделились следующим образом: локализованные формы (T1a–T2c) – 52 (70,3%) человека; местно-распространенные (T3a–T3b) – 19 (25,7%); с наличием региональных и отдаленных метастазов (выявлены ретроспективно) – 3 (4%).

По степени дифференцировки: высокодифференцированный (индекс Глисона 2–4) – 20 (27%) больных, умеренно дифференцированный (сумма Глисона 5–6) – 32 (43,2%), низкодифференцированный ( $\geq 7$ ) – 22 (29,8%) РПЖ.

За время наблюдения биохимический рецидив заболевания зарегистрирован у 5 (6,8%) пациентов, генерализация процесса с появлением костных метастазов – у 3 (4,1%), из которых умер 1 больной (канцерспецифическая летальность составила 1,4%).

Всего после проведенного лечения вернулись к труду 44 (59,5%) человека, утратили трудоспособность в той или иной степени – 9 (12,2%), вышел на пенсию по выслуге лет 21 (28,4%) пациент. В группе с локализованными формами РПЖ к труду вернулись 34 (65,4%) мужчины, с местно-распространенным РПЖ – 9 (47,4%). В группе с индексом Глисона  $< 7$  трудоспособность была восстановлена у 38 (73,1%) пациентов, с индексом Глисона  $\geq 7$  – у 6 (27,3%).

**Выводы.** Выявление при скрининге локализованных форм РПЖ, позволяет провести радикальное лечение и сохранить трудоспособность почти у 2/3 пациентов. Реабилитационный потенциал и, как следствие, трудовой прогноз во многом определяются распространенностью и степенью дифференцировки первичной опухоли.



## **МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ И БРАХИТЕРАПИИ**

**В.В. Пасов, И.В. Сычева, А.К. Курпешева,  
И.Н. Бойко, О.В. Терехов**  
*МРНЦ РАМН, Обнинск*

Цель исследования — оценка возможных последствий проведения сочетанной ЛТ (СЛТ) и брахитерапии РПЖ.

**Материалы и методы.** В течение 3 лет в МРНЦ РАМН наблюдались 13 больных с местными лучевыми повреждениями органов малого таза, развившимися после проведения брахитерапии и СЛТ РПЖ. Всем пациентам лечение по поводу РПЖ выполнено в других медицинских центрах. У 6 (46,2%) больных проводили брахитерапию и гормональное лечение, а у 7 (53,9%) — СЛТ с ГТ. На момент госпитализации в отделение у всех пациентов констатирована ремиссия основного заболевания. Ранние осложнения брахитерапии и СЛТ проявлялись в виде дизурии, болей, учащенного мочеиспускания, ослабления струи, никтурии, задержки и недержания мочи. Поздние лучевые повреждения органов малого таза были следующими: у 4 (30,8%) пациентов развился лучевой геморрагический, у 5 (38,5%) — язвенно-некротический ректит; у 7 (53,9%) — лучевой геморрагический цистит; стриктура простатического отдела уретры сформировалась у 4 (30,8%), микроцистис — у 1 (7,7%), пузырно-прямокишечный свищ с распространением в тазовую клетчатку — у 2 (15,4%), пенетрация язвы прямой кишки в семенные пузырьки — у 1 (7,7%), эпидидимит — у 1 (7,7%), нарушение потенции — в 100% случаев (по прошествии  $\geq 2$  лет после завершения ГТ). Всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение, которое включало применение противовоспалительных, гемостатических, вазоактивных, обезболивающих, противоотечных, иммуномодулирующих, антиоксидантных и фибролитических препаратов. У 4 (30,8%) больных осуществлена уретротомия, у 4 (30,8%) сформирована колостомия, у 1 (7,7%) имела место литотрипсия камня мочевого пузыря и у 2 (15,4%) — цистостомия. Анализ частоты развития местных лучевых повреждений показал, что после проведения брахитерапии их намного меньше, чем после СЛТ, и они менее выраженные. Так, язвенно-некротический ректит наблюдался реже в группе после брахитерапии, чем при СЛТ, стриктура уретры

(7,7 и 23,1% соответственно), пузырно-прямокишечный свищ с распространением в тазовую клетчатку после СЛТ — у 2 (9,1%) пациентов.

**Выводы.** По данным нашего исследования, развитие местных лучевых повреждений у больных РПЖ после применения брахитерапии встречается несколько реже, чем при использовании СЛТ. Однако это положение требует дальнейшего изучения на статистически достоверном материале.

## **АКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ — НОВАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**А.С. Переверзев, В.А. Козлюк**  
*Харьков — Киев*

В последние годы произошел ощутимый прогресс в распознавании начальных стадий РПЖ. Известно, что не у всех пациентов, страдающих этим видом злокачественной опухоли, существует опасность снижения средней продолжительности жизни. Давно доказанным феноменом является тот факт, что число носителей РПЖ во много раз превышает число мужчин, которые умирают от этой болезни.

Начальные стадии РПЖ можно характеризовать как «доброкачественный рак», сопровождаемый медленным течением и отсутствием симптомов. Многим урологам известны примеры многолетних наблюдений данной категории больных, которым не проводится целенаправленная терапия, и они живут, не испытывая затруднений. В связи с этим относительно них предлагается новая форма ведения — активный контроль, означающий временное проведение ряда обязательных исследований. Регулярная оценка динамики последних позволяет сделать вывод — существует ли потребность в проведении лечения и если да, то она начинает осуществляться.

Доступными показателями для активного контроля являются не пальпируемая ректально опухоль, бессимптомное течение, однодолевая локализация опухолевых локусов, отсутствие «заинтересованности» хирургической капсулы, значения уровня сывороточного ПСА  $< 20$  нг/мл, клинические стадии T1c–T2b, индекс градации Глисона  $< 7$ ,  $< 50\%$  опухоли в одном биопсированном столбике.

Подкрепляют позицию активного контроля наличие высокодифференцированных и умеренных гистологических типов опухоли.

После принятия решения в качестве оптимальных критериев активного контроля пациентов с низким риском развития РПЖ служат следующие:

- обязательное ректальное обследование наблюдаемого больного при каждом посещении врача;
- анализ уровня сывороточного ПСА, выполняемый каждые 3 мес на протяжении первых 2 лет. В дальнейшем каждые 6 мес ректальная пальпация с учетом стабильно не повышающихся значений ПСА;
- повторная 6-точечная биопсия ПЖ после первого года, далее через 3–5 лет;
- переход к агрессивному лечению в случаях удвоения значений ПСА на протяжении < 3 лет и при гистологической прогрессии градации Глисона > 4+3.

Согласно ряду исследований возможное пролонгирование к переходу от тактики активного контроля к патогенетической терапии (в основном РПЭ или брахитерапия) у больных с низким риском развития прогрессии не оказывает влияния на результативность раково-специфической выживаемости. Вместе с тем, несмотря на возросшее количество кандидатов для активного контроля, необходимо строго придерживаться принципов тщательного отбора пациентов.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗАДИЛОННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

**С.Б. Перов, С.А. Ракул, Р.Д. Галимов**

*Кафедра урологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

**Введение.** Несмотря на внедрение малоинвазивных методик лечения больных локализованными формами РПЖ, основным методом остается позадилоная РПЭ (ПРПЭ). Как и любое оперативное вмешательство, она может приводить к возникновению осложнений, возникающих как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты 404 ПРПЭ, выполненных в клинике урологии Военно-медицинской академии по поводу РПЖ в 1997–2008 гг. Средний возраст пациентов на момент оперативного вмешательства составлял  $67,51 \pm 7,59$  года (42–89 лет). Содержание ПСА в сыворотке крови в дооперационном периоде находилось в диапазоне 1,1–182 нг/мл. Больным с предполагаемым местно-распространенным РПЖ ( $n=90$ , 22,28%) в предоперационном периоде проводили неoadъювантную терапию по стандартной схеме (препаратами из группы антиандрогенов и/или аналогами гонадотропин-рилизинг-гормона в течение 3–6 мес).

Всем пациентам выполнена ПРПЭ по общепринятой методике. Срок наблюдения после хирур-

гического вмешательства составил 69,74 ( $11 \div 138$ ) мес. Осложнения ПРПЭ приведены в таблице.

Частота развития интраоперационных осложнений составила 19,06%, послеоперационных – 18,32%. Имеется корреляционная связь между частотой осложнений и стадией РПЖ.

**Результаты.** Из приведенных материалов следует, что наиболее частым осложнением ПРПЭ является кровопотеря (интраоперационная – в 15,84% и послеоперационная – в 6,44% случаев). С учетом сложной анатомии органов малого таза, обилия сосудистых образований, их индивидуальной изменчивости, плохой эргономики при работе хирурга (глубина раны, узость тазового кольца) потерю до 800 мл крови при четко выполненной операции следует полагать приемлемой. Однако, по нашему мнению, серьезной является кровопотеря более 1000 мл, требующая переливания препаратов крови. Источниками интраоперационного кровотечения при РПЭ служат вены санториниевого сплетения, сосуды уретры, мочевого пузыря и семенных пузырьков, запираемые и подвздошные сосуды при тазовой лимфаденэктомии и др.

Причинами возникновения кровотечения в послеоперационном периоде, как правило, являются неадекватный гемостаз во время операции, недостаточность свертывающей системы крови. Проведение ревизии послеоперационной раны потребовалось у 26 пациентов.

Повреждения прямой кишки (2,72%) происходили при выделении задней поверхности ПЖ. Предрасполагающими факторами были неoadъювантная терапия и/или местно-распространенный РПЖ. В 9 случаях осложнение ликвидировано интраоперационно и в 2 – потребовалось наложение колостомы и последующее ушивание дефекта прямой кишки.

Несмотря на проводившуюся профилактику тромбообразования, развитие тромбоэмболии легочной артерии в 1 случае из 3 привело к летальному исходу, у остальных пациентов эта проблема разрешилась благодаря медикаментозному лечению.

Лимфоцеле выявлено у 16 (3,96%) больных и являлось следствием травмы лимфатической системы. Чаще оно развивалось у оперированных после расширенной лимфодиссекции. Основным методом лечения данного осложнения была пункция под УЗ-наведением.

Оптическую уретротомию по поводу стриктуры везико-уретрального анастомоза выполнили 29 (7,18%) пациентам, а 7 – перенесли эту операцию неоднократно. Главной причиной развития этого осложнения являлись дефекты наложения везикоуретрального анастомоза и, как следствие, длительная катетеризация МП.

**Выводы.** ПРПЭ – инвазивное вмешательство, сопровождающееся развитием определенных ос-

## Осложнения РПЭ при РПЖ

Показатель	Абс. (%)	Стадия РПЖ		p
		pT0–2	pT3–4	
Число пациентов	404	266 (65,84)	138 (34,16)	—
Неoadъювантная терапия	90 (22,28)	37 (13,91)	53 (38,41)	—
Интраоперационные осложнения – 19,06%				
кровотечение (>1000,0 мл)	64 (15,84)	38 (14,29)	26 (18,84)	>0,05
повреждение прямой кишки	11 (2,72)	3 (1,13)	8 (5,71)	≤0,05
повреждение запирательного нерва	2 (0,5)	—	2 (1,45)	—
Послеоперационные осложнения – 18,32%				
тромбоэмболии легочной артерии	3 (0,74)	1 (0,38)	2 (1,45)	—
лимфоцеле	16 (3,96)	5 (1,89)	11 (7,86)	≤0,05
кровотечение	26 (6,44)	14 (5,3)	12 (8,57)	>0,05
стриктура пузырно-уретрального анастомоза	29 (7,18)	11 (4,17)	18 (12,86)	≤0,05

ложнений. Их частота зависит от распространенности онкологического процесса, предшествующего лечения и опыта хирурга.

## У КАКИХ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРАВДАНО ВЫПОЛНЕНИЕ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ?

Д.Ю. Пушкарь, А.В. Говоров, В.В. Дьяков,  
М.В. Ковылина

Кафедра урологии МГМСУ

**Введение.** Вопрос о возможности выполнения нервосберегающей РПЭ у больных с мультифокальным РПЖ является предметом дискуссии.

**Цель исследования** – проанализировать, у каких больных РПЖ с мультифокальным ростом опухоли (≥4 позитивных столбиков при биопсии) оправдано проведение радикальной операции по нервосберегающей методике.

**Материалы и методы.** При ретроспективном анализе базы данных клиники урологии МГМСУ установлено, что в период с 2004 по 2009 г. двусторонняя нервосберегающая позадилоновая РПЭ выполнена 46 пациентам с уровнем общего ПСА крови ≤10 нг/мл, суммой баллов по Глисону при биопсии ≤6 (3+3) и наличием ≥ 4 позитивных столбиков при биопсии. Микропрепараты пациентов, включенных в настоящий анализ, были пересмотрены в рамках данного исследования. В 84,8% (n=39) случаев трансректальная биопсия ПЖ под УЗ-контролем была выполнена не менее чем из 10 точек.

**Результаты.** По результатам патоморфологического исследования после РПЭ опухоль оказалась

локализованной у 76% (n=35) пациентов. При мультивариантном анализе факторами риска развития экстракапсулярной инвазии опухоли являлись наличие ≥6 позитивных столбиков при биопсии, уровень общего ПСА крови ≥5 нг/мл, объем ПЖ <25 мл, плотность ПСА – ПСА D >0,1. Среди больных со значением общего ПСА <5 нг/мл, объемом ПЖ >50 мл, ПСА D <0,1 и менее чем 6 позитивными столбиками при биопсии вероятность выявления стадии pT2N0M0 составила 94%.

**Выводы.** При необходимости сохранения эректильной функции у больных мультифокальным РПЖ выполнение двусторонней нервосберегающей РПЭ оправдано при наличии <6 позитивных столбиков при биопсии, уровне общего ПСА крови <5 нг/мл, значении ПСА D <0,1 и объеме ПЖ >50 мл.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: АНАЛИЗ 50 ОПЕРАЦИЙ

Д.Ю. Пушкарь, А.В. Говоров, В.В. Дьяков,  
П.И. Раснер, А.Н. Берников, А.В. Бормо-  
тин, К.Б. Колонтарев, М.В. Ковылина

Кафедра урологии МГМСУ

В последние годы отмечается рост числа робот-ассистированных операций в различных областях медицины. Цель исследования – проанализировать результаты робот-ассистированной лапароскопической РПЭ (РАЛРПЭ), а также осложнения указанной операции у больных РПЖ.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ результатов РАЛРПЭ у 50 пациентов, оперированных в клинике урологии МГМСУ на базе ГКБ № 50

Москвы в период с 10.11.2008 г. по 17.07.2009 г. с использованием системы Da Vinci S. При подготовке к инсталляции системы и в ближайшее время после начала ее клинического применения 6 врачей и 2 медицинских сестры прошли обучение по соответствующим программам в ряде зарубежных специализированных клиник. Первая и вторая операции были выполнены при участии специалиста, имеющего большой опыт проведения РАЛРПЭ (V. Patel, Флорида, США).

Средний возраст пациентов составил 66,8 года (54–71), средний уровень общего ПСА крови – 6,2 (2,8–16,4) нг/мл, средний объем ПЖ – 42 (18–94) мл. Клиническая стадия заболевания T1cN0M0 имела место у 34 (68%) пациентов, T2N0M0 – у 13 (26%), T3N0M0 – у 3 (6%). Сумма баллов по Глиссону по данным биопсии составила 6 (3+3) у 31 (62%) больного, 7 (3+4) – у 17 (34%) и 7 (4+3) – у 2 (4%).

**Результаты.** У 41 (82%) пациента РАЛРПЭ выполнена без сохранения сосудисто-нервных пучков, у 9 (18%) – по нервосберегающей методике. Лимфаденэктомия проведена у 11 (22%) больных. Средняя продолжительность операции составила 175 (121 – 276) мин, средняя кровопотеря – 260 (35 – 1950) мл. Переход к открытой операции (конверсия) потребовался в 5 случаях: при 1, 2 и 5-й РАЛРПЭ, выполненных без участия «врача-ментора» (на начальном этапе освоения методики), а также при 34-й и 36-й операциях, когда технические сложности в ходе операции были обусловлены большим объемом ПЖ. Гемотрансфузия во время операции и/или в ближайшем послеоперационном периоде проводилась у 9 (18%) пациентов. В 1 случае в ходе операции при выделении ПЖ был вскрыт МП, дефект стенки которого был ушит двухрядным швом. Других интраоперационных осложнений (повреждения прямой кишки, запирательных нервов и пр.) не отмечено. Осложнений, обусловленных продолжительностью наркоза или нахождением пациента в положении Тренделенбурга, также не зарегистрировано. У 1 больного на 2-е сутки после РАЛРПЭ диагностирован гемоперитонеум, выполнены лапаротомия, спленэктомия; течение дальнейшего послеоперационного периода без особенностей. При патоморфологическом исследовании стадия pT2N0M0 выявлена у 36 (72%) пациентов, pT3N0M0 – у 14 (28%); сумма баллов по шкале Глиссона составила 6 (3+3), 7 (3+4), 7 (4+3), 8 (4+4) у 24 (48%), 22 (44%), 3 (6%) и 1 (2%) больного соответственно. Позитивный хирургический край диагностирован в 13 (26%) случаях, инвазия опухоли в семенные пузырьки – у 4 (8%) больных.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 7 (4–21) дней, средний срок удаления уретрального катетера – 10-е (6–21-е) сутки после операции. Перед удалением уретрального катетера всем пациентам проводилась

цистография. При среднем сроке наблюдения после операции  $5,8 \pm 3,2$  мес ни у одного пациента не отмечено биохимического рецидива РПЖ. Среди 34 мужчин, обследованных через 3 мес после РАЛРПЭ, 28 (82,4%) пациентов полностью удерживали мочу, 5 (14,7%) – использовали не более 1 прокладки в день. Оценка эректильной функции в настоящее время невозможна из-за короткого срока наблюдения и небольшого числа операций, выполненных по нервосберегающей методике.

**Выводы.** Робот-ассистированная лапароскопическая РПЭ является новым методом оперативного лечения РПЖ. Адекватная подготовка группы врачей и среднего медицинского персонала в сочетании с тщательной селекцией пациентов на этапе освоения методики позволяют достичь удовлетворительных результатов лечения. При сравнительно небольшом опыте выполнения РАЛРПЭ в нашей клинике к преимуществам указанной операции, помимо улучшенной визуализации, можно отнести малое число интра- и послеоперационных осложнений, а также быструю реабилитацию пациентов. Для оценки онкологических и функциональных результатов РАЛРПЭ требуется дополнительное время.

## КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВТОРИЧНОЙ БИОПСИИ

С.А. Ракул, Р.А. Елоев

*Кафедра урологии Военно-медицинской академии  
им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

Известно, что результаты первичной биопсии ПЖ не всегда дают достоверную диагностическую информацию, свидетельствующую об отсутствии у пациента онкологического заболевания. Вследствие ряда объективных и субъективных причин (очаговость аденокарциномы ПЖ, забор малого количества тканей органа, ошибки патоморфологического исследования и др.) при первичной биопсии не определяется (пропускается) 10–40% случаев РПЖ. Этим объясняется выявление сравнительно большого числа случаев заболевания при вторичной (19–38%) биопсии. Нами ретроспективно проанализированы результаты основных клинических, лабораторных и инструментальных показателей у 328 мужчин в возрасте 51–88 ( $68,13 \pm 6,79$ ) лет, которым в клинике урологии Военно-медицинской академии выполнена вторичная биопсия ПЖ. Показаниями для ее выполнения служили повышение содержания ПСА в крови ( $n=198$ , 60%), пальпаторно выявляемые очаги в тканях органа ( $n=6$ , 2%), сочетание упомянутых видов

изменений ( $n=96$ , 29%) и ПИН высокой степени, обнаруженные при первичной биопсии ( $n=28$ , 8,54%). ПРИ ПЖ только в 26 и 5% случаев обнаружило одно- или двусторонние очаговые образования. Объем ПЖ у подавляющего большинства пациентов (74%) соответствовал 20–80 см<sup>3</sup>, у 24 % — превышал 80 см<sup>3</sup> и у 2% — был < 20 см<sup>3</sup>. У 1/3 (27%) мужчин при ТРУЗИ обнаружили гипоэхогенные очаги. Абсолютные значения ПСА крови колебались в пределах 0,4–182 ( $n=142$ , 43% — до 10 нг/мл;  $n=123$ , 38% — 10,1–20 нг/мл;  $n=45$ , 14% — 20,1–40 нг/мл и  $n=18$ , 5% — > 40 нг/мл). Вторичную биопсию выполняли в среднем через  $20,55 \pm 18,67$  (1–99,5) мес после первичной.

При патоморфологическом исследовании биоптатов тканей железы, полученных при вторичной биопсии, верифицирована аденокарцинома у 111 (33,84%) пациентов. У 16 (14,41%) больных опухоль локализовалась в транзитной зоне, из них у 11 (9,91%) — в транзитной и периферической зонах и у 5 (4,5%) — только в транзитной. У остальных 85,59% пациентов ЗН находилось в периферической зоне.

Аденокарциному ПЖ при вторичной биопсии диагностировали у 51–60-летних и 61–70-летних больных — в среднем у 31%, доля обследованных более старшего возраста составила 38%. При отсутствии изменений при пальцевом исследовании органа РПЖ выявили в 24%, при одно- и двусторонних изменениях — в 49 и 89% случаев соответственно. Заболевание верифицировали у 23% мужчин с содержанием ПСА в крови, не превышавшем 10 нг/мл, у 34% — со значениями онкомаркера в пределах 10,1–20 нг/мл и у 57,14% — при более высоких его показателях. У 2/3 обследованных с отрицательным результатом первичной биопсии ПЖ уровень ПСА в крови снизился в среднем на 3,18 [1,2; 6,3] нг/мл и у остальных — повысился на 4,8 [2,0; 8,2] нг/мл. В 1-й группе пациентов РПЖ обнаружен у каждого пятого (22%), а во 2-й — у каждого второго (55%).

Аденокарцинома диагностирована у 51 % мужчин с объемом железы, не превышавшем 30 см<sup>3</sup>, у 33–34% — с находившимся в пределах 31–50 и 51–80 см<sup>3</sup> и почти у 23% — при больших его значениях. У обследованных с отсутствием изменений эхоструктуры тканей при ТРУЗИ РПЖ выявлен у 29 % и при наличии гипоэхогенных очагов — у 45 %.

Математический (многофакторный) анализ приведенных результатов исследований выявил максимально значимую статистическую связь РПЖ с содержанием ПСА в сыворотке крови и данными ПРИ железы. Его материалы также позволили уточнить вероятность верификации РПЖ и определить группы различной степени риска развития заболевания.

В группу мужчин с низкой вероятностью возникновения РПЖ вошли пациенты без очаговых измене-

ний в железе с содержанием ПСА в сыворотке крови, не превышавшем 10 нг/мл, с умеренной — больные, у которых не было пальпаторно выявляемых очагов в ПЖ, а содержание онкомаркера в крови превышало 10 нг/мл, а также обследованные с односторонними изменениями в ПЖ и значениями ПСА, не превышавшими 20 нг/мл. Высокую вероятность развития заболевания обнаружили у обследованных с односторонними очагами и показателями ПСА сыворотки крови, превышавшими 20 нг/мл, и крайне высокую — у имевших двусторонние пальпаторные изменения в тканях ПЖ независимо от значений ПСА в крови.

Среди пациентов с низким риском развития онкологического процесса рак выявлен у каждого шестого (15,69%), умеренным — у каждого третьего (34,05%), высоким — у 2/3 (69,57%) и крайне высоким — у подавляющего большинства (88,89%) обследованных.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПОЗАДИЛОННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

С.А. Ракул, С.Б. Петров

*Кафедра урологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург*

**Цель исследования** — прогнозирование развития рецидива РПЖ после позадилонной РПЭ (ПРПЭ).

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучены материалы обследования 404 больных в возрасте  $67,51 \pm 7,59$  (42–89) года, перенесших ПРПЭ в клинике урологии Военно-медицинской академии в 1997–2008 гг. по стандартной методике. Содержание ПСА в крови в дооперационном периоде находилось в диапазоне 1,1–182,0 нг/мл. ПРИ ПЖ выявило у 47,34% ( $n=187$ ) пациентов очаговые, в том числе у 6,84% ( $n=27$ ) — двусторонние изменения. Объем железы у обследованных колебался в пределах 9–173 см<sup>3</sup>. При патоморфологическом исследовании удаленных при оперативном вмешательстве тканей у 23 (5,69%) пациентов злокачественный процесс (pT0) не обнаружен, у 241 (59,65%) — РПЖ локализовался в пределах капсулы (pT2) и у 111 (28,71%) — имел экстракапсулярный рост, в том числе у 31 (7,67%) с распространением на семенные пузырьки и у 5 (1,24%) — на шейку МП. У 24 (5,94%) мужчин с различным объемом поражения ПЖ зафиксирована инвазия опухолевых клеток в регионарные ЛУ. У 99 (24,5%) больных верифицирована высоко-, у 210 (51,88%) — умеренно- и у 72 (17,83%) — низкодиф-

ференцированная опухоль ПЖ. Одиночный непротяженный положительный хирургический край обнаружен у 55 (13,61%) пациентов и множественный и/или протяженный — у 76 (18,82%). Критерием биохимического рецидива (прогрессии) заболевания считали повышение показателя ПСА крови до 0,2 нг/мл и больше, выявляемого при двукратном исследовании с интервалом не меньше 2 нед. Срок наблюдения после хирургического вмешательства составил 69,74 (11–138) мес.

У наблюдавшихся мужчин рецидив заболевания диагностировали в 34,41% (у 139 из 404 человек) случаев. Пятилетняя и десятилетняя безрецидивная выживаемость (по Каплану – Мейеру) больных РПЖ после ПРПЭ составила  $64,58 \pm 2,63$  и  $55,45 \pm 3,41\%$ .

Нами построена регрессионная модель Кокса для оценки безрецидивной выживаемости больных после ПРПЭ ( $\chi^2=118,58$ ,  $df=12$ ,  $p=0$ ). Наибольшее влияние на возникновение рецидива РПЖ имели дооперационное содержание ПСА в крови, патоморфологическая стадия аденокарциномы и степень ее дифференцировки, наличие положительного хирургического края, а также инвазия опухоли в ЛУ. Остальные признаки были менее значимы.

Значение различных факторов и их комбинации для прогноза развития рецидива РПЖ после оперативного лечения определяли с помощью моно- и многофакторного их анализа. Были выбраны показатели, имеющие наиболее тесную связь с возникновением биохимического рецидива заболевания: максимальный дооперационный уровень ПСА крови, патоморфологическая стадия заболевания (pT) и степень дифференцировки опухоли (сумма баллов по шкале Глисона). Для повышения точности модели из исследования исключены пациенты с клинически незначимым (pT0) и распространенным (pT4) онкологическим процессом. Результаты корреляционного анализа позволили определить вероятность возникновения рецидива заболевания и группы различной степени его риска.

**Результаты.** Низкую вероятность прогрессии опухоли имели пациенты после выполнения ПРПЭ по поводу локализованных высокодифференцированных форм (сумма Глисона 2–6) РПЖ и содержанием ПСА в крови  $\leq 10$  нг/мл. Средней степенью вероятности развития рецидива заболевания обладали: а) страдавшие локализованными формами заболевания (pT2) с умеренно-низкой степенью дифференцировки его клеток (сумма Глисона 7) и значением ПСА крови  $\leq 10$  нг/мл; б) с локализованными формами умеренно дифференцированного рака (сумма Глисона 5–6) и уровнем ПСА в крови  $> 10$  нг/мл; в) с местно-распространенным процессом (pT3a), высокой и умеренной степенью его дифференцировки (сумма Глисона 2–6) и показателем ПСА  $\leq 10$  нг/мл. Высокой степенью вероятности развития рецидива

онкологического процесса обладали пациенты всех остальных групп, подвергнутых хирургическому лечению, в том числе: а) с локализованными стадиями заболевания (pT2), низкой степенью дифференцировки его клеток (сумма Глисона 8–10) и содержанием ПСА в крови  $\leq 10$  нг/мл, а также с умеренно-низкой и низкой степенью дифференцировки опухоли (сумма Глисона 7–10) и значениями онкомаркера  $> 10$  нг/мл; б) все остальные оперированные с экстрапростатическим распространением опухоли, инвазией в семенные пузырьки и регионарные ЛУ.

Пятилетняя безрецидивная выживаемость в группе с низкой вероятностью развития рецидива заболевания составила 88,03%, десятилетняя — 85,15%, со средней — 75,1 и 66,91% и с высокой — 23,19 и 9,22%. Продолжительность безрецидивного периода равнялась у них 51 [25; 85], 41 [24; 80] и 15 [4; 39] мес ( $p_{1-2}>0,05$ ;  $p_{2-3}\leq 0,05$ ).

## ОЦЕНКА ПРОФИЛЯ МЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ *GSTP1*, *N33* И *p16* В ОБРАЗЦАХ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОКАРЦИНОМой И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Г. Русаков<sup>1</sup>, Б.Я. Алексеев<sup>1</sup>, М.В. Немцова<sup>2</sup>,  
Г.В. Верещагин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>МНИОИ им. П.А. Герцена; <sup>2</sup>ММА им. М.И. Сеченова

**Цель исследования** — изучение частоты метилирования генов *GSTP1*, *N33*, *P16* в сыворотке крови больных раком и доброкачественными заболеваниями ПЖ, а также оценка чувствительности и специфичности метода.

**Материалы и методы.** В проспективное пилотное исследование включены 56 мужчин, которым в МНИОИ им. П.А. Герцена в 2008–2009 гг. выполняли многоточковую биопсию ПЖ под контролем ТРУЗИ. По результатам патоморфологического исследования пациенты были разделены на 2 группы: 37 больных с подтвержденным диагнозом РПЖ и 19 — с ДГПЖ. Перед выполнением биопсии проводили забор образцов периферической крови (10 мл), в которых анализировали частоту метилирования генов *GSTP1*, *N33* и *P16* методом метилчувствительной ПЦР.

**Результаты.** Частота метилирования генов *GSTP1*, *N33* и *p16* в группе больных с РПЖ составила 25 (9/37), 22 (8/37) и 25% (9/37) соответственно и была достоверно выше по сравнению с контрольной

Таблица 1. Частота метилирования генов *GSTP1*, *N33* и *p16*

Патоморфологический диагноз	<i>GSTP1</i>	Метилирование гена <i>N33</i>	<i>P16</i>	Тест-система
РПЖ	9/37 (25)	8/37 (22)	9/37 (25)	23/37 (62)
Доброкачественные изменения	0/19 (0)	0/19(0)	1/19(5)	1/19(5)

*Примечание.* Представлено число больных (в скобках – процент).

Таблица 2.

Показатель	<i>GSTP1</i>	Метилирование гена <i>N33</i>	<i>P16</i>	Тест-система
Специфичность, %	100	100	94,7	94,7
Чувствительность, %	24,3	21,6	21,6	64,8

группой ( $p=0,013$ ,  $p=0,02$ ,  $p=0,08$ ). Данные представлены в табл. 1.

Чувствительность метода определения метилирования генов *GSTP1*, *N33* и *p16* в плазме крови составила 100, 100 и 94% при специфичности 24,3, 21,6 и 21,6% соответственно (табл. 2).

Таким образом, при оценке возможности использования метилирования каждого из трех исследованных генов по отдельности в качестве неинвазивного диагностического метода выявления раннего РПЖ установлено, что при достаточно высокой специфичности (94,7–100%) чувствительность данного метода была низкой (21,6–24,3%).

С целью повышения чувствительности методики мы объединили эти 3 гена в единую диагностическую панель, что позволило поднять чувствительность до уровня 64,8%, специфичность метода при этом составила 94,7%. Частота выявления метилирования промоторных районов генов *GSTP1*, *N33* и *p16* в единой тест-панели генов была достоверно выше в группе аденокарциномы по сравнению с группой контроля. Коэффициент достоверности  $p=0,000015$ .

**Вывод.** Определение частоты метилирования генов супрессоров *GSTP1*, *N33* и *p16* в сыворотке крови может являться дополнительным эффективным методом ранней дифференциальной диагностики РПЖ.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОПСИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

И.Г. Русаков, Б.Я. Алексеев, Г.А. Франк,  
Ю.Ю. Андреева, К.М. Нюшко  
МНИОИ им. П.А. Герцена

**Цель исследования** – оценка дифференцировки опухоли у больных РПЖ по результатам гистологического исследования биопсийного и послеоперационного материала.

**Материалы и методы.** В исследование включены 530 больных РПЖ, перенесших позадилонную РПЭ в 1999–2008 гг. в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена. Возраст больных составил  $63,2 \pm 6,2$  (46–78) года, медиана уровня индекса массы тела (ИМТ) 27 (от 19 до 40), интерквартильный размах 24–29. Медиана уровня ПСА 11 нг/мл, интерквартильный размах 7,4–19,5 нг/мл. У 418 (78,9%) больных по данным предоперационного обследования диагностирован локализованный РПЖ, у 112 (21,1%) – местно-распространенный. При плановом гистологическом исследовании локализованный РПЖ верифицирован в 54,5% случаев, экстракапсулярная инвазия – в 29,6%, N+ – в 14,5%.

Для обработки данных и проведения статистического анализа применяли программу Statistica 6,0.

**Результаты.** У 41 (7,1%) больного на дооперационном этапе дифференцировка опухоли не определена в связи с недостаточным количеством опухолевой ткани, полученной при биопсии. При послеоперационном исследовании в 88 (9,5%) случаях в свя-

Распределение больных в зависимости от дифференцировки опухоли

Дооперационная дифференцировка, баллы	Послеоперационная дифференцировка, баллы				Всего
	2–4	5–6	7	8–10	
2–4	42	38	7	0	87
5–6	10	182	31	3	226
7	0	14	61	4	79
8–10	0	1	3	15	19
Всего...	52	235	102	22	411

зи с выраженным лечебным патоморфозом после проведения неoadъювантной ГТ дифференцировку опухоли не определяли.

Проведена сравнительная оценка дифференцировки опухоли у 411 (77,5%) пациентов. Распределение больных в зависимости от предоперационной и послеоперационной дифференцировки опухоли представлено в таблице.

Изменение дифференцировки в сторону увеличения суммы Глисона по результатам послеоперационного гистологического исследования отмечено у 82 (19,9%) больных: в группе пациентов с опухолями 2–4 балла по Глисона – в 51,7% случаев, 5–6 баллов – в 15%, 7 баллов – в 5,1%. Изменение дифференцировки опухоли в сторону уменьшения суммы Глисона зафиксировано у 28 (6,8%) больных: в 4 (21,1 %) случаях – при опухолях 8–10 баллов, в 14 (17,7%) – опухоли 7 баллов и в 10 (4,4 %) – 5–6 баллов.

При моновариантном анализе не зарегистрировано статистически достоверной корреляции между вероятностью изменения (повышения или понижения) суммы Глисона при послеоперационном морфологическом исследовании и такими прогностическими факторами, как уровень ПСА ( $p=0,89$ ), возраст (0,97), ИМТ (0,07), объем ПЖ ( $p=0,68$ , клиническая стадия процесса ( $p=0,99$ ), число биоптатов ( $p=0,09$ ) и процент позитивных биоптатов ( $p=0,07$ ). Только с таким фактором, как абсолютное число позитивных биоптатов, отмечена слабая обратная корреляция в монофакторном анализе ( $p=0,0067$ ,  $r=-0,13$ ). При мультивариантном анализе не выявлено статистически достоверной ассоциации клинических факторов и вероятности изменения степени дифференцировки по шкале Глисона.

**Выводы.** Совпадение дифференцировки опухоли по шкале Глисона на основании предоперационного биопсийного и послеоперационного морфологического исследования отмечено в 48,3% наблюдений при высокодифференцированных опухолях (2–4 балла), в 80,5% – при умеренно дифференцированных (5–6 баллов), в 77,2% – при дифференцировке опухоли 7 баллов по шкале Глисона, в 78,9% – при низкодифференцированных (8–10 баллов) опу-

холях. Влияния основных прогностических факторов на изменение дифференцировки опухоли не выявлено. Высокая вероятность повышения суммы Глисона в группе больных с опухолями 2–4 балла должна учитываться при планировании у данных пациентов консервативного лечения. Только абсолютное число позитивных биоптатов является предоперационным фактором, позволяющим прогнозировать увеличение суммы Глисона при морфологическом исследовании.

## ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕРЕД РОБОТИЗИРОВАННОЙ HIFU В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.А. Соловов, В.О. Ганьзов, В.Г. Хакимов,  
Д.В. Фесенко, А.В. Копылов

Самарский областной клинический онкологический  
диспансер

Роботизированная фокусированная высокоинтенсивная УЗ-абляция (гHIFU) ПЖ получила широкое распространение в мире для лечения РПЖ. Одним из лимитирующих факторов гHIFU-терапии является большой объем ПЖ (>40 см<sup>3</sup>). Выполнение ТУР ПЖ перед гHIFU позволяет уменьшить размеры ПЖ для проведения роботизированной HIFU-терапии.

**Цель исследования** – определение эффективности комбинированного лечения (ТУР+гHIFU) у больных РПЖ.

**Материалы и методы.** В исследование включены пациенты, проходившие лечение в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере в период с октября 2007 г. по июль 2009 г. Всем больным были проведены сеансы гHIFU-терапии на оборудовании Аблатерм («EDAP», Франция) в сочетании с ТУР («TURis Olympus», Япония). Лечение осуществлялось одновременно при объеме резеци-



руемой ткани до 30 см<sup>3</sup>, при большом объеме удаленной ткани роботизированная гНIFU проводилась через месяц. У всех пациентов до операции и через 3, 6, 9, 12 мес после ее выполнения определяли уровень ПСА. Критериями включения в исследование являлись наличие РПЖ T1–3N0M0, подтвержденного путем биопсии, объем ПЖ > 40 см<sup>3</sup>. Среднее время наблюдения после лечения 13,5 (от 3 до 24) мес. В исследование были включены 224 пациента, средний возраст 67,4±5,1 года. Средний уровень ПСА 15,8±4,6 нг/мл, средний балл по Глисону – 7, средний объем ПЖ – 65±9,7 см<sup>3</sup>.

**Результаты и обсуждение.** Среднее время роботизированной гНIFU составило 120±28 мин. Уретральный катетер удаляли через 7 дней после операции. Средний срок госпитализации составил 7 дней. Средний уровень ПСА через 3 мес после операции составил 0,68±0,12 нг/мл, через 6 мес 0,47±0,09 нг/мл. Таким образом, снижение уровня ПСА произошло у всех пациентов, причем в 87% случаев уровень составил < 0,1 нг/мл, что свидетельствует о высокой эффективности данной комбинации лечения. В течение первых недель после вмешательства отмечено учащение мочеиспускания, а также императивные позывы на мочеиспускание. Стрессовое недержание мочи I–II степени зафиксировано у 26,8% больных в течение первых месяцев после проведенной терапии.

**Выводы.** Проведение ТУР у больных РПЖ является оптимальным решением уменьшения объема ПЖ для проведения роботизированной гНIFU-терапии. Комбинация этих методов позволяет достичь высокой клинической эффективности и снизить частоту развития побочных эффектов.

## ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. Теодорович, А.А. Теплов, Г.Г. Борисенко,  
Ю.Ю. Андреева, А.В. Богославский  
Кафедра эндоскопической урологии РМАПО;  
ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена, Москва

**Введение.** Впервые предложена экспериментальная методика проведения интерстициальной лазерной коагуляции (ИЛК) Nd:Yag излучением для воздействия на ткань ПЖ у беспородных собак и больных РПЖ в стадии T1–2NxM0. Представлены результаты наблюдений экспериментальной работы по выполнению ИЛК на отечественной лазерной установке Лазурит.

**Материалы и методы.** На базе ИОФ им. А.М. Прохорова РАН, кафедры эндоскопиче-

ской урологии РМАПО, ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 2005 по 2009 г. ИЛК выполнена 8 беспородным собакам и 6 больным РПЖ в стадии T1–2NxM0; в последующем всем им проводили РПЭ.

**Результаты.** *In vivo* изучалось воздействие излучения на ткань ПЖ у 8 беспородных собак. На 3, 7, 14 и 30-е сутки образцы ткани, подвергшейся воздействию, изымались для проведения морфометрического анализа и гистологического исследования. Воздействие осуществлялось через обычный волоконный катетер с прямым выводом излучения, при следующих параметрах: мощность 21 Вт, частота повторения импульсов 100 Гц, длительность воздействия в одном подходе ≤10 с. В ПЖ, подвергнувшейся воздействию лазерного излучения, сразу после его применения возникает коагуляционный некроз без нарушений в строении ткани, который на 3–7-е сутки характеризуется аутолитическим размягчением. Процессы регенерации и организации мертвых масс на 14-е сутки не завершаются. Изучение воздействия излучения на ткань ПЖ у больных РПЖ проводилось у 6 пациентов, которым была показана РПЭ. Сроки последующей после ИЛК простатэктомии, по возможности, максимально соответствовали срокам изучения у беспородных собак, и составили: сразу после воздействия, 4, 6, 15, 27-е сутки. Также осуществлялся подбор параметров воздействия с целью выявления гистологически подтвержденного некроза раковых клеток. Мощность воздействия увеличивалась от 24 до 31 Вт, а длительность в одном подходе – от 10 до 30 с. Гистологически подтвержденный некроз раковых клеток был получен при следующих параметрах: мощность 31 Вт, частота повторения импульсов 100 Гц, длительность воздействия в одном подходе ≤30 с. Из осложнений после ИЛК при указанных выше параметрах отмечались только дизурические явления в виде учащения мочеиспускания, не требующие дополнительного медикаментозного и оперативного лечения.

**Выводы.** Необходимо дальнейшее изучение использования ИЛК Nd:Yag лазером у больных РПЖ в стадии T1–2NxM0. Внедрение в клиническую практику алгоритма лечения РПЖ с применением этого малоинвазивного метода откроет дополнительные возможности рациональной терапии данной патологии.

# МУЛЬТИФОКАЛЬНАЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНАЯ БИОПСИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.П. Тимошенко

Медицинский институт ОГУ,  
Областной онкологический диспансер, Орел

**Введение.** РПЖ — часто встречающееся ЗН. По ежегодному приросту (24,1%) данная патология занимает 1-е место среди всех злокачественных опухолей. Основным методом в диагностике РПЖ и степени его злокачественности является биопсия ПЖ. Показаниями к биопсии считаются наличие узловых образований в ПЖ при ПРИ, повышение уровня ПСА > 4 нг/мл, обнаружение гипеохогенных очагов в процессе УЗИ, особенно в периферической зоне железы (В.Б. Матвеев, 2004). Выявляемость РПЖ при первой биопсии составляет 20–72,3%, при повторной 31,5–42,8% (А.Д. Каприн, А.Г. Антонов, Л.М. Горилковский, 2004; А.В. Говоров и соавт., 2006).

**Цель исследования** — оценка выявляемости РПЖ при первичных и повторных биопсиях ПЖ, сопоставление данных гистологического исследования ткани железы с клиничко-лабораторными показателями.

**Материалы и методы.** Материалом для настоящего исследования послужили данные 56 пациентов с увеличением размеров ПЖ и изменением ее консистенции при ПРИ, повышением уровня ПСА и наличием узлов в ПЖ, определяемых на УЗИ. Средний возраст больных составил 68 (от 46 до 83) лет. Все пациенты предъявляли жалобы на учащенное мочеиспускание, 48 (85,7%) — на никтурию, 40 (71,4%) — на рези и боли при мочеиспускании, 36 (64,2%) — на чувство неполного опорожнения МП, 8 (14,3%) — на примесь крови в моче. У 6 (10,7%) пациентов по поводу острой задержки мочеиспускания перед биопсией была выполнена эпицистостомия.

Уровень ПСА на момент проведения биопсии находился в интервале от 1,7 до 175 нг/мл, медиана 27,03 нг/мл. Содержание ПСА < 10 нг/мл отмечено у 8 (14,2%) пациентов, от 10 до 20 — у 14 (25%), от 20 до 30 — у 13 (23,2%), > 30 нг/мл — у 21 (37,6%) больного. Пациентам с показателем ПСА < 10 нг/мл и отсутствием видимых изменений в ПЖ при ПРИ и на УЗИ назначалось противовоспалительное лечение на 2 нед с последующим контролем уровня

ПСА. При снижении содержания ПСА более чем в 2 раза больному предписывалось наблюдение у уролога по месту жительства с контролем уровня ПСА через 3 мес; при отсутствии снижения содержания ПСА проводилась биопсия.

Биопсия ПЖ выполнялась в амбулаторных условиях поликлиники ОГУЗ Орловский онкологический диспансер. Использовался биопсийный пистолет FUST GUN (Италия), иглы 14-го калибра. Биопсия во всех случаях осуществлялась трансректальным доступом, производилось 4–10 (медиана — 6) вколов.

**Результаты.** По данным исследования гистологического материала, РПЖ был выявлен при первичной биопсии у 29 (51,8%) больных. ДГПЖ — у 14 (25%), ткань ПЖ без опухолевого роста (вариант нормы) — у 9 (16%), ДГПЖ в сочетании с ПИН высокой степени — у 4 (7,2%).

В связи с ростом уровня ПСА в процессе динамического наблюдения и низкой информативностью первичной биопсии 10 (17,8%) пациентам проводились повторные биопсии ПЖ. Повторная биопсия осуществлялась в интервале от 1 нед до 3 мес, медиана — через 1 мес. У 3 пациентов с ДГПЖ при первой биопсии и отсутствием снижения содержания ПСА — при повторной через 1 мес была выявлена аденокарцинома ПЖ (АПЖ). АПЖ и хронический неспецифический простатит, соответственно, были диагностированы у 2 больных, у которых при первичной биопсии имела место ДГПЖ в сочетании с ПИН высокой степени; другие 2 пациента этой группы от повторной биопсии временно отказались и находятся под наблюдением. В 3 случаях малоинформативных первичных биопсий (фрагменты слизистой прямой кишки без опухолевого роста) АПЖ обнаружена у всех 3 больных при повторной биопсии через 1 мес. У 2 пациентов с заключением первичной биопсии «ткань ПЖ без опухолевого роста» выявлен РПЖ при повторной биопсии через 2 мес. Таким образом, РПЖ диагностирован у 9 (90%) из 10 пациентов, подвергавшихся повторной биопсии, причем в 50% случаев рак обнаружен при ДГПЖ после первичной биопсии и стабильно высоком уровне ПСА.

При нахождении значения ПСА в интервале до 10 нг/мл РПЖ верифицирован у 6, ДГПЖ — у 2, ткань без опухолевого роста — у 4 пациентов. При уровне ПСА от 10 до 20 нг/мл РПЖ обнаружен в 4 случаях, ДГПЖ — в 7 (в том числе у 2 больных в сочетании с ПИН), ткань без опухолевого роста — в 2. При содержании ПСА от 20 до 30 нг/мл РПЖ выявлен у 11 больных, ДГПЖ — у 1, ДГПЖ в сочетании с ПИН — у 2, ткань без опухолевого роста — у 3. При уровне ПСА > 30 нг/мл РПЖ диагностирован у 13 пациентов, ДГПЖ — у 1.

**Выводы.** При первичной биопсии ПЖ в поликлинике ООД рак был выявлен в 51,8% случаев, при

повторной – в 90% случаев. При содержании ПСА < 10 нг/мл чаще отмечались криброзная и скirroзная АПЖ, недифференцированный рак, ткань ПЖ без опухолевого роста; при ПСА от 10 до 20 нг/мл – ДГПЖ; > 20 нг/мл – АПЖ разной степени дифференцировки. Повышенный уровень ПСА и выявление ДГПЖ при первичной биопсии служат показанием к проведению повторной биопсии через 1 мес. При значениях ПСА < 10 нг/мл и изменениях, определяемых при ПРИ и УЗИ, необходимы динамическое наблюдение больных и выполнение повторной биопсии через 1–2 мес. Пациенты с ПИН высокой степени при первичной биопсии должны подвергаться повторной биопсии через 2 мес. При малоинформативной первичной биопсии или получении результата, указывающего на ДГПЖ, на фоне содержания ПСА  $\geq 20$ –30 нг/мл, наличии четких изменений при ПРИ и УЗИ следует повторять проведение биопсии в интервале от 1 нед до 1 мес. Остеосклеротические и остеолитические метастазы в кости таза или позвоночника, значение ПСА > 4 нг/мл, изменения при ПРИ и УЗИ – показания к повторной биопсии в течение 1 нед при неинформативности первой биопсии, выявлении ДГПЖ, ПИН, ткани без опухолевого роста.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЙНОСТЬ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**В.В. Чернышев, К.Ю. Байбаков,  
А.А. Отпущенников, В.Б. Петров**

*Урологическое отделение ЦКБ СО АН, Новосибирск*

**Введение.** Заболеваемость РПЖ в Новосибирской области в 1988–1989 гг. составляла 33,7 на 100 000, а в 2005 г. – 33,7. Смертность от РПЖ в Новосибирской области в 1988–1989 гг. 10,5–6,9 на 100 000, а в 2005 г. 15,4–14,3. Показатели заболеваемости и смертности от РПЖ за период с 1988 по 2005 г. возросли. Проведение радикального хирургического лечения возможно только при локализованных формах этого заболевания. К сожалению, процент выявления РПЖ на начальных стадиях (Т1–Т2) остается невысоким, хотя у клинициста в настоящее время для ранней диагностики есть достаточно возможностей. При выполнении позадилоной РПЭ с билатеральной тазовой лимфаденэктомией при клинической стадии Т1–Т2 хирург иногда сталкивается с более выраженным процессом и в результате происхо-

дит расхождение клинической и патологической стадий. Частота несовпадения клинического и патологического стадирования достигает 48–78% (L. Wooscon-Gibood, 2000). Работами отечественных авторов (Е.И. Велиев, М.И. Коган, С.Б. Петров) доказана прогностическая важность в возникновении рецидива после РПЭ уровня ПСА, степени дифференцировки опухоли по Глиссону, состояния хирургического края и стадии процесса по TNM.

**Материалы и методы.** В урологическом отделении ЦКБ СО АН Новосибирска в период с 2000 по 2008 г. проходили лечение 253 больных с подтвержденным диагнозом РПЖ. Стадии Т1–Т2 выявлены у 81 (32,1%) пациента в этой группе, РПЭ выполнена 44 (34,3%) больным. До операции всем пациентам проводились следующие клинические исследования: ПРИ, определение уровня ПСА сыворотки крови, ТРУЗИ ПЖ с полифокальной биопсией ткани ПЖ, ядерно-магнитнорезонансное исследование органов малого таза и остеосцинтиграфия. Во всех случаях показанием к операции служило отсутствие отдаленных и региональных метастазов с гистологически доказанной локальной формой РПЖ. Средний возраст оперированных больных составил 58,5 (от 45 до 71) года. Средний уровень ПСА до операции – 8,8 (от 3,2 до 20) нг/мл. После операции на морфологическое исследование направлялись подвздошные ЛУ с обеих сторон, ткань ПЖ и семенных пузырьков, край уретры и ткань шейки МП, парапростатические ткани – по показаниям, после чего определялась патологическая стадия по системе TNM.

**Результаты.** При сравнении результатов биопсии и послеоперационного гистологического исследования выявлено расхождение по степени дифференцировки опухоли по шкале Глиссона у 14 (31,8%) больных: в сторону послеоперационного уменьшения дифференцировки опухоли – у 5 (35,7%), в сторону увеличения дифференцировки – у 9 (64,3%). Морфологически установлены: инвазия в фиброзную капсулу ПЖ в 2 случаях, прорастание в семенные пузырьки – у 3 больных, метастазы в тазовые ЛУ – у 2. Положительный экстрапростатический хирургический край МП отмечен в 3 случаях, непротяженный уретральный край – также в 3. У 1 больного после проведения операции данные биопсии о наличии высокодифференцированной аденокарциномы не подтверждены, наблюдалась ПИН высокой степени. Больные с положительным хирургическим краем трактовались как имеющие стадию Т3 с проведением им в дальнейшем адьювантной ГТ под контролем уровня ПСА. Пациентам с выявленными метастазами в подвздошные ЛУ назначалась ЛТ с дальнейшим наблюдением. В течение периода наблюдения диагностировано 6 (13,6%) случаев биохимического рецидива (рост уровня ПСА > 0,2

нг/мл, подтвержденный двумя анализами) и 5 (11,3%) случаев клинического прогрессирования. Всего умерло 4(9,1%) больных, причем от РПЖ и осложнений лечения – 2 (4,5%).

**Выводы.** Несовпадение клинической и патологической стадий после РПЭ выявлено у 14 (31,8%) пациентов, что, с одной стороны, свидетельствует о недостаточно высокой чувствительности клинических методов в установлении стадии процесса, но с другой – позволяет более точно установить стадию болезни, назначить адекватную адъювантную терапию, проводить активное наблюдение и определить прогноз больного.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

И.В. Чернышев, А.В. Сивков,  
Ю.В. Самсонов, О.В. Осипов, А.А. Жернов  
ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва

**Введение.** До недавнего времени при оценке конечных результатов лечения онкологических заболеваний в первую очередь рассматривалась выживаемость пациентов. В настоящее время все больше внимания уделяется качеству жизни больных, перенесших радикальное лечение РПЖ. Благодаря определенным успехам, достигнутым в лечении этого заболевания, многие пациенты живут в течение многих лет после установления диагноза. У данного контингента больных даже незначительные изменения качества жизни могут приводить к серьезным нарушениям психоэмоционального состояния и самооценки. Соответственно, индекс качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с РПЖ может быть столь же важен, как и выживаемость. В связи с этим при выборе методов лечения при различных стадиях РПЖ в расчет следует принимать и качество жизни.

**Цель исследования** – повышение эффективности радикального лечения пациентов, страдающих РПЖ.

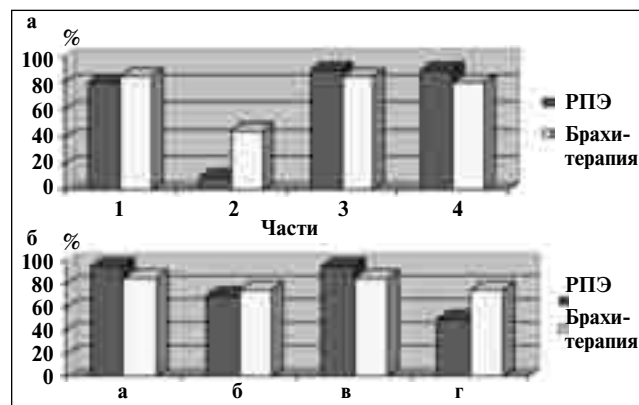
**Материалы и методы.** Под наблюдением в ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий в период с 2000 по 2008 г. находились 290 пациентов с РПЖ, средний возраст 66,7 года. 112 больным выполнена РПЭ, 178 – брахитерапия. Полученные осложнения, ухудшавшие качество жизни, в большинстве случаев сводились к расстройству мочеиспускания, сексуальной дисфункции, а также нарушениям со стороны пи-

щеварительного тракта. Важно отметить, что РПЭ выполнялась по стандартной методике, о чем пациенты были заранее предупреждены, и поэтому эректильная дисфункция в этой группе составила почти 100%. Остальные осложнения, связанные с лучевым проктитом, длительной лимфореей, лимфоцеле, встречались достаточно редко, но также приносили значительные неудобства в повседневной жизни.

Методика обследования проводилась стандартно: определение уровня ПСА, ПРИ, ТРУЗИ, МРТ малого таза, пункционная биопсия ПЖ, опросник PC-QoI.

В настоящее время обследовано 15 пациентов после РПЭ и 16 – после брахитерапии (2004–2005 гг.). Рецидива заболевания не выявлено. Отношение пациента к проведенному лечению оценивалось при помощи опросника, где 100 баллам соответствует лучшее качество жизни, а 0, соответственно, худшее. Опросник состоит из 5 частей: оценки функции мочеиспускания, сексуальной, функции кишечника, общего состояния и гормональных нарушений. Также опросник содержит общие вопросы: а) отношение к изменениям уровня ПСА; б) отношение к выбранному методу лечения; в) отношение к прогрессии заболевания; г) собственная оценка состояния здоровья в числовом эквиваленте до 100 и кратное 10 – всего 71 вопрос.

Предварительные результаты по 4 частям опросника (см. рисунок, а): 1) оценка функции мочеиспускания; 2) оценка сексуальной функции; 3) оценка функции кишечника; 4) оценка общего состояния и гормональных нарушений.



Предварительные результаты по 4-й (а) и 5-й (б) частям опросника

Предварительные результаты, 5-я часть опросника (общие вопросы – см. рисунок, б): а) отношение к изменениям уровня ПСА; б) отношение к выбранному методу лечения; в) отношение к прогрессии заболевания; г) собственная оценка состояния здоровья в числовом эквиваленте до 100, кратное 10.

Как видно на рисунке, оба радикальных метода оцениваются пациентами по большинству показателей примерно на одном уровне, однако сексуальная

функция и оценка состояния здоровья гораздо выше в группе брахитерапии.

Наше исследование основано на отношении пациента к проведенному лечению, возникновению тех или иных осложнений, и мы рассчитываем, что именно такой подход поможет в будущем выработать факторы прогноза, позволяющие максимально правильно выбрать радикальный метод лечения конкретно для каждого пациента. В настоящее время ведется набор клинического материала и по полученным данным пока рано делать вывод о преимуществе одного из радикальных методов лечения, но в скором будущем мы подведем итоги, которые будут опубликованы.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов, А.А. Жернов**  
*ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва*

Одной из актуальных задач при лечении РПЖ является индивидуальное прогнозирование течения злокачественного процесса.

Использование методов индивидуального прогноза, обеспечивающих комплексную оценку прогностических факторов, позволяет оптимизировать лечение распространенных форм РПЖ, разработать критерии эффективности проводимой ГТ для этой группы сложных пациентов и улучшить результаты лечения данной опухоли.

Результатом проведенного нами исследования стало построение математических моделей индивидуального прогнозирования ожидаемой продолжительности жизни для больных местно-распространенным и метастатическим РПЖ до начала ГТ и после проведенного лечения.

Значимыми оказались 10 клинических параметров, определяемых в ходе стандартного клинического обследования. С учетом прогностической ценности этих критериев стало возможным построение алгоритма индивидуального прогнозирования продолжительности жизни больных с распространенной формой РПЖ и определения тактики лечения.

Технический результат способа достигается тем, что у конкретного пациента определяют величину установленных прогностических факторов. Затем эти данные вводят в компьютерную программу с заложенными в ней математическими моделями прогнозирования.

После того как в программу введены значения клинических показателей, определенных в ходе

стандартного обследования пациента (что занимает 1–2 мин), она выполняет прогноз ожидаемой продолжительности жизни больного и выдает стандартизованные рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению.

Научно обоснованная постановка прогноза с помощью математических моделей индивидуального прогнозирования продолжительности жизни больных распространенным РПЖ позволяет получить представление об адекватности проведенного лечения, наметить пути правильной организации диспансерного наблюдения и планировать лечебно-профилактические мероприятия.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ HSP-70, АМАСР, ТКАНЕВОГО ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА И Е-КАДХЕРИНА**

**П.А. Шестиперов, Е.А. Коган,  
Е.А. Безруков, А.З. Винаров, Н.А. Коваленко,  
А.С. Маркова**

*Клиника урологии им. Р.М. Фронштейна,  
кафедра патологической анатомии ГОУ ВПО ММА  
им. И.М. Сеченова*

**Введение.** Данная работа посвящена ИГХ-исследованию 4 маркеров у наиболее спорной группы пациентов с точки зрения определения дальнейшей тактики наблюдения и лечения — пациентов с подозрением на РПЖ (уровень ПСА > 10 нг/мл) и отрицательными результатами биопсии. При этом в случае, если уровень ПСА находится в пределах «серой» зоны, а объем ПЖ достаточно велик, уролог может выбрать выжидательную тактику с динамическим контролем уровня ПСА либо, при наличии выраженных дизурических расстройств, тот или иной вид оперативного лечения ДГПЖ. При уровне же ПСА > 10 нг/мл и наличии в биоптатах ПИН высокой степени (ВС) риск развития РПЖ велик, и избежать повторных биопсий не представляется возможным.

**Материалы и методы.** В исследование включены 20 пациентов, обследованных в клинике уроло-

гии ММА им. И.М. Сеченова, в возрасте  $66 \pm 9$ , 14 года с уровнем ПСА  $> 10$  нг/мл, у которых при первичной биопсии выявлена ПИН-ВС. Период наблюдения составил 4–6 лет. У 8 (40%, 1-я группа) пациентов в дальнейшем при повторных биопсиях ( $n=7$ ) или ТУР ( $n=1$ ) выявлен РПЖ. Во 2-ю группу вошли пациенты, у которых рак в ходе дальнейшего наблюдения не верифицирован. Группу контроля составили 6 пациентов с обнаруженной при биопсии ПИН низкой степени (НС) и отсутствием каких-либо других заболеваний ПЖ. ИГХ-исследование проводилось с применением первичных поликлональных кроличьих антител P504S-AMACR («Dako Cytomation», Дания), показателя ПСА и E-кадхерина (E-cad, «Lab Vision», США), HSP-70 (несерийные) и вторичных антител LSAB2 («LabVision», США), в качестве красителя использован диаминобензидин (DAB). Результаты реакций оценивали полуколичественно в баллах по общепринятой методике: (+) – до 20% положительных клеток – 2 балла, (++) – 20–40% положительных клеток – 4 балла, (+++) –  $> 40\%$  положительных клеток – 6 баллов.

**Результаты.** Экспрессия HSP варьировала от 0 до 2, у 9 пациентов она полностью отсутствовала, у 7 – выявлена интенсивность окрашивания «1», у 4 – «2». У 8 (88,9%) из 9 больных с отсутствующей экспрессией HSP впоследствии был обнаружен РПЖ. У оставшегося 1 пациента сохраняется повышенный уровень ПСА, однако морфологических данных, подтверждающих наличие РПЖ, не получено. У всех 6 пациентов контрольной группы выявлена экспрессия HSP: у 4 (66,7%) – с интенсивностью «2» и у 2 (33,3%) – с интенсивностью «1». Экспрессия ПСА в 1-й, 2-й и контрольной (3-й) группах составила соответственно  $5,63 \pm 0,77$ ,  $2,67 \pm 1,9$  и  $1,83 \pm 1,17$  (статистический анализ групп: 1 vs 2,  $p=0,0012$ ; 2 vs 3,  $p=0,345$ ; 1 vs 3,  $p=0,001$ ). Среди 8 пациентов с выявленным впоследствии РПЖ у 4 показатель интенсивности окрашивания AMACR был равен 6, у 2 – 4, у 1 – 2 и у 1 – 0 (в среднем 4,25). У 9 из оставшихся 12 пациентов экспрессии АМАКР не выявлено, у 2 – экспрессия равнялась 2 баллам, у 1 – 4 баллам (в среднем 0,66). Ни у одного пациента из контрольной группы не отмечено положительного окрашивания AMACR (статистический анализ групп: 1 vs 2,  $p=0,004$ ; 2 vs 3,  $p=0,55$ ; 1 vs 3,  $p=0,007$ ). Вариабельность экспрессии E-cad была низкой – у 17 (85%) из 20 пациентов выявлена максимальная интенсивность ИГХ-окрашивания – «6», еще у 3 (15%) – «4». У всех трех больных со сниженной экспрессией E-cad впоследствии был диагностирован РПЖ. У всех пациентов контрольной группы отмечен максимальный балл ИГХ-окрашивания E-cad – 6. Статистически значимых различий в подгруппах не зафиксировано, однако отмечена тенденция ( $p=0,1$ ) к снижению экспрессии E-cad у пациентов 1-й группы.

**Обсуждение.** На основании приведенных данных выявлены следующие особенности ИГХ-исследования маркеров у пациентов 1-й группы: полное отсутствие экспрессии HSP (0); высокая экспрессия уровня ПСА (4–6); экспрессия AMACR вариабельна (0–6), однако у 2 пациентов с низким показателем (0–2) впоследствии верифицирован высокодифференцированный РПЖ, что является благоприятным прогностическим фактором; экспрессия E-cad имеет тенденцию к снижению (у 37,5% пациентов подгруппы). Характерные признаки 2-й группы: наличие экспрессии HSP ( $\geq 1$ ); низкая экспрессия уровня ПСА ( $< 4$ ); экспрессия AMACR вариабельна (0–4), однако в 87,5% не превышала 2; экспрессия E-cad была максимальной у всех 12 пациентов (6).

Гетерогенность окрашивания ПИН-ВС при ИГХ-исследовании позволяет сделать предположение о том, разовьется ли РПЖ у пациента в ближайшие 4–5 лет. Так, отсутствие экспрессии HSP свидетельствует об аномальном фолдинге (т.е. формировании третичной и четвертичной белковых структур) белков, повышение AMACR и уровня ПСА – о возрастающей биохимической активности эпителия, снижение E-cad – об ослаблении межклеточных взаимодействий – предвестнике клеточной автономии. Важно отметить, что визуально при окрашивании ГЭ все случаи ПИН-ВС выглядят схоже (один уровень клеточной атипии), за исключением небольших структурно-типовых различий. По всей видимости, молекулярные изменения на годы опережают структурно-морфологические, что позволяет выделить среди ПИН-ВС группы высокого и низкого риска развития РПЖ. Высокий риск подразумевает, что с 95% вероятностью у данного пациента РПЖ будет выявлен в ближайшие 5 лет.

## **ДВА ПОДХОДА К ФОРМИРОВАНИЮ КОНТИНГЕНТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**О.В. Шпилевский, Д.Ю. Панченко,  
А.А. Ермаков, А.В. Ищенко**

*Медико-санитарная часть  
Магнитогорского металлургического комбината*

Целью скрининговых мероприятий при РПЖ, как известно, является выделение группы пациентов, продолжительность жизни которых может быть существенно увеличена при использовании современных агрессивных методов лечения.

Таблица 1. Распределение по уровню ПСА в группах скрининга

Возраст, годы	Диапазон показателя ПСА, нг/мл							
	0–4	исследуемая группа			Всего	контрольная группа		
	4,1–10	> 10		0–4		4,1–10	> 10	
40–50	667	76	30	773 (34,6)	442	50	13	505 (29,0)
51–60	861	213	61	1135 (50,8)	592	118	31	741 (42,5)
61–70	180	103	45	328 (14,6)	311	125	58	494 (28,5)
Всего...	1708 (76,4)	392 (17,6)	136 (6,0)	2236 (100)	1345 (77,3)	293 (16,8)	102 (5,9)	1740 (100)

*Примечание.* Здесь и далее представлено число пациентов (в скобках – процент).

Таблица 2. Характеристика пациентов с верифицированным РПЖ

Возраст, годы	Распределение по стадиям заболевания							
	исследуемая группа				контрольная группа			
	T1–T2N0M0	T3N0M0	T любая N+ M+	Всего	T1–T2N0M0	T3N0M0	T любая N+ M+	Всего
40–50	7	4	1	12 (14,6)	1	1	–	2 (3,2)
51–60	19	18	1	38 (46,4)	13	–	–	13 (20,6)
61–70	22	10	–	32 (39,0)	7	38	3	48 (76,2)
Всего...	48 (58,6)	32 (39,0)	2 (2,4)	82 (100)	21 (33,3)	39 (61,9)	3 (4,8)	63 (100)

Таблица 3. Уровень заболеваемости РПЖ в различных возрастных подгруппах

Возраст, годы	Исследуемая группа			Контрольная группа		
	число пациентов	число случаев РПЖ	заболеваемость (случаев на 1 тыс.)	число пациентов	число случаев РПЖ	заболеваемость (случаев на 1 тыс.)
40–50	773	12	15,5	505	2	4
51–60	1135	38	33,5	741	13	17,5
61–70	328	32	97,6	494	48	97,2
Всего...	2236	82	36,7	1740	63	36,2

Проблема заключается в том, что в силу ряда объективных и субъективных причин (низкая осведомленность, нежелание, занятость пациента, удаленность лечебно-профилактических учреждений — ЛПУ и т.д.) значительная часть мужчин группы риска остается за рамками проводимых в настоящее время диагностических мероприятий. Привлечь этот контингент потенциальных пациентов к обследованию возможно посредством проведения диагностических мероприятий на производстве (в рамках ежегодных профосмотров). Иными словами, речь идет о формировании контингента для скрининга не по территориальному, а по производственному принципу. С целью оценки клинической эффективности предлагаемой модели организации скрининга РПЖ по производственному принципу с 2005 г. на базе АНО МСЧ АГ и ОАО «ММК» Магнитогорска проведено исследование, в которое были включены 2236 работников металлургического производства в возрасте от 40 до 70 лет. В качестве контрольной группы были взяты 1740 пациентов в воз-

расте от 40 до 70 лет, проживающих на территории обслуживания ЛПУ и обследованных в рамках действующей муниципальной программы скрининга РПЖ. Объем проводимых диагностических и лечебных мероприятий в обеих группах был стандартным. Результаты I этапа обследования пациентов представлены в табл. 1.

Таким образом, примерно 3/4 всех пациентов не имели на момент обследования признаков злокачественного поражения ПЖ. Около 1/4 (23,6% в исследуемой и 22,7% — в контрольной группах) пациентов нуждались в проведении дополнительных диагностических мероприятий, причем у 5,9–6% всех обследованных имелись признаки РПЖ.

В ходе проведения дополнительных диагностических мероприятий (осмотр онкоуролога, ТРУЗИ, биопсия ПЖ) РПЖ был диагностирован у 145 пациентов (табл. 2).

В представленной выше таблице в первую очередь обращают на себя внимание 14 случаев обнаружения РПЖ у мужчин в возрасте до 50 лет, т.е. в ка-

тегории лиц, находящихся за рамками возрастного диапазона скрининга. При этом в 6 случаях из 14 имели место местно-распространенные и генерализованные формы заболевания. При анализе всех выявленных случаев рака вместе (без возрастной стратификации) можно отметить, что доля локализованных форм в структуре впервые верифицированного РПЖ значительно выше в исследуемой группе по сравнению с контрольной (58,6% против 33,3%).

Поскольку число пациентов в возрастных подгруппах (как в исследуемой, так и в контрольной) существенно различается, абсолютные показатели не вполне наглядно характеризуют существующую ситуацию. При соотношении представленных выше данных о диагностированном РПЖ (см. табл. 2) с общим числом обследованных (см. табл. 1) можно определить уровень заболеваемости в различных возрастных подгруппах (табл. 3).

На основании данных, представленных в табл. 3, можно сделать следующие выводы.

1. Уровень (общий) заболеваемости в обеих группах (исследуемой и контрольной) примерно одинаков.

2. Уровень заболеваемости достоверно выше (в 6 – 23 раза) в старшей возрастной подгруппе (справедливо для обеих групп).

3. Для исследуемой группы характерен более высокий уровень заболеваемости в младшей возрастной подгруппе по сравнению с аналогичной подгруппой группы контроля (15,5 против 4 на 1 тыс.). Кроме того, заболеваемость в возрастной подгруппе от 51 до 60 лет почти в 2 раза выше, чем в исследуемой группе.

4. Скрининг на производстве позволяет чаще диагностировать злокачественные новообразования ПЖ на ранних стадиях.



## Раздел II

# РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

### ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО- ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, К.М. Нюшко,  
Н.В. Воробьев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева  
*МНИОИ им. П.А. Герцена*

**Цель исследования** — оценка частоты выявления инцидентального РПЖ у больных мышечно-инвазивным РМП, перенесших РЦЭ.

**Материалы и методы.** В исследование включены 164 больных, перенесших РЦЭ в МНИОИ им. П.А. Герцена по поводу мышечно-инвазивного РМП в 1998–2009 гг. Средний возраст больных составил  $60,1 \pm 10,2$  (25–82) года. РЦЭ осуществляли по стандартной методике у всех больных: удаляли МП, ПЖ с семенными пузырьками, а также выполняли расширенную ТЛАЭ. Перед операцией все больные проходили стандартное обследование: ТРУЗИ, ПРИ и определение уровня ПСА. Всем пациентам при уровне ПСА  $\geq 4$  нг/мл в период с 1998 по 2006 г. и  $\geq 2,5$  нг/мл с 2006 г. выполняли 6- или 12-точковую биопсию под контролем ТРУЗИ. При морфологическом исследовании оценивали частоту случаев развития инцидентального РПЖ, тяжелой ПИН и рака *in situ*, а также наличие сопутствующей уротелиальной карциномы *in situ* простатического отдела уретры.

**Результаты.** При предоперационном обследовании синхронный РПЖ диагностирован у 7 (4,3%) из 164 больных. В группе пациентов, у которых инцидентальный РПЖ не выявлен до операции, средний уровень ПСА составил  $2,5 \pm 2,2$  (0,2–10,9) нг/мл. Тяжелая ПИН или рак *in situ* верифицированы у 21 (13,4%) из 157 больных, инцидентальный РПЖ — у 27 (17,2%). Дифференцировка РПЖ по шкале Глисона составила 2–4 балла у 15 (9,6%), 5–6 — у 11 (7%) и 7 — у 1 (0,6%) пациента. Стадия pT2a-T2b установлена у 10 (6,4%), pT2c — у 16 (10,2%) и pT3a — у 1 (0,6%) больного. Патоморфологическая стадия РПЖ достоверно коррелировала с возрастом

пациентов ( $r=0,2$ ;  $p=0,03$ ), а также с дифференцировкой опухоли по шкале Глисона по данным морфологического исследования ( $r=0,6$ ;  $p=0,0003$ ). Уровень ПСА не являлся значимым предиктором патоморфологической стадии РПЖ, а также частоты его выявления после операции. Уротелиальный рак *in situ* простатического отдела уретры диагностирован у 42 (25,6%) больных при плановом морфологическом исследовании.

**Выводы.** Клинически значимый инцидентальный РПЖ выявлен у 17,2%; а рак *in situ* простатического отдела уретры — у 25,6% больных в нашем исследовании. Таким образом, сохранение ПЖ возможно лишь у молодых и тщательно отобранных больных мышечно-инвазивным РМП.

### МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ИХ РЕЦИДИВОВ

А.Ю. Бабаян<sup>1,4</sup>, Ю.Ю. Андреева<sup>2</sup>,  
С.В. Башкатов<sup>3</sup>, Д.В. Залетаев<sup>1,4</sup>,  
М.В. Немцова<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>НИИ молекулярной медицины ММА им. И.М. Сеченова;

<sup>2</sup>МНИОИ им. П.А. Герцена; <sup>3</sup>МРНЦ РАМН, Обнинск;

<sup>4</sup>Медико-генетический научный центр РАМН, Москва

**Введение.** Характерной чертой поверхностного РМП (ПРМП) является высокая частота рецидивирования после ТУР опухоли. Возникает вопрос, обусловлено ли рецидивирование заболевания после ТУР мультицентричностью поражения слизистой МП и наличием невыявленных опухолевых узлов, возможностью имплантации опухолевых клеток в процессе ТУР или РМП является комплексным заболеванием слизистой МП.

Для ответа на этот вопрос мы провели сравнение спектра молекулярно-генетических повреждений в первичных опухолях и их рецидивах. В случае если первичная опухоль и рецидивы имеют идентичный спектр повреждений, это свидетельствует о едином предшественнике, если же спектры молекулярно-генетических повреждений различны, то можно предположить, что опухоли не имеют единого источника и возникают независимо друг от друга в различных участках слизистой.

Решение вопроса об источнике происхождения рецидивных опухолей имеет большое практическое значение для определения хирургической тактики и подходов к дальнейшему лечению пациентов.

**Цель исследования** — определение спектра молекулярно-генетических изменений в клетках первичной и рецидивных опухолей ПРМП.

**Материалы и методы.** Использованы парафиновые блоки и операционный материал первичных и рецидивных опухолей, гистологически нормальная ткань МП и периферическая кровь 19 пациентов с ПРМП. Число рецидивов варьировало от 1 до 4 для каждого больного.

Проведено получение ДНК из операционного материала, парафиновых блоков и периферической крови пациентов, выполнены микросателлитный анализ потери гетерозиготности локусов 9p21 и 17p13 (локус гена *TP53*) и метилчувствительный анализ aberrантного метилирования генов *RASSF1*, *DAPK*, *P16*.

**Результаты.** По данным исследования спектра молекулярно-генетических повреждений в первичной и рецидивных опухолях, различия обнаружены у 15 (79%) из 19 пациентов, у 4 (21%) из 19 — выявлен сходный характер повреждений в клетках первичного узла и рецидивных опухолей, причем рецидивные опухоли одного пациента также имели различия по спектру повреждений.

При исследовании условно нормальной ткани МП у 6 (31%) из 19 обследованных пациентов обнаружены молекулярно-генетические повреждения, идентичные повреждениям, выявленным в рецидивных опухолях соответствующих больных.

При сравнении клинико-морфологических параметров первичной опухоли и рецидивов также обнаружены различия как по степени гистопатологической дифференцировки, так и по глубине инвазии опухоли. В некоторых случаях рецидивные опухоли отличались более высокой степенью дифференцировки или меньшей глубиной инвазии, чем клетки первичной опухоли, что не позволяет трактовать эти изменения как углубление злокачественного процесса в рецидивах.

**Выводы.** Полученные нами результаты позволяют предположить, что первичные и рецидивные опухоли в большинстве случаев не имеют единого предшественника и что возникновение рецидивов ПРМП после ТУР обусловлено скорее комплексным повреждением слизистой МП, чем имплантацией опухолевых клеток в слизистую МП в процессе ТУР.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

П.Г. Березин

*ГУЗ Тамбовский областной онкологический диспансер*

**Введение.** Стандартом лечения поверхностного РМП является ТУР. Однако частота развития рецидивов при лечении больных с использованием только ТУР достаточно высока и составляет от 45 до 90%. Кроме того, в процессе рецидивирования приблизительно в 25% случаев с течением времени отмечается появление инвазивного роста опухоли — прогрессия.

**Цель исследования** — изучение эффективности лечения больных, получивших только ТУР опухоли, ТУР + БЦЖ-терапию внутрипузырно, ТУР + митомин С внутрипузырно.

**Материалы и методы.** В период с 2006 по 2008 г. в ГУЗ ТООД проходили лечение 23 пациента с поверхностным РМП.

Все больные имели морфологическое подтверждение переходно-клеточного рака с гистопатологической градацией от G<sub>1</sub> до G<sub>3</sub>. Пациенты были разделены на 3 группы:

— 1-я группа — 9 больных РМП T1G<sub>3</sub>, которым выполнили только ТУР;

— 2-я группа — 8 пациентов, которым после ТУР проводили внутрипузырную иммунотерапию вакциной БЦЖ;

— 3-я группа — 6 больных, которым была выполнена ТУР опухоли и назначено внутрипузырное введение митоминина С.

ТУР опухоли осуществлялась у больных с одиночным расположением опухоли, составляющей ≤ 3 см в диаметре.

Возраст пациентов составил от 54 до 72 лет, в среднем 62,1 года. Перед началом иммунотерапии вакциной БЦЖ больным проводили внутрикожную пробу с туберкулином. Наличие резко положительной реакции считалось противопоказанием к проведению БЦЖ-терапии. Использовался отечественный препарат вакцины БЦЖ — иммурон. Курс БЦЖ-терапии и митоминина С проводился через 3–4 нед в адьювантном режиме.

Схема лечения включала 6 еженедельных внутрипузырных инстилляций 100 мг вакцины БЦЖ и 40 мг митоминина С 1 раз в неделю на протяжении 8 нед. Все больные удерживали препарат в течение 2 ч.

Целями адьювантной внутрипузырной терапии являлись воздействие на опухолевые клетки, оставшиеся в полости МП после проведения ТУР опухоли, и предупреждение их реимплантации, а также

разрушение оставшихся неудаленных микроскопических очагов опухолевого роста.

**Результаты.** В 1-й группе больных в течение данного периода наблюдения рецидив заболевания наступил у 7 (77%) пациентов, во 2-й – у 2 (25%), в 3-й ( $n=6$ ) – у 4 (66%).

**Выводы.** При проведении ТУР опухоли МП в большинстве случаев остаются неудаленные, что значительно ухудшает течение заболевания у данной категории больных. Использование с адьювантной целью внутривезикулярных введений вакцины БЦЖ и митомицина С позволяет снизить частоту развития рецидивов и улучшить безрецидивную выживаемость по сравнению с ТУР без адьювантного лечения.

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ И ЦИСТЭКТОМИИ СПАСЕНИЯ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И НАЛИЧИИ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

О.Н. Васильев, М.И. Коган

Кафедра урологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета

**Введение.** По данным различных авторов, 5-летняя канцерспецифическая выживаемость после РЦЭ с метастазами в регионарные ЛУ составляет 13,9–42%.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 154 пациентов с инвазивным РМП (pT2–4): 89 (57,8%) РЦЭ выполнялась в качестве приоритетного метода оперативного лечения (первичная цистэктомия – ПЦ) и остальным 65 (42,2%) больным – как цистэктомия спасения (ЦС). Всем пациентам проведена стандартная или расширенная ЛАЭ. У 63 (70,8%) больных группы ПЦ и у 44 (67,7%) – группы ЦС поражения регионарных ЛУ не выявлено (N0). Одиночные, пораженные опухолевым процессом ЛУ (N1) определялись у 14 (15,7%) пациентов группы ПЦ и у 9 (13,8%) – группы ЦС. Следует отметить, что в группе ЦС была наибольшая доля больных, имеющих стадию поражения ЛУ N2: 18,5% против 13,5% в группе ПЦ. В целом распределение больных из групп ПЦ и ЦС по степени вовлеченности регионарных ЛУ тоже достоверно различалось по критерию  $\chi^2$  ( $p<0,004$ ).

**Результаты.** Проведен сравнительный анализ выживаемости больных в группах ПЦ и ЦС с разной характеристикой N течения опухолевого процесса.

При отсутствии метастазов в регионарных ЛУ (N0) отмечены достоверные различия ( $p<0,05$ ) в доле выживших больных через 1 год после РЦ (88,7% в группе ПЦ против 69,2% в группе ЦС) и через 2 года (77,6% в группе ПЦ против 55,9% в группе ЦС). На 5-летнем отрезке наблюдений выявлены достоверные различия между группами ( $U=571,5$ ,  $Z=1,977$ ,  $p=0,048$ ) в показателях выживаемости. В последующие сроки различия между группами ПЦ и ЦС по доле выживших сокращаются, сравниваясь к 7 годам (по 25% выживших больных в каждой группе). Выживаемость больных РМП при N1 в группах сравнения практически не различалась ( $U=53,5$ ,  $Z=0,171$ ,  $p=0,865$ ); наибольшее расхождение в доле выживших, отмечавшееся на 2-м году наблюдений (53,8% в группе ПЦ и 37,5% в группе ЦС), статистически не подтверждалось ( $p>0,05$ ). Однако заметно, что, например, по сравнению с больными РМП с N0 5-летняя выживаемость в обеих группах сократилась в 3–3,5 раза; кроме того, выявлены достоверные различия по 5-летней канцерспецифической выживаемости между группами ПЦ и ЦС ( $U=9,5$ ,  $Z=2,141$ ,  $p=0,032$ ).

Доля больных с вовлеченностью ЛУ в опухолевый процесс до стадии N2, выживших через 1 год после РЦ, в группе ПЦ составляла 50%, а в группе ЦС – 81,8%; через 2 года в группах ПЦ и ЦС доли выживших составили 22,2 и 54,5% соответственно, однако степень различий, выявленных между группами сравнений, была статистически несущественной ( $p>0,05$ ).

Уже на 3-м году наблюдения после РЦ доли выживших в обеих группах уменьшились до 22,2–30%, а к 5-летнему сроку выжили лишь 12,5 и 20% больных – в группах ПЦ и ЦС соответственно.

**Выводы.** В результате исследования установлены достоверные обратные корреляции между продолжительностью выживаемости и степенью вовлеченности ЛУ в опухолевый процесс ( $r=-0,22$ ). Пятилетняя выживаемость пациентов после радикальной хирургии и наличие позитивных ЛУ снижается в 3,5 раза и более по сравнению с группой больных, не имеющих метастазов в регионарных ЛУ, как у пациентов, перенесших ПЦ, так и у больных после ЦС. Выявленные достоверные взаимосвязи подтверждают данные литературы о прогностической значимости степени вовлеченности в патологический процесс регионарных ЛУ и необходимости выполнения ГЛАЭ. Значительное снижение выживаемости после РЦЭ определяется в первые 2 года и показывает необходимость тщательного мониторинга пациентов для своевременного назначения 2-й линии лечения инвазивного РМП.

## ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Д.Ю. Волков, Д.В. Кураев, А.В. Крупин  
МЛПУ ГКБ № 30, Нижний Новгород

**Введение.** Трансуретральные эндоскопические методы лечения неинвазивного РМП вошли в число распространенных в связи с органосохраняющим, малотравматичным, легко переносимым характером оперативного пособия.

**Материалы и методы.** На базе урологического отделения МЛПУ ГКБ № 30 выполнена 51 ТУР МП. Среди оперированных больных были 21 мужчина и 30 женщин. Возраст пациентов составил от 35 до 74 лет. Стандартное предоперационное обследование включало УЗИ, экскреторную урографию, рентгенографию легких, общеклинические лабораторные обследования, цистоскопию с биопсией опухоли. Полифокальный рост опухоли выявлен у 7 пациентов, первичная опухоль — у 39. Из 12 больных 5 обратились по поводу развития рецидива после выполнения ТУР МП, 7 — после открытой резекции МП. Все больные, имевшие полифокальный рост и оперированные по поводу рецидивов, имели тяжелую сопутствующую патологию, возраст старше 70 лет. Пациентам были объяснены возможные варианты терапии, среди которых они выбрали эндоскопическое лечение. Всем больным выполнена ТУР опухоли с абластической обработкой прилежащих тканей. В послеоперационном периоде МП дренировался на 1–2 дня. При гистологическом исследовании выявлен переходно-клеточный рак различной степени дифференцировки: высокодифференцированный — у 26, умеренно дифференцированный — у 17, низкодифференцированный — у 8 пациентов. У 10 больных послеоперационное патоморфологическое исследование показало снижение степени злокачественности: у 5 — с G<sub>1</sub> на G<sub>2</sub> и у 5 — с G<sub>2</sub> на G<sub>3</sub>. У 3 пациентов обнаружена инвазия в мышечный слой — T<sub>2a</sub>. Катетер Фолея удалялся на 1–2-е сутки после операции. У 3 больных в ходе операции наступила внебрюшинная перфорация стенки МП: у 2 — в связи со стимуляцией запирающего нерва, у 1 — из-за глубокого хода петли. Осложнения распознаны в ходе операции, МП дренирован катетером Фолея на срок до 5 дней. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия. Летальных исходов не было.

**Выводы.** ТУР МП является методом выбора при радикальном лечении поверхностного рака, в ряде случаев его применение помогает определить глубину поражения и степени дифференцировки опухоли.

## ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

О.У. Вохобов, М.Н. Тилляшайхов,  
Б.Б. Султанов  
РОНЦ МЗ, Республика Узбекистан

**Введение.** ТУР МП, нашедшая широкое применение при лечении поверхностного рака, используется рядом авторов и при инвазивных новообразованиях. Комбинация ТУР, ХТ и ЛТ явилась основой для создания сочетанного метода в органосохраняющем лечении больных РМП. Выполнение на первых этапах хирургического вмешательства позволяет снизить дозу ЛТ или ХТ. Полное удаление видимой опухоли значительно увеличивает шансы больного на излечение или длительную стойкую ремиссию.

В урологическом отделении РОНЦ Республики Узбекистан с 1995 г. широко применяется ТУР в лечении поверхностного и рецидивного РМП. Для эндозвикальных вмешательств используется резектоскоп фирмы «KARL STORZ» (Германия).

Благодаря усовершенствованию техники эндозвикальных оперативных вмешательств появилась возможность изучения эффективности ТУР при инвазивных формах РМП.

**Материалы и методы.** ТУР в сочетании с ЛТ была проведена 33 больным инвазивной формой РМП. Возраст пациентов колебался от 25 лет до 81 года и в среднем составил 56,2 года. Стадирование заболевания проводилось по Международной клинической классификации TNM 5-го издания (1997). При изучении гистологической структуры опухолей у всех больных имел место переходно-клеточный рак: высокодифференцированный (G<sub>1</sub>) — у 16 (48,4%), умеренно дифференцированный (G<sub>2</sub>) — у 13 (39,3%) и низкодифференцированный (G<sub>3</sub>) — у 4 (12,1%).

После гистологического исследования операционного материала были уточнены стадии онкологического процесса. При этом стадия T<sub>2</sub> была обнаружена у 22 (66,6%), а стадия T<sub>3a</sub> — у 11 (33,3%) пациентов.

Для проведения ТУР при инвазивном РМП отбирали тех больных, у которых опухоль локализовалась в доступных для резектоскопа стенках МП, при размере экзофитной части опухоли ≤ 4 см и основания ≤ 2 см.

После комплексного обследования больным выполнена ТУР стенки МП с опухолью в пределах здоровых на глаз тканей. МП дренировался уретральным катетером Фолея на 1–3-и сутки в зависимости от объе-

ма операции. При отсутствии осложнений больных на 2–4-е сутки выписывали на амбулаторное лечение.

Через 2 нед после операции пациентам проводился радикальный курс ЛТ на аппарате ТераТрон ежедневно мелкими фракциями по 2 Гр до СОД 60 Гр. Облучение больные получали 5 раз в неделю под контролем клинико-биохимических анализов крови. После окончания курса лечения пациенты в течение первого года каждые 3 мес, а в течение второго — каждые 6 мес подвергались проведению контрольного цистоскопического исследования.

**Результаты.** Оценка эффективности лечения проводилась с учетом частоты и срока рецидивирования опухолевого процесса после проведенных лечебных процедур. Все больные хорошо перенесли ЛТ. Последующее контрольное обследование выявило наличие рецидива опухолевого процесса у 16 (48,4%) из 33 пациентов в течение истекшего периода. При этом в стадии Т2 рецидив обнаружен у 10 (45,4%) из 22 больных, а в стадии Т3а — у 6 (54,5%) из 11. При стадии Т2 у всех пациентов рецидив опухоли был поверхностным. Этим больным проведена повторная ТУР МП с внутривезикулярной ХТ доксорубицином. При стадии Т3а рецидив опухоли имел инфильтративный характер, в связи с чем произведена сегментарная резекция МП.

При изучении отдаленных результатов лечения установлено, что 3-летняя выживаемость при стадии Т2 составила 88,7%, при стадии Т3а — 57,3%. Трехлетняя безрецидивная выживаемость при стадии Т2 — 54,6%, при стадии Т3 — 45,5%.

**Выводы.** При инвазивных формах РМП применение ТУР в сочетании с ЛТ может заменить сегментарную резекцию или цистэктомию. Эта методика является малотравматичной и сокращает время пребывания больных в стационаре. При стадии Т3а частота развития рецидивов высока, в связи с чем проведение ТУР возможно по строгим показаниям при наличии противопоказаний к сегментарной резекции МП.

## МЕСТО ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**Н.Г. Гасанов, А.Г. Тагирова**

*Республиканский онкологический диспансер,  
Махачкала, Республика Дагестан*

**Введение.** Из органов мочевыделительного тракта МП наиболее часто поражается ЗН.

По данным зарубежных авторов, частота заболеваемости поверхностным РМП составляет от 75 до 90%. В России РМП I и II стадии выявляют в

50–57% случаев, т.е. более половины пациентов имеют инвазивные стадии заболевания.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в период с 2004 по 2008 г., по данным архива Дагестанского республиканского онкологического диспансера (РОД), РМП обнаружен у 487 больных, из них I и II стадия имелись у 209 пациентов. Из этого количества 122 (58,3%) пациента лечились в РОД, им проводили ТУР МП с последующей адьювантной ХТ и иммунотерапией. Диагноз был выставлен на основании данных УЗИ, цистоскопии с биопсией, цистографии, экскреторной урографии с нисходящей цистографией, КТ, ядерного магнитного резонанса. По стадиям больные распределялись следующим образом: Т1N0M0 — 77 (63,1%), Т2N0M0 — 45 (36,9%) человек. Кроме того, 7 больным с Т3N0M0 ранее проведены различные варианты органосохраняющего лечения. При развитии рецидива РМП в этой группе больных проведена ТУР.

По вариантам проведенного лечения все пациенты разделены на следующие 4 группы.

1. Хирургическое лечение (ТУР) проведено при Т1N0M0 стадии 8 больным.

2. Больные, получавшие комбинированное лечение, распределены на 3 подгруппы в зависимости от метода дополнительного лечения после ТУР:

а) ТУР + внутривезикулярная ХТ доксорубицином по 50 мг 1 раз в неделю, СОД 300 мг,  $n=73$  (Т1N0M0 — 49, Т2N0M0 — 24).

б) ТУР + внутривезикулярная инстилляция БЦЖ — 9 (Т1N0M0 — 8 и Т2N0M0 — 1) пациентов.

в) ТУР + системная поли-ХТ по схеме MVAC или гемзар + карбоплатин — 3 курса,  $n=12$  (Т1N0M0 — 2 и Т2N0M0 — 10).

3. Лечение рецидивных опухолей проведено в 27 случаях, куда включены 9 пациентов из другой клиники и 18 — из нашего материала. За всеми больными продолжается диспансерное наблюдение уже > 3 лет.

4. Больные с рецидивами РМП Т3N0M0, после ранее проведенных комбинированных методов лечения ( $n=7$ ).

**Результаты.** Проанализированы частота и сроки рецидивирования в зависимости от стадии и методов лечения. За всеми больными проведено динамическое наблюдение с соблюдением онкологических принципов.

В 1-й группе рецидивный РМП обнаружен у 4 (50%) больных на 8, 10, 18 и 26-м месяце. При этом очаг рецидива в зоне резекции выявлен у 1 больного через 18 мес, а у остальных 3 — вне зоны на 8, 10 и 26-м месяце. Всем больным выполнено повторное лечение (ТУР + внутривезикулярная ХТ).

Из группы 2-а рецидивы выявлены у 13 больных: при Т1N0M0 — у 6 (12,2% из 49) и Т2N0M0 — у 7 (20,9% из 24). Сроки рецидива при опухолях

T1N0M0 колебались от 14 до 28 мес, а при T2N0M0 — от 6 до 16 мес. Всем больным с T1N0M0 проведена повторная ТУР с внутривезикулярной ХТ. Со стадией T2N0M0 4 больным назначено лечение по варианту 2-а (ТУР + внутривезикулярная ХТ).

У 2 больных этой стадии с учетом возраста, глубины инвазии, изменившейся дифференциации опухоли планировалось выполнение РЦЭ. Ввиду отказа от цистэктомии первому пациенту проведена гемирезекция МП, второму — РЦЭ с лимфодиссекцией и последующей ХТ.

В группе 2-б рецидив опухоли обнаружен у 3 (T1N0M0 — 1 и T2N0M0 — 2) больных. Всем им назначено лечение по варианту 2-а.

В 3-й группе проведена ТУР с внутривезикулярной ХТ.

В 4-й группе у 4 пациентов в 2005–2007 гг. диагностирован РМП T3N0M0 стадии, все они получали комбинированное лечение (ХТ+ЛТ).

При очередном диспансерном наблюдении обнаружены опухолевые образования экзофитного характера, размерами 2 x 3 см. Всем больным проведена ТУР и внутривезикулярно введен доксорубин в дозе 50 мл. Все пациенты выписаны на третий день после операции.

Двое больных поступали после проведения комбинированного лечения (плоскостная резекция МП + послеоперационная ЛТ — 44 и 50 Гр). Через 6 мес у них развился рецидив. Пациенты отказались от выполнения РЦЭ, и лечение было проведено по варианту 2-в.

Другой случай: больной 56 лет, состоящий на учете по поводу РМП с 2003 г. В 2003 г. ему проведена резекция МП и назначена внутривезикулярная ХТ. В 2004 г. возник рецидив, осуществлялись лучевое лечение 50 Гр и системная ХТ. В 2006 г. пациент поступил с повторным рецидивом. Проведены резекция МП и 3 курса системной ХТ. В 2007 г. зафиксированы гематурия и рецидив. Выполнена ТУР МП. При контрольном осмотре через 2 года, данных, подтверждающих наличие рецидива заболевания, нет.

**Выводы.** Комбинированное лечение снижает частоту и время появления рецидива опухоли. Системная диспансеризация с применением УЗИ и ТУР-биопсия позволяют своевременно диагностировать рецидив РМП.

При своевременном выявлении рецидива, РМП T3N0M0 стадии после комбинированного и комплексного лечения ТУР может рассматриваться как операция выбора.

## БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**З.Э. Гедревич, И.Л. Масанский,  
Ю.П. Власовец, Л.М. Сагальчик,  
А.Г. Скоробогатых**

*Минский городской клинический  
онкологический диспансер*

**Введение.** РЦЭ — золотой стандарт лечения инвазивного РМП. Помимо мышечно-инвазивного РМП показаниями к РЦЭ являются:

- тотальное или субтотальное поражение опухоли МП;
- частое рецидивирование поверхностного РМП со снижением степени клеточной дифференцировки, безуспешность консервативного лечения;
- непрекращающаяся профузная макрогематурия, сморщенный МП при установленном РМП.

Большинству пациентов после РЦЭ стремятся сохранить самостоятельное мочеиспускание, однако у ослабленных больных с тяжелой сопутствующей патологией, анемизацией, длительно существующей обструкцией верхних мочевых путей и выраженным нарушением функции почек операция ортотопического замещения МП оказывается непереносимой, и в этом случае наиболее приемлемое качество жизни пациента достигается с помощью уретероилеокутанеостомии (операция Брикера).

**Цель исследования** — изучение ближайших и отдаленных результатов лечения больных после проведения РЦЭ с учетом стадии процесса по TNM.

**Материалы и методы.** В исследование включены 138 пациентов, оперированных по поводу РМП в период с 1999 по 2008 г. в Минском городском клиническом онкологическом диспансере. Всем больным была выполнена РЦЭ с одномоментной деривацией мочи по различным методикам.

Среди пациентов было 125 мужчин и 13 женщин. Преобладали больные в возрасте старше 60 лет (74,63%).

Во всех случаях выполнение РЦЭ завершалось деривацией мочи по следующим методикам: формирование ортотопического МП по Штудеру и Хаутманну — у 89 (64,44%) пациентов, операция Брикера — у 21 (15,21%), сигмоцистопластика — у 11 (7,97%), уретеросигмостомия — у 11 (7,97%) и уретерокутанеостомия — у 6 (4,34%).

Гистологическая структура опухоли: переходно-клеточный РМП выявлен у 132 (95,6%) пациен-

тов, плоскоклеточный – у 4 (2,9%) и аденокарцинома МП – у 2 (1,5%).

Средний период наблюдения составил 35 (от 0 до 108) мес. Результаты оперативного лечения 89 пациентов изучены в сроке  $\geq 5$  лет. Пятилетняя безрецидивная и общая выживаемость в группе больных РМП, не выходящим за пределы органа, составила, соответственно, 65,6 и 46,9% ( $n=64$ , 71,9%), в группе пациентов с опухолью, прорастающей стенки органа, – 50 и 42,8% ( $n=14$ , 15,7%), в группе больных с метастазами в тазовых ЛУ – 18,8 и 27,3% ( $n=11$ , 12,4%).

Местный рецидив отмечен у 4,7% пациентов с опухолью, ограниченной органом, у 14,2% – с опухолью, выходящей за пределы органа, и у 9% – с метастазами в ЛУ.

Отдаленные метастазы возникли у 7,8% больных с опухолью, ограниченной органом, у 14,2% – с опухолью, выходящей за пределы органа, и у 18,8% – с метастазами в ЛУ.

**Выводы.** Наиболее значимыми прогностическими факторами, влияющими на развитие рецидива, являются глубина прорастания опухоли и вовлеченность ЛУ.

Использование широкого спектра способов отведения мочи после РЦЭ позволяет обеспечить удовлетворительные результаты общей и безрецидивной выживаемости у больных с неблагоприятным прогнозом при отказе от радикального хирургического лечения, для которых цистэктомия остается единственным шансом.

## **ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКЕРАТИНОВ 8 И 18 ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**П.В. Глыбочко, Н.К. Шахпазян,  
А.Н. Понукалин, Н.Б. Захарова,  
В.Ю. Михайлов**

*НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии  
ГОУ ВПО Саратовский государственный  
медицинский университет Росздрава*

**Материалы и методы.** На материале, полученном при обследовании 103 человек в НИИ уронефрологии Саратовского ГМУ, проводился сравнительный анализ онкомаркеров класса цитокератинов – ТРА и TPS сыворотки крови и UBC мочи у 3 групп пациентов: 1-я (контрольная) группа – 25 практически здоровых лиц; 2-я (группа сравнения) – 24 пациента с неспецифическими циститами; 3-я груп-

па – 54 больных поверхностным РМП (TaN0M0 – 2; T1N0M0 – 52). В качестве верифицирующего стандарта диагноза поверхностного РМП использовалось гистологическое исследование биоптатов стенки МП. Для определения уровня онкомаркеров применяли наборы реактивов для ИФА-диагностики IDL («Biotech AB», Швеция). Для статистической обработки данных использовался пакет компьютерных программ SPSS v13,0.

Эффективность диагностики РМП с определением уровня сывороточных маркеров ТРА, TPS и мочевого онкомаркера UBC по анализу оценивалась с помощью построения характеристической кривой (ROC-анализ) при разных точках разделения значений уровня онкомаркеров. ROC-кривые приведены в табл. 1, 2 и на рисунке.

**Результаты.** В табл. 1 и 2 представлены результаты ROC-анализа выявления поверхностного РМП (3-я группа) среди практически здоровых лиц (1-я группа) и больных циститами (2-я группа) с указанием значения площади под кривой, достоверности ( $p<0,05$ ), 95% ДИ. Критерий рассматривается как эффективный при нижней границе ДИ площади  $>0,5$ , значения достоверности  $p<0,05$ .

Наиболее информативным тестом оказалось определение уровня TPS в сыворотке крови (при сравнении контрольной группы с больными РМП площадь под кривой равна 0,962, при сравнении больных циститами с больными РМП – 0,8) .

Затем в порядке убывания информативности следуют определение уровня ТРА в сыворотке крови (при сравнении контрольной группы с больными РМП площадь под кривой равна 0,924, при сравнении больных циститами с больными РМП – 0,767); определение уровня UBC в моче (0,949 и 0,704 соответственно).

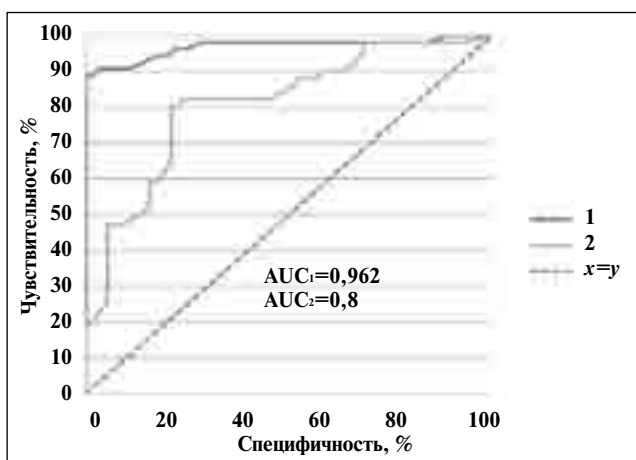
Данные, полученные о площадях ROC-кривых, соответствуют требованиям достоверности, что позволяет признать перечисленные маркеры эффективными для диагностики РМП среди здоровых лиц и дифференциальной диагностики от циститов. Рассчитанные для этих онкомаркеров точки разделения показывают: специфичность TPS как сывороточного маркера для выявления поверхностного РМП составляет 47,4–93,8% при чувствительности 85,2% (наименьшее значение специфичности характеризует выявление РМП в группах пациентов, страдающих циститами, наибольшее – среди условно здоровых лиц); специфичность определения уровня ТРА в сыворотке крови для определения поверхностного РМП 73,9–85% при чувствительности 72,3%; мочевого маркера поверхностного РМП UBC имеет максимальные значения специфичности 48,7–87,5% при чувствительности 86,7%.

Таблица 1. Характеристики ROC-кривой диагностической эффективности определения уровня цитокератинов при сравнении пациентов группы контроля и больных РМП

Показатель	Площадь (AUC)	Стандартная ошибка	p	95% ДИ
TPA	0,924	0,036	0,001	0,854–0,995
TPS	0,962	0,022	0,001	0,919–1,005
UBC	0,949	0,038	0,001	0,875–1,023

Таблица 2. Характеристики ROC-кривой диагностической эффективности определения уровня цитокератинов при сравнении группы больных с циститами и пациентов с РМП

Показатель	Площадь (AUC)	Стандартная ошибка	p	95% ДИ
TPA	0,767	0,061	0,001	0,647–0,887
TPS	0,800	0,059	0,001	0,684–0,916
UBC	0,704	0,071	0,011	0,565–0,842



ROC-кривые диагностической эффективности TPS при сравнении пациентов группы контроля, больных РМП и циститами

**Выводы.** Наиболее чувствительными маркерами поверхностного РМП можно считать TPS и UBC. При проведении дифференциальной диагностики между циститами и РМП можно рекомендовать определение содержания в сыворотке крови TPA. Несмотря на то что информативность результатов исследования содержания UBC, TPA, TPS в настоящее время не позволяет полностью заменить цистоскопию, частота контрольных инвазивных исследований может быть значительно снижена.

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин,  
А.Ю. Королев

Кафедра урологии ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет Росздрава

**Введение.** Обнаружение метастазов в регионарных ЛУ после выполнения РЦЭ является неблагоприятным прогностическим фактором, так как 5-летняя выживаемость у этих больных не превышает 25% (J.P. Stein и соавт., 2006). Для улучшения результатов лечения мышечно-инвазивного РМП (МИРМП) предлагается проведение расширенной лимфодиссекции (D.G. Skinner, 2007) и/или адъювантной ХТ (Р.В. Хабалов, В.Б. Матвеев, М.И. Волкова и др., 2007). Объем лимфодиссекции при цистэктомии остается предметом дискуссии.

**Цель исследования** – изучение влияния объема лимфодиссекции на отдаленные результаты цистэктомии у больных МИРМП.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты 575 цистэктомий, выполненных у больных МИРМП в период с января 1990 г. по январь 1999 г. Материал о 541 цистэктомии получен из канцер-регистра Осло (Норвегия), 34 цис-



тэктомии проведены на кафедре урологии Саратовского ГМУ в тот же временной промежуток. Лимфодиссекция включала в себя удаление лимфатических тканей проксимальнее бифуркации аорты, вокруг подвздошных сосудов и запирающего нерва с обеих сторон.

Всего ЛАЭ была выполнена у 228 пациентов с МИРМП. При гистологическом изучении удаленного материала у 102 (44,7%) больных обнаружены метастазы в ЛУ (pN+). Средний возраст данной группы пациентов составил 63,4 года, а соотношение между мужчинами и женщинами 4,3:1. Доля вовлечения ЛУ составила 13,5% при pT2a, 34,7% – при pT2b, 52,1% – при pT3 и 71,4% – при pT4a. Среднее число удаляемых ЛУ равнялось 7,8 (медиана 9, диапазон от 1 до 24).

С учетом количества удаленных ЛУ: 0–4, 4–8, 8–12, > 12 и глубины поражения – выявлено, что статистически значимые различия в обнаружении метастазов имеют место в случае, если удалено и исследовано не менее 8 регионарных ЛУ ( $p < 0,05$ ). При анализе доли пациентов с метастазами и общего числа удаленных ЛУ отмечена закономерность в увеличении процента выявления метастазов при удалении > 8 ЛУ в T3–4 стадии ( $p < 0,05$ ), однако при глубине поражения T2 данной статистически значимой закономерности не наблюдается. Также в pT4a при удалении до 8 ЛУ метастазирование зафиксировано в 12,3% случаев, тогда как при экстирпации > 8 ЛУ – в 64,7%.

**Результаты.** Пятилетняя безрецидивная и общая выживаемость для всех больных с N+ составили 31 и 24% соответственно, для стадий pT2N0 – 76 и 66%; для pT2N+ – 43 и 38%; для T3N0 – 61 и 47%; для T3N+ – 31 и 26%; для T4aN0 – 47 и 26% и для T4aN+ – 22 и 18% соответственно.

Отдаленные результаты были оценены с использованием именно пороговой ценности вовлечения ЛУ – 8, поскольку корреляция между общим числом удаленных ЛУ и процентом пациентов с положительными ЛУ была наиболее выраженной в этой группе.

При удалении > 8 ЛУ 5- и 10-летняя раковоспецифическая выживаемость увеличиваются на 15% (с 58 до 73). Различия определяются после 3 лет наблюдения.

В течение 5 лет при удалении > 8 ЛУ были живы и не имели рецидивов 62% пациентов, тогда как во 2-й группе (при удалении < 8 ЛУ) – только 50%. Рецидив возник при удалении < 8 ЛУ у 27% пациентов, 17% больных этой группы имели в последующем отдаленные метастазы. В группе, где было удалено > 8 ЛУ, рецидив развился в 17% и отдаленный метастаз – в 10,5% случаев. Данные различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ).

Безрецидивный интервал для пациентов с глубиной инвазии T2 и удалением > 8 ЛУ был значительно больше ( $p < 0,05$ ) после 5 лет. Живы без рецидива заболевания 83% пациентов в отличие от 62%, у которых было удалено < 8 ЛУ. Кроме того, у пациентов с T3 опухолями при диссекции > 8 ЛУ зафиксировано увеличение безрецидивного интервала, несмотря на наличие или отсутствие метастатического поражения этих ЛУ. У пациентов с T4 число удаленных ЛУ не имело никакого влияния на продолжительность безрецидивного промежутка.

**Выводы.** Расширенный объем ЛАЭ, выполняемой при РЦЭ, позволяет на 10–15% улучшить отдаленные результаты лечения пациентов с инвазивным РМП. С учетом неблагоприятного прогноза этим больным показана адъювантная ХТ.

## ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.Ф. Джабаров, М.Г. Агафонова

ГУЗ ТО Тульская областная клиническая больница

**Введение.** В России у более половины пациентов при первичном обращении выявлены инвазивные (T2–T4) стадии заболевания. Немалую долю этой группы составляют больные преклонного возраста, имеющие тяжелую сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, СД, ожирение, цереброваскулярные заболевания и пр.). Кроме того, нередко встречаются осложнения основного процесса (анемия, одно- или двусторонний гидроуретеронефроз, ХПН, рецидивирующие опухолевые кровотечения, инфравезикальная обструкция, выраженная дизурия). Данное сочетание становится значительным препятствием для радикального лечения из-за высокой вероятности развития витальных осложнений. Наиболее часто этой группе больных проводится симптоматическая или, в лучшем случае, паллиативная терапия.

**Цель исследования** – определение возможности проведения радикального хирургического и комбинированного лечения пациентам с инвазивным, в том числе осложненным РМП, имеющим интеркуррентные заболевания.

**Материалы и методы.** В период с 2003 по 2008 г. в урологическом отделении ГУЗ ТО ТООБ лечение инвазивного РМП было проведено 17 мужчинам в возрасте от 63 до 76 лет. У всех пациентов на догоспитальном этапе и в стационаре диагностированы

≥3 интеркуррентных заболевания, отягощающих течение основного процесса. Во всех случаях наблюдалось ≥1 осложнения РМП.

Чтобы разорвать «порочный круг», при котором происходило взаимное отягощение осложнений РМП и сопутствующей патологии, обследование и лечение этой группы пациентов было разделено на этапы.

На первом этапе после коррекции интеркуррентных заболеваний и выполнения возможных в данной ситуации обследований проводилась операция по отключению МП: после ревизии органов брюшной полости и уточнения стадии заболевания создавался тонкокишечный внутрибрюшной резервуар Брикера.

У всех пациентов имело место значительное атеросклеротическое поражение внутренних подвздошных артерий, что явилось препятствием для проведения регионарной ХТ и химиоэмболизации, вследствие чего осуществлялось лигирование внутренних подвздошных артерий ниже отхождения верхних ягодичных.

Трем пациентам проведена дистанционная  $\gamma$ -терапия дробными фракциями СОД 45 Гр, четырем – 65 Гр.

Второй этап ( $n=12$ ) включал оперативное лечение через 1–1,5 мес после дообследования и коррекции интеркуррентных заболеваний, а также определение степени регрессии опухоли после проведенного лечения. Во всех случаях выполнена РЦЭ.

**Результаты.** После I этапа удавалось справиться со всеми осложнениями инвазивного РМП: кровотечениями, дизурией, гидроуретеронефрозом, инфравезикальной обструкцией – что позволило провести полноценное дообследование и подготовить пациентов ко второму, более сложному, оперативному пособию. Все больные отметили значительное улучшение общего состояния после первой операции. После проведения дистанционной ЛТ в СОД 45 Гр во всех случаях наблюдалась стабилизация, при СОД 65 Гр – у 2 пациентов отмечена частичная регрессия: у 1 – с полной, еще у 1 – прогрессирование.

Осложнения после радикальных операций развились у 3 больных: по 1 случаю эвентрации, спаечной кишечной непроходимости, наружного тонкокишечного свища. Оперативное лечение осложнений у всех пациентов закончилось благоприятным исходом.

**Выводы.** Этапное хирургическое и комбинированное лечение показано пациентам с инвазивным РМП и сопутствующими заболеваниями. Полученные результаты вселяют оптимизм.

Для оценки предложенного метода необходимо большее количество наблюдений и прослеживание отдаленной выживаемости.

## ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Ф. Джабаров,  
М.Г. Агафонова, М.А. Гущин

ГУЗ ТО Тульская областная  
клиническая больница

**Введение.** При первичном обращении более половины пациентов в Российской Федерации имеют инвазивные (T2–T4) стадии РМП, при этом опухоли, выходящие за пределы органа, диагностируются в 25–40% случаев.

Расширение объема радикальных операций у данной категории больных – цистэктомия с расширенной лимфодиссекцией, эвисцерацией тазовых органов – приводит к излечению не более 1/3 оперированных.

Многие авторы отмечают улучшение результатов при сочетании радикальных операций с дистанционной  $\gamma$ -терапией (ДГТ) и поли-ХТ (ПХТ).

Сдерживающим моментом комбинированного и комплексного лечения является возникновение осложнений РМП, таких как гидронефроз с развитием ХПН, анемия, макрогематурия, угрожающая частичной или полной тампонадой МП, выраженные дизурические явления, болевой синдром, кахексия.

С учетом развития вероятных осложнений ДГТ и токсического действия химиопрепаратов лечение у подавляющего большинства пациентов ограничивается оперативным пособием, чаще всего условно радикальным.

**Цель исследования** – определение возможности проведения радикального комбинированного и комплексного лечения пациентов с осложненным местно-распространенным РМП.

**Материалы и методы.** В период с января 2004 г. по июнь 2009 г. в урологическом отделении ГУЗ ТО ТОБ комбинированное и комплексное лечение осложненного местно-распространенного РМП проведено 23 пациентам. Во всех случаях диагностировано ≥2 осложнений основного заболевания, что и являлось показанием к этапному лечению.

Первый этап – надпузырное отведение мочи (операция Брикера): нижнесрединная лапаротомия. После ревизии органов брюшной полости и уточнения стадии заболевания формировался тонкокишечный внутрибрюшной резервуар Брикера. Последний фиксировался к заднему листку париетальной брюшины выше промоториума во избежание попадания в зону облучения. На уровне бифуркации

подвздошных сосудов пересекались пути лимфоотока и проводилась биопсия ЛУ.

У 12 пациентов осуществлена катетеризация внутренних подвздошных артерий с обеих сторон через культы верхних пузырных артерий. При выраженном атеросклерозе в 8 случаях выполнена химиоэмболизация внутренних подвздошных артерий.

На II этапе всем пациентам с установленными катетерами проведен 1 курс ПХТ по схеме CAP или CMV с регионарным введением цисплатина, 8 из них через 3–4 нед после завершения курса назначена ДГТ (СОД 44 Гр). В такой же дозе ЛТ проведена 5 из 8 больных после химиоэмболизации внутренних подвздошных артерий. Три пациента получили по 2 курса системной ПХТ по схеме CG.

Третий этап — повторное оперативное пособие (РЦЭ — у 19 пациентов, эвисцерация тазовых органов — у 2) выполнено через 4–6 нед после первой операции (у пациентов без ЛТ) и 4–5 нед после окончания лучевого лечения.

**Результаты.** После I этапа удалось справиться со всеми осложнениями местно-распространенного РМП у всех пациентов. Такие симптомы, как макрогематурия и дизурия, значительно уменьшались после операции и купировались после регионарной ХТ. Незначительная лейкопения осложнила ПХТ (GG) у 3 пациентов; регионарное введение цисплатина сопровождалось умеренной гипертермией в течение 3–5 сут; слабый ректит после ДГТ отмечался у всех больных.

Прогрессирование заболевания (метастазы в легкие, забрюшинные ЛУ) отмечено в 2 случаях в течение 1 мес после окончания ПХТ с регионарным введением цисплатина. Закончил лечение 21 пациент. Полная регрессия опухоли отмечена у 3 больных после регионарной ПХТ и ДГТ. В остальных случаях наблюдались частичная регрессия и стабилизация.

**Выводы.** Этапное комбинированное и комплексное хирургическое лечение показано пациентам с местно-распространенным РМП. Применение ПХТ с регионарным введением цисплатина значительно менее токсично и более эффективно, чем в/в введение препарата при тех же схемах. ЛТ отключенного МП не сопровождалась развитием острых и хронических лучевых реакций и повреждений. Для оценки предложенного метода необходимо большее количество наблюдений и прослеживание отдаленных результатов.

## ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**А.А. Зимичев, И.В. Чернышев**

*ГОУ ВПО Самарский государственный  
медицинский университет Росздрава;*

*ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва*

**Введение.** Органосохраняющий подход к лечению инвазивного РМП в настоящее время является предметом дискуссий, что связано с особенностью данной нозологии рецидивировать. В связи с этим в органосохраняющем лечении РМП применяют комбинированную терапию в сочетании с неoadьювантной поли-ХТ (ПХТ), которая позволяет уменьшить размер опухоли, повысить резектабельность и абластичность операции.

**Цель исследования** — улучшение результатов лечения инвазивного РМП с использованием комбинированного метода, включающего в себя проведение системной ПХТ в неoadьювантном режиме, хирургическое лечение и выполнение внутрипузырной ХТ в адьювантном режиме.

**Материалы и методы.** Исходным материалом исследования служили данные 46 пациентов с РМП T2aN0M0G<sub>1-3</sub>. В зависимости от стадии РМП больные распределены следующим образом: T2aN0M0G<sub>1</sub> — 10 пациентов, T2aN0M0G<sub>2</sub> — 23, T2aN0M0G<sub>3</sub> — 13. Системная ПХТ проводилась по следующей схеме: 1-й день — 5-фторурацил, 2-й — циклофосфан + винбластин, 14-й — метатрексат, 15-й — доксорубин, 16-й — цисплатин.

Два курса системной ПХТ, окончатая резекция МП проведены 17 пациентам, затем в течение 2 лет больные получали внутрипузырную ХТ доксорубицином по разработанной нами схеме. Схема внутрипузырной терапии включает 1 инстилляцию 40 мг доксорубина сразу после операции, 4 инстилляций по 40 мг в 1-й месяц с интервалом в 1 нед, затем инстилляций 1 раз в месяц в первый год по 40 мг, последующий — по 20 мг. Системная ПХТ, затем ТУР МП проведены 29 пациентам, также в течение 2 лет больные получали внутрипузырную ХТ. В послеоперационном периоде на протяжении 3 лет осуществлялся мониторинг больных для выявления рецидива заболевания. Рецидив обнаружен у 8 (17,4%) человек.

**Результаты.** У 10 пациентов с РМП T2aN0M0G<sub>1</sub>, которым проводилась неoadьювантная системная ПХТ, выполнена ТУР МП и назначалась адьювантная внутрипузырная ХТ, рецидива в течение 3 лет не наблюдалось.

Из 14 пациентов с опухолью МП на стадии T2aN0M0G<sub>2</sub>, получавших системную ПХТ, подвергшихся ТУР и внутрипузырной ХТ, рецидив обнаружен у 1 (7,1%) больного. Окончатая резекция МП в сочетании с системной и внутрипузырной ХТ выполнена 9 пациентам, рецидив заболевания обнаружен также в 1 (11,1%) случае.

В группе больных РМП стадии T2aN0M0G<sub>3</sub> ТУР в сочетании с неoadьювантной системной ПХТ и адьювантной внутрипузырной ХТ выполнена 5 больным, а рецидив отмечен в 2 (40%) случаях. Из 8 пациентов, подвергшихся резекции МП, получавших системную и внутрипузырную ХТ, рецидив зафиксирован у 4 (50%) человек.

**Выводы.** Применение в лечении пациентов с РМП стадии T2aN0M0 системной ПХТ в неoadьювантном режиме (1-й день — 5-фторурацил, 2-й — циклофосфан + винбластин, 14-й — метатрексат, 15-й — доксорубин, 16-й — цисплатин) и внутрипузырной адьювантной ХТ доксорубицином сразу после операции, затем 4 раза с 7-дневным интервалом, далее 1 раз в месяц в первый год в дозе 40 мг, во второй год — по 20 мг позволяет улучшить отдаленные результаты терапии опухолевого заболевания. Рецидив обнаружен всего в 8 (17,4%) случаях, а 3-летняя безрецидивная выживаемость достигла 82,6%.

## ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕИНВАЗИВ- НЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**А.А. Зимичев, И.В. Чернышев**

*ГОУ ВПО Самарский государственный  
медицинский университет Росздрава;  
ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва*

**Введение.** РМП отличается большой склонностью к рецидивированию. Рецидивы РМП возникают у 70–75% больных. Применение комбинированного лечения может снизить число рецидивов РМП. Использование адьювантной внутрипузырной ХТ доксорубицином снижает количество рецидивов до 19%.

**Цель исследования** — улучшение результатов лечения больных неинвазивным РМП с использованием внутрипузырной ХТ в адьювантном режиме.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось методом случай—контроль. Исходным материалом исследования служили данные 91 пациента с РМП T1N0M0G<sub>1-3</sub>, которому была выполнена ТУР МП, причем 50 больным — в сочетании с неoadьювантной системной ХТ, а 41 пациенту — совместно с

адьювантной внутрипузырной ХТ доксорубицином в течение 2 лет. Схема внутрипузырной терапии включает 1 инстилляцию 40 мг доксорубина сразу после операции, 4 инстилляции по 40 мг в первый месяц с интервалом в 1 нед, затем инстилляции 1 раз в месяц в первый год по 40 мг, последующий — по 20 мг. Оценка влияния метода лечения на исход заболевания определена с использованием специально разработанной компьютерной программы на основе метода псевдомногофакторного анализа (заявка на официальную регистрацию компьютерной программы №2009614486).

**Результаты.** ТУР и адьювантная внутрипузырная ХТ проведены 12 пациентам стадии T1N0M0G<sub>1</sub>. В данной группе случаев рецидива РМП не выявлено. ТУР в сочетании с системной поли-ХТ (ПХТ) выполнена 14 пациентам. В этой группе рецидив заболевания возник у 4 (28,6%) больных. В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа выяснено, что результаты лечения больных РМП стадии T1N0M0G<sub>1</sub> достоверно различаются. Гипотеза Н<sub>0</sub>: M(X1)=M(X2)=...=M(Xn) отвергнута, так как при ее проверке F<sub>набл</sub> — 4,4 превышает F<sub>кр</sub> — 4,2 при уровне значения 0,05. Наиболее оптимальным методом лечения больных ЗН МП на стадии T1N0M0G<sub>1</sub> явилась комбинация ТУР МП с внутрипузырной ХТ (средняя M = 1). При сочетании ТУР с системной ПХТ средняя M = 1,29.

В группе пациентов с опухолью МП T1N0M0G<sub>2</sub> 18 больным проведены ТУР и адьювантная внутрипузырная ХТ. У 1 (5,5%) пациента отмечен рецидив заболевания. Среди 21 больного, которому была выполнена ТУР и назначена неoadьювантная системная ПХТ, у 7 (33,3%) пациентов обнаружен рецидив РМП. Проведен дисперсионный псевдомногофакторный анализ, который подтвердил достоверность различия результатов лечения больных стадии T1N0M0G<sub>2</sub>. Гипотеза Н<sub>0</sub>: M(X1)=M(X2)=...=M(Xn) отвергнута в результате проверки (F<sub>набл</sub> — 8,5, что больше F<sub>кр</sub> — 4,1). Лучший результат получен при применении хирургического лечения в сочетании с адьювантной внутрипузырной ХТ (средняя M = 1,06). При комбинированном лечении с системной ПХТ результаты несколько хуже (средняя M = 1,33).

Из пациентов со стадией РМП T1N0M0G<sub>3</sub> 11 выполнена ТУР и проведена адьювантная внутрипузырная ХТ. У 2 (18,2%) больных возник рецидив ЗН. Из 15 пациентов, подвергшихся ТУР и получивших неoadьювантную системную ПХТ, рецидив развился у 7 (46,7%) человек. В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа доказано различие результатов лечения больных РМП стадии T1N0M0G<sub>3</sub>. Гипотеза Н<sub>0</sub>: M(X1)=M(X2)=...=M(Xn) отвергнута, так как при ее проверке F<sub>набл</sub> — 4,6, что меньше F<sub>кр</sub> — 4,2. Результаты сочетания ТУР МП и внутрипузырной ХТ

оказались лучше (средняя  $M = 1,18$ ), чем результаты комбинированного лечения с применением неоадьювантной системной ПХТ (средняя  $M = 1,47$ ).

**Выводы.** Использование в лечении пациентов с РМП стадий T1N0M0 внутрипузырной адьювантной ХТ доксорубицином сразу после операции, затем 4 раза с 7-дневным интервалом, далее 1 раз в месяц в первый год в дозе 40 мг, во второй год — по 20 мг позволяет улучшить отдаленные результаты терапии опухолевого заболевания. Рецидив обнаружен всего в 7,3% случаев, а 3-летняя безрецидивная выживаемость достигла 92,7%. Для достоверности сравнительного анализа результатов лечения разработана и применена система псевдомногофакторного анализа.

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Ю. Зубков,

М.Э. Ситдыкова, Э.Н. Ситдыков

*Кафедра урологии Казанского  
государственного медицинского университета*

**Введение.** Не вызывает сомнения утверждение многих авторов о том, что подлинно радикальным методом лечения инвазивного РМП является цистэктомия с различными способами деривации мочи. Для создания ортотопического МП используются различные отделы ЖКТ (Э.Н. Ситдыков, 1970; Б.П. Матвеев, 1997; Б.К. Комяков и соавт., 2004), между тем, эта операция относится к категории сложных хирургических вмешательств, нередко приводящих к развитию серьезных послеоперационных осложнений.

**Цель исследования** — разработка и совершенствование методов профилактики и лечения осложнений энтероцистопластики на основе изучения их этиологии, патогенеза и способов формирования кишечного МП, восстанавливающих физиологический принцип мочеиспускания.

**Материалы и методы.** Цистэктомия с одно- и многоэтапным формированием кишечного неоцистиса выполнена 211 больным с новообразованиями МП. Среди оперированных было 202 мужчины, 9 женщин. Тотальный папилломатоз диагностирован у 2 больных, II стадия (T2) — у 96, T3 — у 102 и T4 — у 11. Средний возраст пациентов 61 год. Одномоментная цистэктомия с внебрюшинной энтероцистопластикой проведена 166 больным, у 96 из них был создан искусственный кишечный МП из изолированного тубулярного сегмента сигмовидной кишки и у 70 — из

сегмента подвздошной кишки. Первичный глухой шов искусственного кишечного МП выполнен у 15 пациентов с трансуретральным дренированием. Внутрибрюшинная илеоцистопластика осуществлена у 29 больных, ранее подвергнутых цистэктомии с уретерокутанеостомией, уретероколомией и операции Арнольди. Двухэтапная внебрюшинная илеоцистопластика при короткой брыжейке кишечного трансплантата выполнена 16 пациентам.

**Результаты.** Анализ результатов цистэктомии с одно- и многоэтапным формированием ортотопического кишечного МП позволил выявить наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения, нередко являющиеся причиной развития летальных исходов. К ним относятся прогрессирующая динамическая кишечная непроходимость, перитонит и острый пиелонефрит (ОП). Установлено, что после цистэктомии независимо от метода энтероцистопластики у всех пациентов развивается послеоперационная динамическая кишечная непроходимость, приводящая к частичной несостоятельности межкишечного анастомоза и, соответственно, к развитию перитонита, отмеченного нами у 19 больных. В связи с недостаточной герметичностью кишно-уретрального анастомоза мочевого перитонит развился у 14 пациентов. Причиной возникновения перитонита у 9 больных явилось инфицирование брюшной полости в процессе выполнения резекции кишки и межкишечного анастомоза. С учетом того, что цистэктомия с энтероцистопластикой приводит к резкому послеоперационному рефлекторному торможению моторной деятельности ЖКТ, рекомендуется до манипуляций на органах малого таза проводить химическую невротомию межбрыжеечного нервного тракта путем новокаиновой блокады брыжейки сигмовидной кишки, а также забрюшинного пространства илеоцекальной зоны. По такой методике цистэктомия с энтероцистопластикой выполнена у 122 больных, из них умеренный парез кишечника отмечен у 69 после сигмоцистопластики и у 11 — с илеоцистопластикой. Моторная функция кишечника у всех этих пациентов восстановилась самостоятельно на 3–4-е сутки после операции. Послеоперационный период осложнился развитием ОП у 7 пациентов, обострение хронического пиелонефрита имело место у 41 больного и было обусловлено нарушением функции мочеточникового катетера. Ни у кого из пациентов с ортотопическим МП, у которых временное отведение мочи осуществлялось в послеоперационном периоде без катетеризации мочеточников, а только посредством надлобкового дренирования либо постоянным уретральным катетером, не отмечено атак ОП. Важное значение в профилактике ХПН и ОП имеет трансплантация мочеточников в ортотопический МП по антирефлюксной методи-

ке (операция Миротворцева). После прямых анастомозов по Бази и Несбиту у 8 пациентов выявлен мочеточниковый рефлюкс, провоцирующий атаки ОП.

**Выводы.** Улучшение результатов энтероцистопластики во многом зависит от своевременной профилактики и лечения осложнений послеоперационного периода. Основные мероприятия по профилактике послеоперационной динамической кишечной непроходимости и перитонита должны проводиться прежде всего интраоперационно путем новокаиновой блокады рефлексогенных зон, выбора оптимального варианта ортотопической пластики с учетом конкретной клинической ситуации, адекватного дренирования кишечного МП и полости малого таза. Релапаротомия при послеоперационном перитоните должна осуществляться в течение 3–4 дней с момента проведения энтероцистопластики и завершаться кишечной стомой, а в случаях развития мочевого перитонита — наложением перкутанной нефростомии.

## **МЕСТО СРОЧНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ВРЕМЕННОЙ НАКОЖНОЙ ДЕРИВАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И МЕТОДЫ КОНВЕРСИИ У ЭТОЙ КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ**

**В.П. Изгейм, А.В. Лыков, В.В. Калалб, В.В. Симоненко, А.В. Купчин**

*Отделение онкоурологии ГЛПУ*

*Тюменский областной онкологический диспансер*

**Введение.** РМП является вторым по частоте возникновения среди опухолей мочеполовой системы заболеванием после РПЖ и составляет 3–4% от всех ЗН человека. Примерно 30% первично диагностируемых случаев РМП являются мышечно-инвазивными.

Поздняя обращаемость больных, ошибки, допущенные в процессе диагностики, приводят к тому, что до 50% пациентов поступают в стационар с запущенными стадиями заболевания. У многих из них имеют место серьезные осложнения течения заболевания в виде макрогематурии и связанной с ней постгеморрагической анемии, интра- и суправезикальной обструкции верхних мочевых путей, хронического пиелонефрита и ХПН. Данные осложнения значительно ухудшают течение основного заболевания и делают проблематичным одноэтапное выполнение цистэктомии с везикопластикой.

**Цель исследования** — выполнение операций в случаях, когда общее состояние больных РМП, ос-

ложненное развитием тяжелой постгеморрагической анемии вследствие длительной и непрекращающейся гематурии из распадающейся опухоли, тяжелые интеркуррентные заболевания, вторичные нарушения функции верхних мочевых путей с биохимическими признаками почечной недостаточности служили противопоказанием для выполнения одномоментной цистэктомии и кишечной пластики.

**Материалы и методы.** В период с 1999 по 2009 г. в отделении урологии ТООД выполнено 236 цистэктомий, наличие указанных осложнений и общее тяжелое состояние не позволили провести РЦЭ в один этап у 48 (20,3%) пациентов. Возраст больных варьировал от 9 мес до 78 лет. Среди пациентов было 46 мужчин и 2 женщины.

На I этапе выполнялась радикальная цистопро- статэктомия с ТЛАЭ и формированием 2-сторонних уретерокутанеостомозов (УКС), затем после периода реабилитации осуществлялась илеоцистопластика: по методике Штудера — у 8 пациентов, Майнц-Пауч-2 — у 5, Кэйми — у 1, Жентик — у 1, Кок-Пауч — у 8. Из этих 24 больных 17 прожили  $\geq 5$  лет, 7 — погибли в течение 5 лет.

Из 24 пациентов с УКС 3 больных погибли в раннем послеоперационном периоде от полиорганной недостаточности, еще 7 — через 6–18 мес от прогрессирования онкологического заболевания, 6 пациентам в связи с наличием у них сопутствующих заболеваний илеоцистопластика не показана, 8 — находится в ожидании II этапа хирургического лечения.

**Выводы.** Наш опыт выполнения цистэктомии по жизненным показаниям у больных РМП с осложненным течением свидетельствует о необходимости более широкого использования 2-этапного метода хирургического лечения в онкоурологической практике.

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко, В.В. Калалб**

*Отделение онкоурологии Тюменского областного онкологического диспансера*

**Введение.** Цистэктомия (ЦЭ) при инвазивном РМП является «золотым» стандартом в течение последних 50 лет. У нас имеется опыт проведения 236 цистэктомий, из них 181 (76,7%) — с ортотопической пластикой, выполненная за последние 10 лет. Анализ осложнений после этих сложных вмешательств и пу-

ти их профилактики являются неотъемлемой частью работы хирургов в этой отрасли урологии. После проведения первых 148 ЦЭ получены неутешительные результаты: суммарное число осложнений составило 72 (48,6%), в 25 (16,9%) случаях пришлось выполнять реоперации по поводу различных послеоперационных осложнений, в основном, несостоятельности мочевых анастомозов с исходом в абдоминальный сепсис. Вследствие развития этих осложнений скончались 11 (7,4%) пациентов, суммарная смертность от различных осложнений составила 15 (10,1%). Эти итоги мы сочли неудовлетворительными, необходимо было разработать комплекс мероприятий, которые кардинально изменили бы ситуацию.

Первое, на что мы обратили внимание, это большее число реопераций по поводу эвентерации кишечника — 20 (13,5%) случаев. Причин для эвентерации кишечника множество, основная — интраперитонеальное расположение неоциста и связанные с ним осложнения (подтекание мочи в полость малого таза через негерметичные швы ортотопического резервуара и мочевые анастомозы, которые в свою очередь связаны с обильным слизееобразованием в неоцисте), что вызывает явления вялотекущего мочевого перитонита в малом тазу и поддерживает длительный парез кишечника. При анализе этого явления мы пришли к выводу, что, продлевая разрез выше пупочного кольца, мы значительно подвергаем опасности крепость и целостность перитонеальных швов при данном виде осложнения. Вторая причина — большое число осложнений, связанных с подтеканием мочи из ортотопического резервуара вследствие действия разных факторов. Прежде всего это дефекты швов самого резервуара и мочевых анастомозов, которые возникают опять же из-за обильного слизееобразования в неоцисте, и избежать этого чрезвычайно трудно. Для решения данных проблем нами разработана методика экстраперитонеальной цистопростатэктомии с ТЛАЭ и экстраперитонеальным расположением неоциста с мочевыми анастомозами. Подробное описание техники операции приведено в Материалах III конгресса Российского общества онкоурологов.

**Материалы и методы.** Выполнены 83 ЦЭ, из них 64 (77,4%) — с ортотопической пластикой. Осложнения возникли у 44 (53%) больных, в 18 (21,6%) наблюдениях диагностирован пиелонефрит (в 1 — наложена транскутанная нефростома), у 28 (33,7%) пациентов отмечалось в той или иной мере подтекание мочи по контрольным дренажам. Во всех случаях осложнения не носили характер фатальных изменений и поддавались консервативным и малоинвазивным способам ликвидации. За все время внедрения методики экстраперитонеальной ЦЭ с экстраперитонеальным расположением неоциста не зафиксировано ни одной реоперации, явления пареза в послеопера-

ционном периоде по времени уменьшились в среднем на 30—35%, летальных исходов не отмечено.

**Выводы.** Малоинвазивная экстраперитонеальная ЦЭ с ТЛАЭ и экстраперитонеальным расположением неоциста возможна и хорошо переносится больными. Применение данной методики безопасно и вызывает меньше осложнений, связанных с резервуаром. Онкологические результаты сопоставимы с классическими методиками. По малоинвазивности экстраперитонеальная ЦЭ может конкурировать с лапараскопической.

## **РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ ОРТОТОПИЧЕСКОГО НЕОЦИСТА У БОЛЬНЫХ С ПРОСТАТ- СБЕРЕГАЮЩЕЙ МЕТОДИКОЙ**

**В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин,  
В.В. Симоненко, В.В. Калалб**

*Отделение онкоурологии Тюменского  
областного онкологического диспансера*

**Введение.** РЦЭ при инвазивном РМП является «золотым» стандартом в оперативном лечении.

**Цель исследования** — оценка результатов применения оригинального простатсберегающего метода лечения больных молодого возраста с инвазивным РМП.

**Материалы и методы.** В течение последних 10 лет выполнено 236 РЦЭ при инвазивном РМП. В исследование включены 28 (11,9%) пациентов, у 13 из которых в анамнезе была операция по поводу поверхностного РМП, затем возникли множественные рецидивы, невосприимчивые к вспомогательной иммунотерапии ( $n=8$ ) или ХТ ( $n=5$ ). Распределение по TNM: T1G<sub>2</sub> — 2, T1G<sub>3</sub> — 11, T2G<sub>3</sub> — 15 больных. Средний возраст пациентов составил 52,6 года. Техника выполнения операции заключается в следующем. Осуществляются нижнесрединный доступ, ревизия, 2-ступенчатая ТЛАЭ со срочным гистологическим исследованием, затем происходит прошивание дорсального венозного комплекса, далее выполняется радиарный разрез до простатической ткани по «экватору» фасции, покрывающей ПЖ, после этого браншами ножниц тупо отслаивается капсула ПЖ от простатической ткани и максимально к апексу ткань ПЖ отсекается, остается «воронка» от капсулы, с которой в последующем будет осуществляться анастомоз. Затем экстраперитонеально с помощью аппарата Liga-Sure выполняется типичная цистэктомия (ЦЭ) с сохранением семявыносящего

протока. Границы резекции — проксимальная и дистальная — исследуются цитогистологически на предмет наличия резидуального рака. Затем выполняется ортотопическая пластика по видоизмененной методике Хаутмена с применением 2 петель для анастомоза с мочеточниками, неоцист анастомозирован с простатической капсулой непрерывным швом на катетере Фолея №22.

**Результаты.** Послеоперационная смертность — 0 случаев, средняя длительность операции 3,5–4 ч. Средний койко-день после операции — 29. Из ранних осложнений в 14 (50%) случаях отмечалось подтекание лимфы и слизи из полости малого таза, не потребовавшее экстренных вмешательств, у 8 (28,5%) больных диагностирован пиелонефрит. Дневное удержание мочи сохранялось в 100% случаев, у 2 пациентов в течение 2 мес зафиксировано ночное недержание мочи. При опросе, проведенном через 3 мес, все пациенты подтверждали наличие эрекции и способность совершить половой акт, у всех имела место ретроградная эякуляция, признаков местного рецидива не выявлено.

**Выводы.** РЦЭ с простатсберегающей методикой и ортотопической пластикой является хорошим выбором для молодых пациентов с инвазивным РМП. Функциональные результаты превосходны. Необходимо дальнейшее развитие и усовершенствование методики и длительное диспансерное наблюдение.

## НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ГЕМЦИТАБИНОМ И ЦИСПЛАТИНОМ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.Н. Исаева<sup>1</sup>, С.П. Селиванов<sup>1</sup>, Е.А. Калиев<sup>1</sup>, Т.А. Ковалик<sup>1</sup>, А.В. Петлин<sup>2</sup>, Т.И. Шабунина

<sup>1</sup>НМУ Лечебно-диагностический центр;

<sup>2</sup>Томский военно-медицинский институт

**Цель исследования** — изучение эффективности комбинации внутрикостного введения цисплатина и в/в — гемцитабина у больных инвазивным РМП.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 75 больных переходно-клеточным РМП в возрасте от 54 до 79 (в среднем 66) лет. Степень местной распространенности опухоли МП в группе оценивалась как T2 — у 28, T3N0M0 — у 33, T4N0M0 — у 7 больных. Регионарных (N) и отдаленных (M) метастазов не выявлено ни у одного пациента.

Всем больным выполнялась системная ХТ гемцитабином — в 1, 8 и 15-й дни в разовой дозе 800 мг/м<sup>2</sup>. Со 2-го дня вводился цисплатин: в исследуе-

мой группе ( $n=40$ ) в лобковую кость в разовой дозе 20 мг/м<sup>2</sup> с промежутками в 2 дня до СОД 100 мг/м<sup>2</sup>, в контрольной группе ( $n=33$ ) однократно в/в в разовой дозе 100 мг/м<sup>2</sup>. Всего проведено 3 курса комбинированной ХТ с интервалом 4 нед.

Эффективность ХТ оценивалась через 4 нед после последнего введения гемцитабина. Как при первичном обследовании, так и на этапах комбинированного лечения объем диагностических процедур наряду с общеклиническими анализами (общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, электрокардиография) включал цистоскопическое исследование, УЗИ и томографические методы (КТ или МРТ) с определением объема опухоли и степени инвазии стенки МП.

**Результаты.** Введение гемцитабина в обеих группах сопровождалось лейкопенией легкой степени у 11 больных, средней — у 8, тяжелой — у 5. Выраженная аллергическая реакция в виде сыпи, зудя зафиксировано у 3 пациентов, что требовало прекращения ХТ гемцитабином. Системные побочные эффекты внутрикостной ХТ цисплатином получены минимальные — у 5 (16,67%) больных имела место миелосупрессия I степени. Из 30 пациентов с в/в введением цисплатина у 12 (40%) отмечена нейтропения легкой степени, у 7 (23,3%) — средней, у 8 (26,7%) — крайне тяжелой.

В исследуемой группе полная регрессия опухоли МП достигнута у 10 (25%) больных, частичная — у 23 (57,5%); в контрольной группе — у 6 (20%) и 12 (40%) соответственно. У 5 пациентов со стабилизацией в опухолевый процесс вовлечены устья мочеточников или простатический отдел уретры. Местное/отдаленное прогрессирование опухолевого процесса наблюдалось у 3 больных в контрольной группе. В целом объективный эффект комбинированной ХТ (число полных и частичных регрессий) составил 75%.

**Выводы.** Комбинация внутрикостного введения препаратов цисплатина и в/в — гемцитабина позволяет эффективно и безопасно воздействовать на инвазивные опухоли МП.

## РЕЦИДИВИРОВАНИЕ РАКА ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Б.К. Комяков, Н.М. Аничков,  
А.И. Маковская

Урологическая клиника Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова

**Введение.** Первичные опухоли верхних мочевых путей (ВМП) относительно редки и составляют



около 3% всех онкоурологических заболеваний. Доля новообразований почечной лоханки 6–10% среди всех опухолей почки. Частота возникновения первичной карциномы почечной лоханки составляет 1,4 на 100 000 мужчин и 0,6 на 100 000 женщин в год. Первичные опухоли мочеточника встречаются реже – примерно 1–2% всех новообразований почек и ВМП. ЗН ВМП отличаются высоким уровнем распространения в МП.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинических и морфологических данных, полученных у 170 пациентов, которым было выполнено оперативное лечение по поводу рака почечной лоханки и мочеточников в урологической клинике Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова в период с 1995 по 2008 г. Весь операционный материал был подвергнут гистологическому исследованию. Определены гистологическая принадлежность, глубина инвазии и степень дифференцировки первичной опухоли. Проанализированы и сопоставлены первичные и рецидивные опухоли по глубине инвазии и степени дифференцировки. Выполнен анализ выживаемости пациентов и рецидивирования опухолевого процесса после проведенного оперативного лечения.

**Результаты.** Рецидивы опухоли в МП выявлены у 42 (24,7%) больных. Срок появления рецидива после операции колебался от 9 мес до 13 лет и в среднем составил  $19,5 \pm 4,3$  мес. Все рецидивы были удалены трансуретрально с помощью резектоскопа. Для снижения числа рецидивов и предотвращения дальнейшего распространения заболевания этим больным были проведены иммунотерапия и ХТ. Тем не менее прогрессирование опухолевого процесса и наличие сопутствующих заболеваний стали причиной летального исхода за 5-летний период у 39 (23%) больных. Распространенность опухолевого процесса была вызвана метастатическим поражением легких, крестцовых костей, печени. Осложнения за этот период развились у 7 (4,1%) пациентов. У 3 (1,8%) пациентов было обострение хронического пиелонефрита, в 1 (0,6%) случае открылись лигатурные свищи и еще у 3 (1,8%) больных после илеоцистопластики имелось ночное недержание мочи. Периодически возникающие обострения хронического пиелонефрита у 3 пациентов купировались консервативными мероприятиями. Для удаления лигатурных свищей у 1 больного выполнено их иссечение. Три пациента с недержанием мочи после илеоцистопластики в ночное время пользуются наружными мочевыми катетерами или памперсами. Важнейшими прогностическими критериями являются глубина инвазии опухоли ( $p < 0,005$ ) и степень ее дифференцировки ( $p < 0,002$ ). Различия продолжительно-

сти жизни больных в послеоперационном периоде наблюдения, связанные с другими морфологическими факторами риска, оказались статистически недостоверными ( $p > 0,05$ ). Увеличение глубины инвазии опухоли почечной лоханки и мочеточника повышает вероятность развития рецидивов РМП. Не выявлено зависимости между глубиной инвазии и степенью дифференцировки между первичными и рецидивирующими опухолями. Аджьювантная терапия повышает показатели 5-летней выживаемости ( $p < 0,005$ ), а также уменьшает вероятность рецидивирования ( $p < 0,005$ ). Развитие рецидивной опухоли МП ухудшает прогноз и уменьшает выживаемость пациентов по сравнению с больными нерезидивирующим раком почечной лоханки и мочеточника.

**Выводы.** Проведение адьювантной ХТ необходимо для предупреждения рецидивирования рака почечной лоханки и мочеточника в МП. Морфологическими показателями, достоверно связанными с рецидивированием карциномы ВМП в МП, являются классические прогностические критерии – глубина инвазии опухоли и степень дифференцировки клеток новообразования.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

**Б.К. Комяков, А.В. Сергеев, А.И. Новиков**

*Урологическая клиника Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова*

**Введение.** РЦЭ является стандартным методом лечения больных инвазивным уротелиальным РМП.

**Материалы и методы.** Изучены результаты РЦЭ, выполненных в период с 1995 по 2009 г. у 300 больных РМП. I стадия выявлена у 14 (4,6%) пациентов, II – у 178 (59,4%), III – у 59 (19,7%) и IV – у 49 (16,3%). Возраст больных колебался от 37 до 78 лет (в среднем  $63,1 \pm 1,8$  года). Мужчин было 250 (83,3%), женщин – 50 (16,7%).

Переходно-клеточный РМП диагностирован в 92,5%, плоскоклеточный рак – в 4,5% и недифференцированный – в 3% случаев. Среди больных переходно-клеточным РМП высокодифференцированная форма ( $G_1$ ) выявлена у 129 (43%), умеренно дифференцированная ( $G_2$ ) – у 134 (44,7%) и низкодифференцированная ( $G_3$ ) – у 37 (12,3%).

Методы деривации мочи после РЦЭ были следующие: уретерокутанеостомия, трансуретероуретеронефростомия, илеоцекальный конduit, операция Брикера и другие – 33 (11%) случая; уретеросигмоанастомозы (по Goodwin – Belt – Sorrentino, Mainz-Pouch II) – 40 (13,4%) и формирование ортотопического искусственного МП – 227 (75,6%).

Ор톟опическая цистопластика частью желудка выполнена у 22 (7,4%) пациентов на сосудистой ножке, у 191 (63,6%) – детубуляризированным сегментом подвздошной кишки, ортотопическая сигмоцистопластика – у 14 (4,6%). При желудочной реконструкции у 17 больных использовали общепринятую методику, предложенную в 1954 г. E.S. Sinaiko и соавт., а у 5 – собственную модификацию.

**Результаты.** Уродинамические исследования артificialного МП выполнялись в сроки через 3 и 6–12 мес после операции. Качество жизни изучалось по данным опросников, отвечающим требованиям 2 EORTC, QLQ-C30 и FACT-G.

В результате уродинамических исследований резервуаров оказалось, что при использовании подвздошной кишки функциональные результаты наиболее приближаются к физиологическим. В то же время у пациентов с МП из сегмента желудка чаще наблюдаются гиперактивность и недержание мочи.

Плохие показатели качества жизни были у 67% больных с деривацией мочи на кожу различными методами. У 63% пациентов после проведения уретеросигмоанастомоза наблюдался средний уровень качества жизни. Наилучшие показатели отмечены у пациентов с различными видами ортотопической деривации мочи. Ни один из них не соответствовал низкому уровню качества жизни, среднее качество жизни имело место у 52,8%, высокое – у 47,2% больных.

**Выводы.** Наилучшие показатели качества жизни получены у пациентов с различными видами ортотопической деривации мочи. Ни один из них не соответствовал низкому уровню. Ортотопическая деривация мочи оправдана как в медицинском, так и в социальном аспектах.

## ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ АНГИОГЕНЕЗА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**Б.К. Комяков, Л.А. Строкова**

*Урологическая клиника Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова*

**Введение.** Ультрасонография является одним из основных методов диагностики РМП.

**Материалы и методы.** Проведен анализ показателей, отражающих сосудистую архитектуру опухоли, у 50 больных РМП. С этой целью методом сонографии оценивали максимальную площадь сечения исследуемого экзофитного опухолевого фокуса, максимальную площадь сечения сосудистого дерева в ткани опухоли и плотность сосудов в нем. Полученные данные сопоставлены с результатами соно-

графического стадирования и постоперационного гистопатологического исследования.

**Результаты.** Прогрессивное увеличение размеров опухолевого фокуса отмечено по мере нарастания стадии инвазии. Так, при стадии T2a размер опухолевого фокуса составлял  $134,2 \pm 24,4$  мм<sup>2</sup>, T2b  $246,7 \pm 17,3$  мм<sup>2</sup> и T3a  $200 \pm 24,3$  мм<sup>2</sup>. При неинвазивной стадии РМП сосудистые структуры в массиве опухоли не определялись у 7 (58,3%) пациентов, при этом размер сосудистого дерева был минимальным и составлял  $10,1 \pm 4,2$  мм<sup>2</sup>. При малоинвазивных стадиях зафиксировано уменьшение числа бессосудистых опухолевых фокусов – при стадии T2a доля таких пациентов составила 35,2%. На стадии T2b и выше во всех исследуемых экзофитных опухолях выявлены сосудистые структуры различной степени выраженности.

Значительное увеличение числа сосудистых структур в ткани опухоли отмечено при сравнении в группе неинвазивного РМП с группами мышечно-инвазивного и местно-распространенного РМП. При стадии T2a размер сосудистого дерева составлял  $33,4 \pm 8,4$  мм<sup>2</sup>, T2b  $67,8 \pm 25,6$  мм<sup>2</sup>, что было достоверно выше, чем при стадии T1 ( $p < 0,05$ ). Также можно предположить, что начало мышечной инвазии сочетается со значительным ростом кровеносной сети в ткани опухоли. Значительный прирост объема экзофитного компонента опухоли наблюдался от стадии T1 к стадии T2b, что сопровождалось усилением кровоснабжения в опухоли. Площадь сечения опухолевого фокуса и размер сосудистого дерева были минимальными при степени G<sub>1</sub> и максимальными – при G<sub>3</sub>. При попарном сравнении групп больных с различными степенями G выяснилось, что различий между размерами опухолевого фокуса в группе G<sub>1</sub> и G<sub>2</sub>, а также в группе G<sub>2</sub> и G<sub>3</sub> нет ( $p > 0,05$ ). В то же время размер сосудистого дерева в опухолях со степенью злокачественности G<sub>2</sub> был достоверно больше, чем в 3Н со степенью G<sub>1</sub> ( $p < 0,005$ ). Размер сосудистого дерева в опухолях со степенью злокачественности G<sub>3</sub> был достоверно больше, чем размер сосудистого дерева в опухолях с градацией G<sub>1</sub> ( $p < 0,005$ ) и G<sub>2</sub> ( $p < 0,005$ ). Плотность сосудов в опухоли при стадии G<sub>1</sub> была минимальной и достоверно отличалась от плотности сосудистого дерева при стадиях G<sub>2</sub> ( $p < 0,005$ ) и G<sub>3</sub> ( $p < 0,005$ ). Плотность сосудистого дерева при стадии G<sub>3</sub> была наибольшей и достоверно отличалась от предыдущей стадии G<sub>2</sub> ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные данные продемонстрировали, что метод сонографии позволяет оценивать выраженность ангиогенеза при РМП. Значительная выраженность сосудистого дерева в опухолевом фокусе косвенно свидетельствует о степени злокачественности опухоли и глубине инвазии ее в стенку МП.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РАННЕЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ: 30-ДНЕВНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

С.А. Красный, О.Г. Суконко, А.И. Ролевич,  
Л.В. Мириленко, А.В. Праворов, А.А. Минич,  
И.А. Зеленкевич, А.В. Полуянчик  
РНПЦ ОИМР им. Н.Н. Александрова,  
Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Несмотря на то что РЦЭ является основным методом лечения мышечно-инвазивного РМП, травматичность этой операции и послеоперационная летальность также существенны. Высокая частота послеоперационной летальности после РЦЭ диктует необходимость поиска предикторов летальности с целью влияния на этот показатель. В данной работе в моно- и мультивариантном анализе оцене-

ны факторы прогноза 30-дневной летальности после серии РЦЭ, выполненных в нашем учреждении.

**Материалы и методы.** Из базы данных, содержащей сведения о 945 РЦЭ, выполненных в 1995–2008 гг., отобраны все операции со следующими формами отведения мочи: ортотопическая реконструкция МП ( $n=335$ ; 82%); операция Брикера ( $n=51$ ; 13%); гетеротопический резервуар ( $n=22$ ; 5%). Всего в исследование включены 408 пациентов. Мужчин было 375 (92%), женщин – 33 (8%). Возраст колебался от 30 до 87 лет (медиана 63). Из канцер-регистра Республики Беларусь отобраны сведения о всех случаях смерти среди изучаемых больных в течение первых 30 дней после операции. Анализирована ранняя смертность в зависимости от различных переменных (возраст, пол, год операции, распространенность и степень дифференцировки опухоли – G, радикальность операции, наличие или отсутствие осложнения, выполнение повторной операции или релапаротомии, индекс ко-

### Результаты моно- и мультивариантного анализа

Признак	Анализ					
	ОР	моновариантный 95% ДИ	<i>p</i>	ОР	мультивариантный 95% ДИ	<i>p</i>
Возраст $\geq 60$ лет	1,7	0,59–4,86	0,322	–	–	–
ASA 3–4 против 1–2	2,43	0,78–7,62	0,126	–	–	–
Индекс коморбидности Чарльсона $\geq 2$	2,64	1,02–6,82	0,045	1,84	0,62–5,44	0,27
ИМТ $> 25$ против $< 25$	0,97	0,37–2,49	0,942	–	–	–
Стадия III–IV против I–II	0,66	0,26–1,71	0,393	–	–	–
Стадия IV против I–II	0,35	0,08–1,53	0,161	–	–	–
Наличие метастазов	0,43	0,10–1,89	0,261	–	–	–
Нерадикальная операция	0,89	0,11–7,01	0,915	–	–	–
G <sub>3-4</sub> против G <sub>1-2</sub>	1,17	0,45–3,02	0,752	–	–	–
Операция Брикера против остальных методов	0,87	0,19–3,89	0,852	–	–	–
Гетеротопический резервуар против остальных методов	0,87	0,19–3,89	0,852	–	–	–
Ортотопический резервуар против остальных методов	1,1	0,31–3,89	0,885	–	–	–
Время операции (1 ч)	0,83	0,47–1,45	0,505	–	–	–
Релапаротомия в послеоперационном периоде	11,97	4,42–32,41	$< 0,0001$	13,63	4,51–41,24	$< 0,0001$
Опыт хирурга ( $> 100$ операций против $< 100$ )	0,83	0,32–2,16	0,708	–	–	–
Опыт хирурга ( $> 40$ операций против $< 40$ )	1,29	0,16–10,03	0,81	–	–	–

морбидности, индекс массы тела – ИМТ, функциональный статус по ASA, длительность операции и хирург-оператор). Все переменные переведены в бинарные показатели, с которыми проведены моно- и многофакторный логистический регрессионный анализы. Наиболее значимые показатели продемонстрировал многофакторный анализ. Для всех показателей вычислены ОР, 95% ДИ и статистическая значимость ( $p$ ).

**Результаты.** В послеоперационном периоде в стационаре умерли 11 (2,7%) больных, в течение 30 сут после операции в стационаре и после выписки – 18 (4,4%). Результаты моно- и мультивариантных анализов в отношении 30-дневной летальности отражены в таблице.

**Выводы.** По данным мультивариантного анализа, единственным фактором, существенно влияющим на риск возникновения послеоперационной смерти в течение первых 30 дней после выполнения РЦЭ, является осложнение, требующее проведения релапаротомии.

## **ТЕХНИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЭНТЕРОЦИСТОУРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**В.Р. Латышов, А.Н. Вусик,  
А.П. Кошель, В.В. Скиданенко**  
*Сибирский государственный  
медицинский университет, Томск*

**Введение.** РЦЭ признана «золотым» стандартом в лечении инвазивных РМП. Способом деривации мочи, позволяющим достигать лучшего качества жизни пациента после удаления МП, является отведение мочи в кишечный резервуар низкого внутрипросветного давления. Для предупреждения развития мочевого дисфункции в послеоперационном периоде большое значение имеет техника формирования анастомоза мочевого резервуара с уретрой и геометрические особенности сформированного кишечного резервуара.

**Цель исследования** – определение показаний и разработка техники формирования энтероцистоуретрального анастомоза (ЭЦУА) при U-образной форме подвздошно-кишечного неobladder с уретральной трубкой (УТ) для предупреждения развития интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на базе клиник СибГМУ в период с марта 1995 по май 2008 г. Радикальным реконструктивным операциям подвергнуты 116 больных, 66 из них выполнены различные варианты кишечной мочевого диверсии. U-образный неobladder создан у 28 пациентов, из них у 13 – по Camey II; 15 раз использован U-образный резервуар с УТ (Патент на изобретение №2237435 от 10 октября 2004 г.). Все пациенты, участвующие в исследовании, были мужского пола и перенесли оперативное вмешательство по поводу переходноклеточного РМП. Возраст больных составил 56,2 года (от 45 до 67 лет), длительность наблюдения  $34,5 \pm 18,8$  мес. Уродинамические показатели: эффективный объем мочеиспускания –  $V_{comp}$ , остаточная моча –  $V_r$  и максимальная скорость потока мочи –  $Q_{max}$ , изучены через 6, 12 и 18 мес после операции. Эффективность удержания мочи и эректильная функция оценивались через 12 мес после операции. Все больные были оперированы одним хирургом. Выживаемость пациентов определена по методу Каплана – Майера, сравнение результатов исследования основывалось на определении различия 2 независимых выборок по  $t$ -критерию. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью программы Statistica 6.0 для Windows.

**Техника операции.** Особенностью создания U-образного неobladder являлось формирование конусовидного удлинения в нижней точке резервуара – УТ для анастомозирования с уретрой. Высота образовавшегося фрагмента достигала 5–7 см, а просвет УТ свободно пропускал катетер 12–14 Fr. Анастомоз накладывали с использованием 5–6 одиночных швов лигатурами полигликолида – 3/0 путем сопоставления конца УТ резервуара с проксимальным концом уретры. Для предупреждения деформации УТ передняя стенка резервуара 2 швами фиксировалась к надкостнице лонных костей (с обязательной фиксацией резервуара к париетальной брюшине в стандартных точках). Уретральный катетер удалялся в сроки от 12 до 16 сут после операции (через 2 сут после удаления энтероцистостомического дренажа).

**Результаты.** Пятилетняя выживаемость пациентов, которым был создан неobladder с УТ, составила 86,7%. Формирование ЭЦУА по предлагаемой методике осуществляется технически проще, особенно при наличии короткой и толстой брыжейки подвздошной кишки. Натяжения тканей в области анастомоза не отмечено, также не зафиксировано случаев несостоятельности анастомоза в послеоперационном периоде. При изучении уродинамических показателей выявлено статистически достоверное увеличение емкости неobladder с УТ с  $307,5 \pm 59,8$  мл в течение 6 мес до  $415,4 \pm 24,3$  мл в те-

чение 18 мес ( $p < 0,05$ ). Максимальная скорость потока мочи в аналогичные сроки составила  $9,6 \pm 2,5$  и  $8,9 \pm 1,5$  мл/с ( $p > 0,05$ ). Удержание мочи днем отметили все пациенты. Ночное удержание мочи зафиксировано у 8 (66,7%) пациентов. Из 4 больных, которые не удерживали мочу, 3 использовали наружный мочеиспускательный канал и не стремились вставать ночью для мочеиспускания. Пациенты, удерживающие мочу, имели в среднем от 2 до 4 ночных микций. Эректильная функция сохранена у 3 больных. Остальные пациенты отсутствие эректильной функции считали естественным и не стремились к ее восстановлению.

**Выводы.** Необладдер с УТ предложен как альтернатива существующим резервуарам для создания наиболее благоприятных условий формирования ЭЦУА и предупреждения развития осложнений послеоперационного периода, приводящих к возникновению мочевого дисфункции. Формирование анастомоза целесообразно как при одно-, так и при многоэтапных реконструктивных вмешательствах независимо от размера культи уретры, когда анатомические особенности не позволяют формировать классический анастомоз. Уродинамические и клинические показатели пациентов с необладдером, имеющим УТ, не отличаются от аналогичных показателей у больных с необладдерами, сформированными с классическим ЭЦУА.

## МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – ОДИН ИЗ ИНСТРУМЕНТОВ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

**К.Б. Лелявин**

*Иркутский областной  
клинический онкологический диспансер*

**Введение.** Конец XX и начало XXI вв. ознаменовались крайне неутешительными показателями заболеваемости и смертности от ЗН МП, что особенно актуально и важно для Иркутской области с ее повышенным уровнем воздействия на население природных и антропогенных факторов окружающей среды.

**Цель исследования** – проведение ретроспективного анализа заболеваемости и смертности от РМП в Иркутской области за период с 2003 по 2008 г. (включительно) и сопоставление полученных результатов с данными по РФ.

**Материалы и методы.** Эпидемиологический анализ заболеваемости и смертности проведен по

данным официальной статистики Иркутского областного онкологического диспансера.

**Результаты.** По заболеваемости РМП Иркутская область относится к регионам со средними показателями. В 2006 г. она находилась на 32-м месте в общей структуре онкологической заболеваемости мужского населения РФ и на 10–15-м месте — женского. Среди всех онкоурологических заболеваний, возникших в Иркутской области, РМП занимает 3-е место, на его долю приходится 22,6%. За исследуемый период в области зарегистрировано 1170 новых случаев РМП, из них за последний год — 207. На конец 2008 г. на учете состояло 859 больных РМП (в 2003 г. — 644). Уровень впервые выявленного РМП увеличился в 1,16 раза. Показатель заболеваемости РМП в 2006 г. составил 8,2 на 100 тыс. населения, что на 35,4% меньше аналогичного показателя по РФ в целом (12,7 на 100 тыс. населения). В период с 2003 по 2005 г. рост заболеваемости РМП увеличился с 7 до 9,7 на 100 тыс. населения. С 2006 по 2008 г. заболеваемость РМП отличалась относительной стабильностью и колебалась в интервале от 8,2 до 9,1 на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости отмечен в 2005 г. — 9,7 на 100 тыс. населения. Среди населения Иркутской области в потенциально излечимых стадиях РМП выявляется в возрасте  $68 \pm 0,4$  года. Показатель морфологического подтверждения диагноза РМП по области составил в 2008 г. — 89,2% (в 2006 г. — 87%, по РФ — 82,3%). При профилактических медицинских осмотрах РМП зафиксирован в 2006 г. у 11,4% обследованных (по РФ — у 3,5%). В 2008 г. I–II стадии заболевания из числа вновь выявленных больных РМП были установлены у 55,1%, III — у 13%, IV — у 26,1%. В 2006 г. III–IV стадии заболевания были верифицированы у 35,7% больных РМП, что меньше среднероссийского показателя (38,2%). Выявляемость больных с неустановленной стадией заболевания РМП возросла в с 4,4 в 2003 г. до 5,8% в 2008 г. Из числа впервые выявленных в 2008 г. больных РМП в течение первого года умерли 115 человек, что в 2 раза больше, чем было зарегистрировано пациентов с IV стадией процесса. Смертность от злокачественных опухолей МП в Иркутской области за 6 лет оставалась в среднем на уровне 4,3 на 100 тыс. населения. Максимального уровня показатель смертности от РМП достигал в 2006 г. — 4,72 случая на 100 тыс. населения, а минимальная отметка была отмечена в 2007 г. — 3,9 на 100 тыс. населения. Одногодичная летальность от РМП в 2008 г. составила 24,3%, в 2003 г. — 36,5%.

**Выводы.** В многолетней динамике заболеваемости РМП в Иркутской области зафиксировано 2 периода с умеренной тенденцией к росту и период с выраженной тенденцией к росту (2004–2005). Нес-

смотря на умеренный рост заболеваемости населения Иркутской области ЗН МП и смертности от них, показатели, характеризующие состояние онкологической помощи этим больным, можно признать удовлетворительными. Рост числа пациентов с впервые установленным диагнозом РМП обусловлен как истинным увеличением заболеваемости, так и улучшением учета и диагностики. Доля больных с морфологически верифицированным диагнозом РМП на протяжении 6 лет остается неизменной (89,2%) и выше, чем в среднем по России (82,3%). Уменьшились показатели одногодичной летальности, снизился удельный вес больных с распространенными формами опухолевого процесса (III–IV стадии рака). Успех организации борьбы против РМП на современном этапе зависит от профилактики, ранней диагностики и своевременного радикального лечения больных.

## РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ

К.Б. Лелявин, Е.В. Ковалев

*Иркутский областной  
клинический онкологический диспансер*

**Введение.** Основным радикальным хирургическим методом лечения РМП, в большинстве стран мира продолжает оставаться РЦЭ, относящаяся к разряду сложных хирургических вмешательств, сопряженных как с пери-, так и с послеоперационными осложнениями.

**Цель исследования** — оценка непосредственных результатов радикального хирургического лечения больных РМП.

**Материалы и методы.** В период с января 2002 г. по август 2009 г. в отделении урологии Иркутского областного онкологического диспансера выполнено 228 РЦЭ по поводу РМП, из них со стадиями процесса T1N0M0 у 38 (16,6%), T2N0M0 — у 84 (36,8%), T3N0M0 — у 60 (26,3%), T4aN0M0 — у 24 (10,5%), T3–4aN1–2M0 — у 22 (9,8%) больных. Мужчин было 205 (90%), женщин — 23 (10%). Средний возраст пациентов составил  $68,3 \pm 0,4$  года. Переходно-клеточный РМП верифицирован у 217 (95,1%), плоскоклеточный — у 6 (2,63%), аденосквамозный — у 1 (0,43%), аденокарцинома — у 4 (1,75%) больных. Высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки определена в 124 (54,3%), 66 (28,9%) и 38 (16,6%) случаях соответственно. Опухоль ограничивалась МП (pT1–2) у 125, распространялась за его пределы — у 103 пациентов. Про-

цесс носил первичный характер у 195 (85,5%), рецидивный — у 33 (14,4%) больных. Метастатическое поражение регионарных ЛУ (pN1–3) зафиксировано у 22 (9,8%) пациентов. Больше половины больных по наличию тяжелой сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания относились к категории тяжелых. Так, у 64,2% пациентов с РМП выявлены различные заболевания, требующие медикаментозной коррекции, как до операции, так и после проведения РЦЭ. У всех больных осуществлялась профилактика тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными гепаринами под контролем анализов коагулограммы. У 36,2% пациентов отмечена постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. Только 29% больных РМП не имели тяжелой сопутствующей патологии. Показаниями к РЦЭ явились: субтотальный или тотальный РМП в стадии T2–4a; единичные новообразования, при которых невозможно выполнить типичную резекцию без значительного уменьшения емкости МП; быстро рецидивирующие после органосохраняющего лечения опухоли, в том числе мультифокальный тип рецидива; появление высокозлокачественных рецидивов с более высокой категорией T и (или) G; опухоль, расположенная в области шейки пузыря и обоих мочеточников; наличие рака *in situ* или тяжелой дисплазии в окружающей новообразование слизистой; инвазивная опухоль МП со степенью дифференцировки G<sub>3</sub>, независимо от ее размеров и локализации. У лиц соматически сохраненных при стадии процесса, не превышающей T2b, при N(-) и G<sub>1–2</sub>, РЦЭ и континентная деривация мочи выполнялись одноэтапно.

**Результаты.** Средняя продолжительность одномоментной операции Брикера составила 5,4 ч, операции Штудера — 6,7 ч. При применении других способов конструирования ортотопического МП этот показатель был равен 6,3 ч. Операционная кровопотеря зависела в основном от сложности самой цистэктомии, вид деривации мочи на количество кровопотери не влиял. Средняя кровопотеря при выполнении РЦЭ составила 1402,4 мл. Варианты деривации мочи: по Брикеру — у 51 (22,3%) больных, ортотопическая илеоцистопластика по Штудеру — у 8 (3,5%), сигмовидно-прямокишечный резервуар по Майнц-Пауч II — у 9 (3,9%), сигмоцистопластика по Редди — у 8 (3,5%), уретерокутанеостомия — у 132 (57,8%), уретеросигмостомия — у 11 (4,8%), пластика желудка по Митчеллу — у 1 (0,4%), у 8 пациентов применялись другие способы. У 5 (2,1%) больных с метастазами в регионарные ЛУ осуществлен уретеросигмоанастомоз, у 15 (6,5%) — уретерокутанеостомия. Сохранение апикальной части ПЖ и судисто-нервных пучков проведены 3 больным (до 50 лет; T2a–T2b). ЛАЭ выполнена у 212 (92,9%) па-

циентов: стандартная тазовая – у 202 (88,5%), расширенная – у 6 (2,6%), лимитированная – у 4 (1,7%). Послеоперационная летальность составила 5,7% ( $n=13$ ). Причины летальности: перитонит на фоне несостоятельности межкишечного анастомоза ( $n=2$ ; 0,8%); несостоятельность уретерорезервуароанастомоза ( $n=2$ ); разлитой фибринозно-гнойный перитонит после уретерокутанеостомии ( $n=3$ ); острая коронарная смерть ( $n=2$ ); тромбоэмболия легочной артерии ( $n=2$ ); кровотечение из сакральных вен – постгеморрагический шок ( $n=2$ ). Интраоперационные осложнения возникли у 2,1% ( $n=5$ ) больных, ранние и поздние послеоперационные осложнения – у 8,7% ( $n=20$ ) и 9,6% ( $n=22$ ) соответственно. У 9,6% ( $n=22$ ) пациентов через 7–10 мес после уретерокутанеостомии выполнены различные варианты реконструктивно-восстановительных операций с кишечной пластикой.

**Выводы.** Радикальное хирургическое вмешательство в объеме РЦЭ с ТЛАЭ технически было выполнимо у 92,9% больных с регионарными метастазами. РЦЭ у пациентов с РМП за последние годы не сопровождается ростом послеоперационных осложнений и летальности и позволяет в ряде наблюдений достичь приемлемых результатов.

## ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ

К.А. Малхасян, Р.Ш. Хасанов,  
С.В. Петров, Э.Ф. Абдрахманов,  
М.Ю. Ульянин, Р.С. Гилязов

*Приволжский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина  
РАМН; Республиканский клинический онкологический  
диспансер МЗ РТ, Казань*

**Введение.** Цитологическая диагностика РМП имеет во всем мире длинную историю. Ее основными преимуществами всегда были неинвазивность, простота выполнения и невысокая стоимость. В отношении диагностической значимости чувствительность этого метода, по данным разных авторов, всегда варьировалась и зависела не только от стадии заболевания, но и от конкретной лаборатории и специалистов. Результаты использования другими авторами цитологического исследования мочи при РМП лишь относительно применимы к данному конкретному лечебному учреждению. Также некоторые авторы отмечают снижение чувствительности и диагностической значимости цитологического исследования в последние годы, оставляя причину этого не раскрытой.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 226 случаев диагностики и лечения пациентов с поверхностным РМП (Ta, T1, Tis) в РКОД МЗ РТ за период с 2003 по 2007 г. Во всех случаях диагноз доказан гистологическим методом. Средний возраст пациентов составил 63 ( $63,11 \pm 11,23$ ) года. У всех больных на сроке от 2 нед до 2 дней до выполнения ТУР были проведены забор мочи и цитологическое исследование на наличие раковых клеток уротелия. В 120 наблюдениях забор и цитологическое исследование до операции осуществлялись 3-кратно. Во всех случаях забор материала, изготовление и окрашивание мазков выполнялись по единой стандартной методике.

**Результаты.** Чувствительность цитологического метода составила 17,7% (40/226). По годам чувствительность распределилась следующим образом: 2003 – 20%, 2004 – 13,7%, 2005 – 18,5%, 2006 – 12,3%, 2007 – 26,5%. Чувствительность цитологии при Tis составила 36,4% (8/22), Ta – 7% (7/88), T1 – 17,2% (20/116). Распределение чувствительности в зависимости от степени дифференцировки опухоли также оказалось однозначным: при G<sub>1</sub> – 8,6% (9/105), G<sub>2</sub> – 12,5% (5/40), G<sub>3</sub> – 38,18% (21/55), неопределенной степени злокачественности G<sub>x</sub> – 15,4% (4/26).

При положительном результате цитологии в 58,6% случаев гистологическое заключение содержало Tis и/или G<sub>3</sub>, а в 34,5% – опухоль относилась к группе высокого риска T1G<sub>3</sub>.

Из 120 случаев 3-кратного цитологического исследования лишь в 9 (7,5%) при отрицательном результате первого исследования последующие имели положительный эффект.

**Выводы.** Результаты данного исследования свидетельствуют об отсутствии четкой динамики изменения с годами чувствительности цитологии мочи в диагностике поверхностного РМП. Однако в целом чувствительность метода (17%) оказалась ниже уровня из литературных источников. Даже при степени дифференцировки G<sub>3</sub> чувствительность не превышает 40%, хотя по данным литературы этот показатель составляет 60–90%.

Ценность метода может быть выше, если при отсутствии в распоряжении современных и более тонких методов использовать цитологию для прогнозирования течения заболевания и коррекции тактики лечения. Более чем в половине случаев положительный результат цитологии ассоциирован с высоким риском прогрессирования или рецидивирования РМП.

Трехкратное цитологическое исследование, рекомендуемое некоторыми авторами, значимо не повышает чувствительность метода и кажется нам необоснованным.

## КОМБИНАЦИЯ ГЕМЦИТАБИНА (ЦИТОГЕМ®) И ЦИСПЛАТИНА В 1-й ЛИНИИ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ОТКРЫТОГО НЕСРАВНИТЕЛЬНОГО НЕРАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В.Б. Матвеев<sup>1</sup>, М.И. Волкова<sup>1</sup>, М.М. Константинова<sup>2</sup>, Л.В. Шаплыгин<sup>3</sup>, Г.М. Манихас<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>ГУ РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; <sup>2</sup>Московский областной онкологический диспансер; <sup>3</sup>ГВКГ им. Н.Н. Бурденко; <sup>4</sup>ГУ ГКОД, Санкт-Петербург

**Цель исследования** — оценка частоты ответов на лечение, расчет беспрогрессивной и общей выживаемости больных распространенным переходно-клеточным РМП, получавших Цитогем® и цисплатин в 1-й линии терапии, а также изучение безопасности и токсичности данной комбинации.

**Материалы и методы.** В период с февраля 2005 г. по март 2007 г. в исследование включены 25 больных неоперабельным местно-распространенным и диссеминированным морфологически верифицированным переходно-клеточным РМП. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1. Медиана возраста  $66,5 \pm 6,8$  года. Все пациенты получали ХТ в режиме Цитогем® в дозе  $1000 \text{ мг/м}^2$  в 1, 8, 15-й дни, цисплатин —  $70 \text{ мг/м}^2$  на 2-й день. Интервал между курсами — 28 дней. Допускалось проведение не более 6 циклов ХТ при отсутствии прогрессирования или неприемлемых проявлений токсичности. Медиана наблюдения  $36,2 \pm 12,1$  мес.

**Результаты.** Полный ответ зарегистрирован у 2 (8%), частичный — у 11 (44%), стабилизация — у 10 (40%), прогрессирование — у 2 (8%) из 25 больных. Двенадцати- и 24-месячная общая выживаемость составила 51,3 и 22,4%, медиана  $13,4 \pm 3,5$  (95% ДИ  $6,6-20,4$ ) мес, беспрогрессивная — 26 и 13% соответственно, медиана  $8,8 \pm 1$  (95% ДИ  $6,6-10,6$ ) мес. Побочные эффекты оценены у 24 больных. Явления токсичности зарегистрированы во всех случаях: I–II степени — 16 (67%), III–IV — 8 (33%). Основной вид токсичности — гематологическая: нейтропения — 16 (67%) — I–II степени — 8 (33%), III–IV — 8 (33%), тромбоцитопения — 14 (58%) — I–II степени — 10 (41,5%), III–IV — 4 (16,5%), анемия — 7 (29%) — I–II степени — 5 (21%), III–IV — 2 (8%). Осложнений гематологической токсичности не отмечено. Проявлениями негематологической токсичности являлись

тошнота и рвота у 21 (88%) — I–II степени — 67%, III — 21%, алоpecia — у 11 (44%) больных. Все нежелательные явления, зарегистрированные при проведении ХТ, носили обратимый характер. Ни в одном наблюдении не потребовалось проведения трансфузии элементов крови, назначения антибиотикотерапии, колониестимулирующих факторов, а также госпитализации с целью купирования явлений токсичности.

**Выводы.** Режим Цитогем® и цисплатин в 1-й линии терапии распространенного переходно-клеточного РМП продемонстрировал хорошую эффективность при умеренной токсичности и может быть рекомендован к применению в клинической практике.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЙФФЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.Л. Медведева

Урологическое отделение ОКБ №1, Кемерово

В настоящее время лечение больных рецидивным РМП продолжает оставаться весьма значимой проблемой.

**Материалы и методы.** В период с 2007 по 2008 г. в урологическом отделении ОКБ №1 наблюдались 122 человека в возрасте от 40 до 80 лет с РМП. В условиях отделения пациентам были проведены ТУР и резекция МП. Послеоперационный период включал динамическое наблюдение за больными и их лечение.

В 1-ю группу вошли 56 пациентов. Для профилактики развития рецидивов РМП использовался препарат лайфферон в дозе 5 млн МЕ для внутрипузырного введения 1 раз в неделю в течение 8 нед с последующими контрольными цистоскопиями через 3, 6, 12 мес.

Вторую группу ( $n=47$ ) составили больные, которым после оперативного лечения проводили инстилляцию МП раствором доксорубицина в дозе 50 мг 1 раз в неделю в течение 8 нед.

В контрольную группу были включены 19 человек, не получавшие химиопрепаратов или препаратов ИФН.

**Результаты.** Пациентам 1–2-й и контрольной групп проводили цистоскопии через 3, 6, 12 мес. Критериями стабилизации процесса являлись отсутствие объемных образований в МП при контрольных цистоскопиях, купирование болевого синдрома.

У 93 (76,1%) больных 1-й и 2-й группы в течение 12 мес данных о наличии рецидива опухоли МП не выявлено.

Симптомы поражения нижних мочевых путей купированы у 38 (31,4%) пациентов. В 84 (68,6%) случаях у больных сохранялись дизурические явле-



ния, что послужило показанием к использованию  $\alpha$ -блокаторов.

**Выводы.** Лайфферон может использоваться у больных для профилактики развития рецидивов опухоли МП. Применение лайфферона существенно повышает качество жизни больных с РМП.

## ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ИММУНО- И ХИМИОТЕРАПИЯ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.В. Мишугин, И.Э. Рыгин, П.А. Морозов, М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова

Городская клиническая больница №57, Москва

**Введение.** Большинство впервые выявленных опухолей МП (70–80%) относятся к поверхностным или неинвазивным. Число рецидивов после ТУР составляет 50–90%, причем в течение первого года в 10–20% наблюдений происходит увеличение степени злокачественности опухоли, диагностируется инвазивный рост. Основной причиной специфической онкологической смертности (23%) остается развитие метастатической болезни, прогрессирующей из-за нерадикальности применяемого лечения. В связи с этим воздействие на поверхностную опухоль должно заключаться не только в локальном хирургическом вмешательстве, но и в последующем обязательном проведении адьювантной терапии.

**Цель исследования** – поиск оптимального метода внутрипузырной иммунотерапии и ХТ поверхностного РМП.

**Материалы и методы.** В исследование включены 606 пациентов с гистологически верифицированным неинвазивным переходно-клеточным РМП I стадии (Ta–T1NxM0), проходивших стационарное лечение в онкоурологическом отделении ГКБ №57 в период с 1997 по 2009 г. Из них 518 (85,4%) составили мужчины и 88 (14,5%) – женщины. Медиана возраста 66,6 (17–92) года. Лечение в объеме ТУР МП получил 301 больной с благоприятным прогнозом. Дополнительная внутрипузырная терапия предложена 305 пациентам с неблагоприятным и промежуточным прогнозом. В зависимости от применяемого вида лечения все больные разделены на 3 группы.

Первая группа состояла из 62 пациентов, у которых применена ТУР в сочетании с 5 курсами внутрипузырной иммунотерапии препаратом ИФН- $\alpha$ -2b (Интрон А) с интервалом 3 нед. Длительность каждого курса – 3 дня, ежедневно проводилось 2 инстилляций на 3 ч. Разовая доза препарата составила 6, суточная – 12, курсовая – 36 млн МЕ. Общая доза Интрона А за весь период лечения – 180 млн МЕ.

Вторая группа ( $n=154$ ) после ТУР получала внутрипузырную БЦЖ-иммунотерапию препаратом имурон. Стандартная БЦЖ-терапия проводилась 56 пациентам, внутрипузырная – 98 больным по методике, разработанной на базе нашего отделения. Применяли 2 идентичных курса иммунотерапии с интервалом 3–4 нед, длительность каждого составляла 11 дней. Препарат вводился 1 раз в сутки через день. Суточная доза имуруна составляла 50, курсовая – 300, общая – 600 мг.

Пациенты 3-й группы ( $n=90$ ) получали митомицин в 1–2-е сутки и через 7 дней после операции. При неблагоприятных факторах прогноза больным давались рекомендации по амбулаторному лечению на срок 5–7 нед.

**Результаты.** В группе хирургического лечения рецидивы возникли у 192 (64%) больных. Медиана наблюдения составила 13–132 (в среднем 32,7) мес. В группе комбинированного лечения с использованием Интрона А рецидивы отмечены у 17 (27,4%) пациентов. Сроки наблюдения варьировали от 22 до 45 (в среднем 34,4) мес. Однако спустя 120 мес после лечения рецидивы выявлены у 54% больных. В группе комбинированного лечения имуруном рецидивы возникли у 32 (21%) больных, из них у 6 (4%) – инвазивные. Время до появления рецидива 7–14 (медиана 9) мес. Следует отметить, что внутрипузырная иммунотерапия по стандартной и оригинальной схемам оказалась сравнимо эффективной. При проведении иммунотерапии имуруном по новой схеме у 9 (5,8%) больных зафиксированы общие и местные побочные реакции в виде гектической лихорадки выраженной ирритативной симптоматики, что потребовало отмены лечения. После прекращения терапии перечисленные токсические симптомы самостоятельно купировались в течение нескольких дней без назначения патогенетической терапии.

В 3-й группе больных с применением митомицина у 20 (22%) пациентов выявлены поверхностные рецидивы опухоли. Сроки наблюдения составили 12–28 (21,3) мес. При адьювантном лечении митомицином практически отсутствовали побочные токсические эффекты за исключением слабых выраженных дизурических явлений, купирующихся после прекращения терапии и назначения уроантисептиков.

### Выводы

1. Внутрипузырная иммунотерапия с применением препаратов рекомбинантного ИФН- $\alpha$ -2b, на первый взгляд, показала высокую эффективность и отсутствие токсических эффектов. Однако при ретроспективном анализе, проведенном через 120 мес после лечения, число рецидивов возросло до 54%, что сравнимо с результатами только хирургического лечения. В то же время высокая стоимость препарата ставит под сомнение целесообраз-

ность его широкого использования в практическом здравоохранении.

2. Применение вакцины БЦЖ высокоэффективно для адъювантной терапии неинвазивного РМП, что подтверждается длительными сроками наблюдения. Изменение доз и режимов лечения может снизить число токсических эффектов, ограничивающих применение вакцины в практике. Доступная цена отечественной вакцины позволяет широко использовать данный препарат для лечения РМП.

3. Эффективность митомицина в профилактическом лечении неинвазивного РМП сравнима с БЦЖ-терапией, а отсутствие выраженных побочных эффектов, простота использования и наличие препарата в медицинских стандартах на много облегчают его широкое применение.

## **ЛЕЧЕБНАЯ БЦЖ-ТЕРАПИЯ ПРИ НЕИНВАЗИВНОМ МНОЖЕСТВЕННОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**С.В. Мишугин, И.Э. Рыгин, П.А. Морозов,  
М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова**

*Городская клиническая больница №57, Москва*

**Введение.** Особую проблему онкоурологии представляет лечение опухолей МП с инвазией не глубже слизистого слоя (T<sub>a</sub>, T<sub>is</sub>, T<sub>1N0M0</sub>), которые наблюдаются в 70–85% случаев. Основным методом лечения поверхностного РМП является ТУР МП. Однако радикальная ТУР иногда невыполнима при мультицентрическом росте опухолей, наличии невыявляемых участков карциномы *in situ*, а также у людей пожилого и старческого возраста с выраженной интеркуррентной патологией. Последнее заставляет искать малоинвазивные методы лечения поверхностного РМП.

С 70-х годов стала изучаться возможность проведения внутрипузырной иммунотерапии и иммунопрофилактики поверхностного РМП. Из специфических иммуномодуляторов наиболее изученным препаратом является вакцина БЦЖ, впервые примененная в клинической практике в 1976 г. Morales. Эффективность внутрипузырной БЦЖ-терапии достаточно высока как при лечебном, так и при профилактическом применении.

**Цель исследования** — определение показаний к индукционной внутрипузырной иммунотерапии БЦЖ у больных с высоким риском развития осложнений на

фоне тяжелой сопутствующей патологии и (или) мультифокальной неинвазивной карциномой МП.

**Материалы и методы.** В исследование по изучению эффективности внутрипузырного применения имуруна с целью лечения поверхностного множественного РМП включены 22 больных в возрасте от 55 до 82 лет (средний возраст — 74,6 года), 14 мужчин и 8 женщин. Сроки наблюдения составили от 15 до 32 (медиана 18,5) мес.

Обследование больных с установлением стадии опухолевого процесса проводилось в соответствии с едиными медицинскими стандартами.

У всех пациентов выявлен множественный поверхностный РМП mT<sub>1N</sub>xM<sub>0</sub>. Опухолевый процесс имел диффузный мультифокальный характер, число опухолей колебалось от 5 до 20 образований различного размера. У всех больных диагноз подтвержден морфологически, установлен переходно-клеточный рак различной степени дифференцировки.

Следует отметить, что у всех пациентов обнаружено наличие тяжелой сопутствующей патологии. У 7 больных имел место постинфарктный кардиосклероз с признаками сердечно-сосудистой недостаточности, у 3 — явления хронической обструктивной болезни легких различной степени тяжести, у 2 — СД 1-го типа в стадии декомпенсации, диабетическая полинейропатия, ожирение IV степени, 1 пациент перенес аортокоронарное шунтирование и 4 — отказались от радикального лечения.

В качестве лекарственной формы использовался препарат имурун, представляющий собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5% растворе глутамината натрия (Предприятие по производству бактерийных препаратов НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва).

Лечение проводилось как по стандартной схеме, так и по разработанной в клинике методике. Иммунотерапия имуруном включала 2 ежемесячных курса. Препарат вводился 1 раз в сутки в дозе 50 мг через день в течение 11 дней до суммарной курсовой дозы 300 мг.

Применяя вышеописанную методику внутрипузырной иммунотерапии имуруном, мы основывались на том, что иммунный ответ при проведении БЦЖ-терапии является реакцией гиперчувствительности замедленного типа (IV тип). Используются принципы иммунизации, где дробление препарата при первом курсе воспринимается как разовое введение вакцины, а уменьшенные дозы суммируются. Перерыв между курсами является временем для формирования иммунного ответа. Дробное повторное введение служит реакцией реиммунизации с формированием вторичного иммунного ответа.

**Результаты.** Оценка результатов эффективности лечения проводилась спустя 2 мес после окончания внутрипузырной иммунотерапии.

Полная регрессия опухоли достигнута у 10 (45,5%) больных: по стандартной методике – у 6, по модифицированной – у 4. У 11 (50%) пациентов отмечена частичная регрессия в виде выявления при цистоскопии 1–2 остаточных опухолей с элементами некроза. При гистологическом исследовании выявлены гистио-лейкоцитарная инфильтрация стенки МП, некротические изменения опухоли. У 1 больного БЦЖ-терапия по стандартной схеме прервана из-за развития побочных реакций в виде гектической лихорадки выраженной ирритативной симптоматики, купировавшихся после отмены лечения. Эндоскопические признаки цистита, сопровождающиеся клинически слабо выраженной симптоматикой, отмечены у 90% пациентов.

У больных с частичной регрессией выполнено значимо меньшее по времени хирургическое вмешательство в объеме ТУР МП.

**Выводы.** Внутрипузырная БЦЖ-терапия является высокоэффективным методом лечения множественного поверхностного РМП и в ряде случаев может служить альтернативой стандартному хирургическому вмешательству.

## **СИСТЕМНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ГЕМЦИТАБИНОМ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМ И ВЫСОКИМ РИСКОМ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ**

**С.В. Мишугин, И.Э. Рыгин, П.А. Морозов,  
М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова**  
*Городская клиническая больница №57, Москва*

**Введение.** В настоящее время классификация переходно-клеточного РМП по системе TNM не достаточно информативна для индивидуализации лечения конкретного больного. Отдаленные результаты терапии пациентов существенно различаются, что особенно заметно у больных с поверхностными формами РМП. Ведущую роль в рецидивировании и прогрессировании поверхностной переходно-клеточной карциномы играет совокупность неблагоприятных факторов, таких как степень дифференцировки опухолевых клеток, вовлечение регионарных ЛУ, наличие карциномы *in situ*, размер и число первичных новообразований, а также продолжительность безрецидивного периода.

В связи с этим в последние годы были предприняты попытки сформировать дополнительные прогностические факторы, которые позволили бы отли-

чать опухоли с высоким риском прогрессии и рецидивирования от менее опасных новообразований и применять дифференцированный лечебный подход к пациентам.

«Золотым» стандартом лечения поверхностной карциномы МП является ТУР. Терапия поверхностной опухоли в настоящее время складывается не только из локального хирургического воздействия на опухоль, но и из общего воздействия на всю слизистую МП.

В качестве противоопухолевых агентов стала использоваться внутрипузырная БЦЖ-терапия, предложенная Morales в 1976 г., значительно снизившая количество рецидивов поверхностной карциномы. Метод ограничивался риском развития туберкулеза и побочными эффектами, что дало повод к поиску других активных лекарственных средств, таких как цитокины, адрибластин, митомицин. Однако их эффективность порой не отличалась от эффективности существующих схем.

Сегодня все активнее внедряется методика внутрипузырного введения гемцитабина как адъювантного средства для профилактики рецидивирования после ТУР у больных со средним и высоким риском рецидивирования. Объективный ответ при этом наблюдался не более чем у 50% пациентов.

С учетом рекомендованных доз объективный ответ отмечен у больных, получавших дозу до 2000 мг одновременно с кратностью введения 1 раз в неделю в течение 6 нед. Суммарная доза равнялась 12 000 мг.

На основании неудовлетворительных результатов внутрипузырной лекарственной терапии у больных с высоким и промежуточным риском развития рецидивов, возможности мультицентрического развития опухоли, а также важного принципиального момента – возможного наличия у больных микрометастазов, выявление которых находится на данном этапе за пределами диагностических возможностей, нами решено провести системную ХТ гемцитабином в монорежиме или сочетании с цисплатином.

**Цель исследования** – определение эффективности и безопасности системной ХТ гемцитабином в монорежиме или сочетании с цисплатином по сравнению с другими внутрипузырными методами лечения при поверхностной карциноме уротелия средней и высокой степени риска рецидивирования, а также увеличение времени безрецидивного периода.

**Материалы и методы.** Первичному анализу с целью выяснения целесообразности проводимого лечения подвергнуты результаты терапии 19 больных с промежуточным и высоким риском рецидивирования, к которым относились T1G2-3, мультифокальные или часто рецидивирующие опухоли, имеющие сопутствующую карциному *in situ* уротелия, а также пациентов с рецидивными опухолями, ранее

получавших любые внутривезикулярные виды терапии. Все они были разделены на 2 группы.

В 1-й группе ( $n=8$ ) проведена индукционная системная ХТ. Критериями включения в 1-ю группу служили противопоказания к хирургическому лечению, включающие невозможность радикального удаления всех опухолей в связи с множественностью поражения, отказ больного от РЦЭ.

Во 2-й группе ( $n=11$ ) выполнена ТУР МП и назначена последующая адъювантная системная ХТ. Критериями включения во 2-ю группу стали неблагоприятные факторы прогноза, проведенные ранее внутривезикулярные методы противоопухолевого воздействия, такие как БЦЖ-терапия, внутривезикулярная иммунотерапия цитокинами, внутривезикулярная ХТ.

Выбор вида ХТ зависел от общего состояния больного и функциональных показателей печени и почек.

**Результаты.** В 1-й группе 3 (37,5%) больным проведена системная ХТ гемцитабином в сочетании с цисплатином, остальным 5 (62,5%) – в монорежиме. Пациенты получили от 2 до 5 курсов индукционной ХТ.

Из 8 пациентов у 7 (87,5%) отмечен полный эффект в виде исчезновения опухоли МП. Частичный эффект достигнут у 1 (12,5%) больного. При цистоскопии выявлена единичная остаточная опухоль. Пациентке выполнена ТУР МП. После хирургического лечения больная переведена во 2-ю группу. Медиана наблюдения составила 16,9 (4–36) мес.

Во 2-й группе 4 (36,3%) пациентам назначена системная ХТ гемцитабином в сочетании с цисплатином, остальным 7 (63,6%) – лечение в монорежиме. Семь больных получили 3 курса индукционной ХТ, 3 – 5 курсов, 1 пациенту проведен 1 курс, после прогрессирования он исключен из исследования.

Из 11 больных рецидивы отсутствовали у 10 (90,9%). Медиана срока наблюдения составила 22,3 (7–48) мес. У 1 пациента отмечено прогрессирование опухолевого процесса до мышечной инвазии, что потребовало проведения ему оперативного вмешательства в объеме РЦЭ.

**Выводы.** Использование системной ХТ в монорежиме и сочетании с цисплатином как с адъювантной, так и с индукционной целью является более эффективным методом лечения поверхностного РМП с неблагоприятными факторами прогноза по сравнению с имеющимися методами внутривезикулярного воздействия.

Однозначна экономическая целесообразность системного использования гемцитабина по сравнению с внутривезикулярным его введением.

Небольшое число пациентов и малые сроки наблюдения не позволяют в настоящее время достоверно оценить эффективность предложенных схем.

## ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.И. Овод, А.А. Мамаев

*Кафедра управления и экономики фармации Курского государственного медицинского университета*

**Введение.** В последние годы в нашей стране, так же как и во всем мире, отмечается ежегодный и неуклонный прирост больных со ЗН мочеполовых органов, среди которых опухоли МП по численности занимают ведущее место.

**Цель исследования** – маркетинговый анализ сегмента фармацевтического рынка лекарственных средств (ЛС), применяемых для лечения РМП.

**Материалы и методы.** Информационный массив ЛС сформирован на основе изучения технологий и стандартов лечения РМП, а также официальных источников информации о ЛС за период 1999–2008 гг. (Государственный реестр лекарственных средств, Энциклопедия лекарств: Регистр ЛС России, Справочник Видаль, Справочник синонимов ЛС).

В процессе подготовки информационного массива ЛС для лечения РМП предварительно были изучены существующие на настоящий момент методические рекомендации, схемы лечения этого заболевания, а также действующие стандарты медицинской помощи. Минздравсоцразвитие утвердил приказ № 748 от 01.12.2005 г. «Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием мочевого пузыря».

В ходе маркетингового анализа установлено, что общий ассортимент предложений ЛС для лечения РМП на рынке составляет 90 торговых названий (ТН), содержащих 20 действующих веществ. Общее количество предложений конкретных лекарственных препаратов (ЛП) – 265. Среди них большую долю составляют противоопухолевые средства (88,9%), и всего лишь 11,1% приходится на иммуномодулирующие препараты.

Анализ ассортимента ЛС по АТС-классификации позволил распределить 87 ТН и 261 предложения ЛП.

Весь исследуемый ассортимент представлен одной группой – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы (L-группа). Механизм действия противоопухолевых препаратов обусловлен угнетением процесса клеточного деления, а иммуномодуляторов – стимуляцией выработки антител, направленных на уничтожение опухолевых клеток.

Детальный анализ этой группы выявил, что значительную долю составляют соединения платины (L01XA) – 21,8% ТН и 24,9% ЛП, к которым от-

носят цисплатин, карбоплатин; производные фолиевой кислоты (L01BA) — 10,3% ТН и 14,9% ЛП (метотрексат); производные антрациклина (L01DB) — 18,4% ТН и 11,9% ЛП (доксорубин).

В структуре ассортимента по признаку производства преобладают зарубежные ЛС — 61,1% (162 препарата), которые поставляются из Нидерландов (12,5%), Австрии (10,2%), Чехии (6%), Италии (4,9%), Индии (3,8%) и других стран.

Доля российских ЛС составляет 38,9% (103 препарата), среди них преобладают иммуномодуляторы (ИФН, ИЛ), производные фолиевой кислоты (метотрексат).

Выявлено, что для лечения РМП применяются несколько видов лекарственных форм (твердые, мягкие, ЛС для инъекций), но доминируют инъекционные ЛС — 86%, что связано с особенностями технологии лечения ЗН.

**Выводы.** Маркетинговые исследования ассортимента ЛС показали, что на фармацевтическом рынке представлено большое число ЛС, применяемых в терапии РМП, но решение проблемы формирования рационального перечня противоопухолевых средств для лечебно-профилактических учреждений по-прежнему остается востребованным.

## **РАННЯЯ ПОВТОРНАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**А.И. Ролевич, О.Г. Суконко, С.А. Красный, А.Г. Жегалик, А.А. Мохорт, В.Ю. Василевич**  
*РНПЦР ОиМП им. Н.Н. Александрова,  
Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** В связи с риском недооценки местной распространенности опухолей МП, а также высокой частотой развития остаточной опухоли после визуальной радикальной ТУР было предложено выполнение ранней повторной ТУР для коррекции ошибок стадирования, выявления и удаления остаточной опухоли.

**Цель исследования** — оценка эффективности ранней повторной ТУР МП, выполненной в течение 4–8 нед после первичной, в выявлении остаточной опухоли у проспективной группы больных РМП без мышечной инвазии (БМИ) с высоким риском развития рецидива.

**Материалы и методы.** В исследование включены 26 больных РМП БМИ — 24 мужчины и 2 женщины. Показаниями к включению в протокол служили наличие множественных папиллярных опухолей при

первичной ТУР, большой объем опухолевой массы, подозрение на нерадикальность первичной ТУР, низкая степень дифференцировки и подозрение на инвазивный характер опухоли при отсутствии морфологического его подтверждения. Возраст больных колебался от 45 до 80 лет и в среднем составил  $66,1 \pm 11$  лет. У всех больных в результате первичной ТУР выявлен переходно-клеточный РМП БМИ G<sub>1-3</sub>. У 3 пациентов обнаружены неинвазивные опухоли (Ta), в остальных случаях, по данным первоначального гистологического исследования, имелась инвазия базальной мембраны уротелия. Всем больным в течение 4–8 нед после первичной ТУР выполнена повторная (рестадивирующая) операция, включавшая глубокую биопсию и резекцию места предыдущей ТУР с включением мышечного слоя для исключения мышечно-инвазивного рака. Кроме того, резецировались и коагулировались все видимые опухоли или подозрительные участки, локализующиеся вне рубцов после предыдущей ТУР. Случайные биопсии визуально нормальной слизистой не выполнялись.

**Результаты.** В ходе повторной ТУР у 8 (30,8%) из 26 больных в МП выявлены видимые опухоли: в 5 случаях — папиллярные и в 3 — инфильтративные солидные. Из этого числа пациентов РМП по данным гистологического исследования, в удаленном материале был верифицирован у 6 (75%) больных. В 2 случаях опухолевидные образования оказались воспалительными. Из 6 верифицированных раков в 5 случаях мышечной инвазии не обнаружено и в 1 (16,7%) — наблюдался мышечно-инвазивный рак. В 3 (50%) наблюдениях опухоли были высокодифференцированными (G<sub>1</sub>), в 1 (16,7%) — умеренно и в 2 (33,3%) — низкодифференцированными.

Из 18 больных без видимой опухоли в МП у 4 (22,2%) гистологическое исследование удаленного материала в области рубца выявило участки злокачественной опухоли. Во всех случаях это был РМП БМИ: в 2 — высоко- и в 2 — умеренно дифференцированный. Еще в 1 наблюдении из оставшихся 14 больных без видимой опухоли в МП при гистологическом исследовании диагностированы участки дисплазии переходного эпителия III степени. Всего наблюдалось 2 (7,7%) серьезных осложнения повторной ТУР. В обоих случаях это были послеоперационные кровотечения, требовавшие эндоскопической ревизии и остановки. В остальном лечение переносилось удовлетворительно, других осложнений не зарегистрировано.

**Выводы.** Повторная (рестадивирующая) ТУР позволила обнаружить остаточную опухоль в 10 (38,5%) из 26 случаев, а в 1 (3,8%) — существенно повлиять на тактику лечения в результате выявления мышечно-инвазивного рака. Для оценки роли метода в лечении РМП БМИ и анализа отдаленных результатов необходимо дальнейшее наблюдение.

## СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА

**А.И. Ролевич, О.Г. Суконко, С.А. Красный,  
А.В. Праворов, А.В. Полуянчик,  
А.Н. Волков, В.Ю. Василевич**  
*РНПЦ ОнМР им. Н.Н. Александрова,  
Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** РЦЭ с отведением мочи остается одной из наиболее травматичных операций в онкоурологии. По данным различных авторов, осложнения развиваются в 20–60% случаев. Однако сравнение между сериями цистэктомий затруднено вследствие использования различных классификаций осложнений с недостаточно четко определенными категориями. В 2002 г. Clavien и соавт. предложили 5-ступенчатую классификацию осложнений, которая была модернизирована Dindo и соавт. в 2004 г. Эта классификация получила большое распространение и стала «стандартной» при описании осложнений в хирургических исследованиях.

**Цель исследования** — оценка частоты и тяжести осложнений последовательной серии РЦЭ в соответствии с классификацией Dindo — Clavien, а также анализ факторов прогноза возникновения серьезных осложнений операции.

**Материалы и методы.** Из медицинской документации больных, подвергнутых РЦЭ с отведением мочи, в РНПЦ ОнМР им. Н.Н. Александрова в 1999–2008 гг. отобраны все случаи развития осложнений. Всего в исследование включены 408 пациентов (375 мужчин и 33 женщины), средний их возраст составил  $61,7 \pm 9,4$  года. Проведен анализ осложнений с определением их степени тяжести. Исследована частота осложнений III степени в зависимости от различных переменных с использованием монофакторного логистического регрессионного анализа. С наиболее значимыми показателями ( $p < 0,1$ ) проведен многофакторный анализ. Для всех показателей вычислены ОР, 95% ДИ и статистическая значимость ( $p$ ).

**Результаты.** Всего зарегистрировано 132 осложнения у 91 (22%) больного: у 63 (15%) — 1, у 20 (5%) — 2, у 8 (2%) —  $\geq 3$ . У 317 (78%) пациентов осложнений не отмечено. В зависимости от степени тяжести осложнения распределялись следующим образом: I степень — 26 (20%); II — 39 (30%); III — 48 (36%); IV — 5 (4%); V — 14 (10%).

В моновариантном анализе только индекс массы тела (ИМТ)  $> 25$  был статистически значимо связан с риском развития осложнений III степени и более (ОР 2,08; 95% ДИ 1,03–4,18;  $p=0,041$ ). Пограничная статистическая значимость отмечена при ортотопическом отведении мочи против остальных методов ( $p=0,060$ ), большом опыте хирурга (выполнение более 100 цистэктомий,  $p=0,072$ ) и годе операции  $\geq 2005$  ( $p=0,074$ ). В мультивариантном анализе прогностическое значение имели ИМТ  $> 25$  (ОР 2,62; 95% ДИ 1,23–5,55;  $p=0,012$ ) и опыт хирурга — проведение более 100 цистэктомий (ОР 0,48; 95% ДИ 0,24–0,99;  $p=0,048$ ).

**Выводы.** После выполнения РЦЭ с отведением мочи наблюдается развитие большого числа осложнений. В настоящей серии имеется тенденция к недоучету осложнений I–II степени по сравнению с данными литературы. В мультивариантном анализе наличие избытка массы тела у больного или ожирения увеличивает, а большой опыт хирурга — снижает риск возникновения серьезных осложнений операции.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ *IN SITU* ГИБРИДАЦИИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**А.В. Севанькаев, О.Б. Карякин,  
Г.Ф. Михайлова, С.В. Башкатов,  
Е.В. Голуб, Т.Г. Шкаврова, А.В. Троянов**  
*МРНЦ РАМН, Обнинск*

**Введение.** На современном этапе необычайно быстрыми темпами развиваются и внедряются в клиническую практику молекулярно-биологические методы исследования. Значительное место в них занимают молекулярно-цитогенетические способы анализа хромосомных нарушений на основе флуоресцентной *in situ* гибридизации (FISH) клеток. Разработан и успешно применяется в ряде зарубежных клиник (США, Германия, Италия, Испания, Япония и др.) набор молекулярно-цитогенетических зондов UroVysion («Abbot-VYSIS») для центромер хромосом 3, 7 и 17 и генного локуса 9p21 хромосомы 9 при диагностике РМП. Клинические исследования показали его высокие специфичность (96%) и чувствительность (81%). При совместном использовании UroVysion и цистоскопии (чувствительность 76%) общая чувствительность повышается до 97%. Было также продемонстрировано, что тест

UroVysion, выполненный у первичных больных, позволяет прогнозировать возможные рецидивы в зависимости от спектра хромосомных нарушений: при полиплоидии хромосом 3 и 7 вероятность развития рецидива минимальна, при нарушениях хромосом 17 и 9 она резко возрастает — до 65%. Наблюдались также случаи, когда применяемые клинико-лабораторные методики (цитология, биопсия и цистоскопия) не диагностировали наличие опухоли МП, в то время как тест UroVysion давал положительный результат. В последующем в течение 6–15 мес наблюдения молекулярно-цитогенетический диагноз подтверждался и клинико-лабораторными методами. По последним данным литературы, при постклиническом наблюдении за больными после хирургического вмешательства было установлено, что в группах пациентов с положительным FISH-анализом чаще развиваются рецидивы, чем в группах с отрицательным FISH-анализом. Так, в работе О.Н. Gofrit и соавт. при обследовании 64 больных у 21 пациента в период наблюдения (медиана 13,5 мес) развился рецидив опухоли. При этом в подгруппе с отрицательным FISH-анализом (37,5%) только у 12,5% больных в период наблюдения возник рецидив опухоли, а в подгруппе с положительным FISH-анализом (62,5%) — у 45%. Авторы также отмечают, что у 18 (86%) больных с рецидивами опухоли положительный FISH-анализ предшествовал клиническому диагнозу рецидива опухоли. В работе В. J. Yoder и соавт. также было отмечено, что часть пациентов, находящихся под наблюдением за возможным развитием рецидива РМП имели положительный FISH-анализ без подтверждения рецидива цистоскопией. У половины из этих больных рецидив опухоли развился в течение 29 мес.

**Материалы и методы.** На протяжении 2007–2008 гг. нами обследована группа из 42 первичных больных (40 мужчин и 2 женщины) с диагнозом РМП (гистологически — уротелиальный рак) при Ta и T1 стадиях заболевания. Возраст обследованных варьировал от 36 до 74 лет. Выполненный FISH-анализ у этих пациентов показал, что у 39 из них результаты оказались положительными и у 3 — отрицательными. Таким образом, у 93% обследованных с помощью FISH-метода больных изменения в уротелиальных клетках расценивались как злокачественные. В настоящее время нами продолжается постклиническое наблюдение за данными пациентами. Каждые 3 мес у них проводится цистоскопическое обследование и осуществляется забор образцов мочи на FISH-анализ. У 27 больных был выполнен FISH-анализ с одновременным проведением цистоскопического обследования при сроках наблюдения от 3 до 21 мес. У 9 пациентов при однократном проведении FISH-анализ, так же как и ци-

стоскопическое обследование, был отрицательным. У 16 больных при однократном проведении FISH-анализ был положительным, а цистоскопическое обследование — отрицательным. У 2 пациентов выявлены рецидивы. У первого больного через 6 мес наблюдения FISH-анализ и цистоскопическое обследование были положительными, у второго — через 3 мес наблюдения FISH-анализ был положительным, а цистоскопическое обследование — отрицательным. Однако на 6-м месяце наблюдения цистоскопическое обследование также показало положительный результат.

**Выводы.** Наши предварительные данные также демонстрируют потенциальную возможность применения FISH-метода для раннего выявления рецидива РМП.

## ВНУТРИПУЗЫРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРОСПИДИНОМ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.П. Селиванов<sup>1</sup>, С.Н. Исаева<sup>1</sup>, Т.А. Ковалик<sup>1</sup>,  
Т.И. Шабунина<sup>1</sup>, А.А. Кладиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НМУ Лечебно-диагностический центр, Томск;

<sup>2</sup>ФГУП НПО МИКРОГЕН МЗ РФ, Пермь

**Цель исследования** — повысить эффективность внутрипузырной ХТ проспицином у больных поверхностным РМП.

**Материалы и методы.** В исследование включены 34 больных РМП в возрасте 57–80 лет (средний возраст 71,7 года). Переходно-клеточный РМП T *in situ*–2N0M0 различной степени дифференцировки подтвержден у всех больных при морфологическом исследовании. У 8 пациентов диагноз РМП установлен впервые, у 21 — выявлен поверхностный рецидив после комбинированного лечения и у 5 — после ТУР. Все пациенты получили 1 курс неоадьювантной ХТ проспицином (производство ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Пермь). Препарат вводился внутрипузырно в разовой дозе 200 мг, разведенной в 20 мл 0,5% раствора новокаина, и удерживался в МП в течение 2 ч. Экспозиции проспицидина повторялись ежедневно до суммарной дозы 4000 мг. Контрольные исследования в динамике внутрипузырной ХТ проспицином включали общеклинические анализы каждые 3 дня. УЗИ и цистоскопическое исследование МП проводили до ХТ и через 1 мес после ее окончания.

**Результаты.** Внутрипузырное введение проспицидина сопровождалось развитием цистита легкой степени у 15 (44%) пациентов, умеренные дизурические расстройства зафиксированы у 8 (23,5%) больных.

Выраженный цистит у 5 (14,7%) пациентов стал причиной прекращения у них внутривезикулярной ХТ. У всех больных после прекращения внутривезикулярной ХТ проспирином явления цистита исчезли в течение 2–3 нед при симптоматическом лечении. Системных токсических осложнений — угнетения лейкопоза или тромбоцитопоза, угрожающих жизни больных, парестезий и чувства опьянения — не было ни в одном случае. У 5 пациентов наблюдалась лейкопения легкой степени, не требовавшая прекращения лечения проспирином.

У 3 из 5 больных РМП в стадии *T in situ* после лечения при 3-кратном исследовании смывов со стенок МП опухолевых клеток не обнаружено. Из 25 больных РМП в стадии T1 полная регрессия опухоли достигнута у 4 (16%), частичная — у 7 (28%), стабилизация процесса — у 11 (44%) и прогрессирование заболевания — у 3 (12%). В стадии T2 пролечено всего 4 больных со стабилизацией процесса. Прогрессирования заболевания не зафиксировано ни у одного пролеченного пациента. В целом объективный эффект (число полных и частичных регрессий) составил 41%.

**Выводы.** Полученный нами положительный объективный эффект, а также отсутствие выраженных системных и местных побочных реакций позволяют использовать проспирин для лечения поверхностного РМП.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОВТОРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.В. Семенов, А.А. Косулина

*Кафедра онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава; урологическое отделение ГУЗ Ивановского ООД*

**Введение.** Постоянный рост заболеваемости немышечно-инвазивным (НМИ) РМП (в среднем на 2% в год), высокий разброс показателей частоты рецидивирования в течение первого года наблюдения, резкое ухудшение качества жизни и прогноза после возникновения рецидива на фоне отсутствия четких критериев выбора тактики ведения больных, делают вопрос о поиске доступного предиктора раннего рецидива все более актуальным. Известно, что проведение через 4–6 нед после первичной лечебно-диагностической ТУР МП повторной ТУР (ТУР «второго взгляда») позволяет не только оценить радикальность первой процедуры, но и увеличить вре-

мя безрецидивной выживаемости у определенной категории больных. Кроме лечебно-диагностического эффекта данной манипуляции, нами было отмечено ее прогностическое значение.

**Цель исследования** — уточнение возможности применения анализа результатов повторной ТУР МП для прогнозирования раннего рецидива НМИ РМП.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ результатов лечения 51 пациента с верифицированным диагнозом РМП T1NxMOG<sub>1-2</sub> I стадии, находившихся под наблюдением в Ивановском ООД в 2005–2009 гг. Из них 33,3% (17/51) составляли женщины, 66,7% (34/51) — мужчины, медиана возраста 61,5 и 64 года соответственно, продолжительность наблюдения — от 2 до 32 мес. Случай признавался завершенным при возникновении рецидива в течение первого года наблюдения. Предварительно, в зависимости от объема хирургического лечения, больные были рандомизированы в группы с однократной ТУР ( $n=11$ ) и ТУР «второго взгляда» ( $n=40$ ). Группа пациентов, подвергнутых повторной ТУР, в зависимости от результата гистологического исследования, была разделена на 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли пациенты с наличием клеток переходного-клеточного рака в образце ( $n=16$ ), во 2-ю — с отсутствием раковых клеток в гистологическом материале ( $n=24$ ). Далее было проведено сравнение показателей частоты возникновения рецидива в течение первого года наблюдения у больных представленных групп. Рассчитывались точность, чувствительность и специфичность прогноза возникновения рецидива на первом году наблюдения у пациентов с положительным гистологическим результатом при повторной ТУР.

**Результаты.** Выявлено статистически значимое увеличение частоты развития рецидива на первом году наблюдения у больных при наличии клеток переходного-клеточного рака в гистологическом образце, полученном при повторной ТУР, по сравнению с пациентами с отрицательным гистологическим результатом ( $p=0,004$ ). Прогноз возникновения раннего рецидива НМИ РМП у пациентов с положительным гистологическим результатом при повторной ТУР МП достоверен с точностью 76,7%, чувствительностью — 80% и специфичностью — 73,3%.

**Выводы.** Присутствие клеток переходного-клеточного рака в гистологическом образце, полученном при повторной ТУР из зоны предыдущей резекции МП, является достоверным и доступным в повседневной практике предиктором возникновения рецидива в течение первого года наблюдения у больных НМИ РМП. В этом качестве он может служить объективным критерием выбора дальнейшей тактики ведения больного, в частности определять выбор показаний к выполнению РЦЭ.



## PLA-ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА *GP3A* – НОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

И.В. Серегин<sup>1</sup>, А.А. Серегин<sup>2</sup>, К.Ю. Кашинцев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Центральный клинический военный  
госпиталь ФСБ России; <sup>2</sup>Кафедра урологии  
и хирургической андрологии РМАПО, Москва

**Введение.** Актуальной проблемой современной урологии является разработка новых методов диагностики и лечения РМП, среди которых значимое место занимает изучение генетических нарушений при данных новообразованиях.

Молекулы клеточной адгезии играют важную роль в патогенезе злокачественных опухолей мочевого пузыря. Ген гликопротеина 3А (*GP3A*) кодирует β-3-субъединицу интегринового рецептора и содержит PLA (*Leu33Pro*)-полиморфизм.

**Цель исследования** — определение клинического значения PLA-полиморфизма гена *GP3A* при РМП.

**Материалы и методы.** В исследование включены 130 пациентов, из которых у 100 был диагностирован РМП и 30 — составили контрольную группу. PLA-генотип гена *GP3A* определялся с использованием метода ПЦР, фрагмент гена *GP3A* анализировали при помощи олигонуклеотидных пар праймеров со следующими последовательностями: ttctgattgctggacttctctt и tctctccscatggcaagagt. Достоверность различия частот PLA-генотипов проводили по методу сравнения наблюдаемых и ожидаемых значений ( $\chi^2$ ) и *t*-критерия достоверности Стьюдента.

**Результаты.** На I этапе мы установили, что аллельное распределение PLA-полиморфизма гена *GP3A* в контрольной группе не отличалось от популяционного ( $p=0,85$ ). У пациентов, страдающих РМП, аллельное распределение PLA-полиморфизма статистически значимо отличалось от популяционного ( $p=0,032$ ): генотип PLA1A1 выявлен у 52 (52%) больных РМП (95% ДИ 43,2–62,3), PLA1A2 — у 36 (36%) больных (95% ДИ 25,7–48,2), PLA2A2 — у 12 (12%) пациентов (95% ДИ 2,3–17,92). Проведен анализ аллельного распределения гена *GP3A* у пациентов с первичной опухолью и рецидивом процесса, единичными и множественными опухолевыми поражениями МП, определено наличие влияния определенного генотипа гена *GP3A* на размер опухоли и степень клеточной анаплазии. При анализе в зависимости от степени клеточной анаплазии получено статистически достоверное различие аллельного

распределения гена *GP3A* между популяционными значениями и результатами в группе пациентов с низкодифференцированными опухолями (PLA1A1 — 28%, PLA1A2 — 56%, PLA2A2 — 16%),  $p=0,043$ . Также выявлено наличие статистически достоверного различия в группах больных с единичной и множественными опухолями МП, состоявшее в более частой встречаемости генотипа PLA1A2 в группе пациентов с мультифокальным поражением ( $p=0,037$ ). При оценке ОР больные с генотипом PLA1A2 имеют в 2,4 раза (95% ДИ 2,07–2,76) выше ОР развития поверхностного РМП, чем носители генотипа PLA1A1. ОР возникновения низкодифференцированной опухоли МП у носителей генотипа PLA1A2 возрастает в 6,4 раза (95% ДИ 2,97–9,9) по сравнению с носителями генотипа PLA1A1, а относительный риск наличия мультифокального поражения МП при PLA1A2-генотипе составил 2,8 раза (95% ДИ 1,97–3,76).

**Выводы.** Проведенное нами исследование показало, что у носителей генотипа PLA1A2 гена *GP3A* относительный риск развития РМП выше, чем у лиц-носителей генотипа PLA1A1. Также определена взаимосвязь PLA1A2-генотипа с наличием как мультифокального поражения МП, так и с развитием неопластического процесса с более низкой степенью дифференцировки. Целесообразно дальнейшее изучение особенностей влияния генотипа гена *GP3A* на клиническое течение РМП.

## ОСНОВЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕИНВАЗИВНЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков,  
Р.М. Шайдуллин

Казань

**Введение.** ТУР является «золотым» стандартом хирургического лечения неинвазивного РМП. Тем не менее отмечается высокая частота развития рецидивов после выполнения ТУР: по данным литературы, в первые 2–8 нед — до 70%, через 3 мес — 80%, а в первые 5 лет — 90%. Факторами прогноза рецидивирования РМП служат степень гистопатологической дифференцировки опухоли, частота предыдущих рецидивов, число опухолей на момент установления диагноза, размер и стадия опухоли, наличие карциномы *in situ*. Актуальным в своевременной диагностике рецидивов РМП является определение сроков и объемов диспансерного наблюдения.

**Цель исследования** — разработка алгоритма диспансерного наблюдения пациентов с неинвазивным РМП, определение объема необходимых исследований при диспансеризации, а также сроков их выполнения, увеличение показателей выживаемости больных после лечения.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты эндохирургического лечения 468 больных неинвазивным РМП. Возрастной диапазон пациентов — от 23 до 85 лет, средний возраст составил  $62 \pm 2,3$  года, соотношение мужчин и женщин 4:1. Все пациенты разделены на 3 группы — низкого, высокого и умеренного риска рецидивирования. К 1-й группе отнесены больные с единичными опухолями  $TaG_1 < 3$  см в диаметре. Во 2-ю вошли больные с новообразованиями  $T1G_3$ , множественными или часто рецидивирующими опухолями,  $Tis$ . Третью группу составили больные с поверхностными опухолями  $Ta-1, G_{1-2}$ , множественными новообразованиями  $> 3$  см в диаметре.

**Результаты и обсуждение.** Частота развития рецидивов у пациентов, которым в качестве самостоятельного вида лечения была выполнена стандартная ТУР, составила 31,5%. У больных, которым ТУР проведена в сочетании с адъювантной ХТ, рецидивы зафиксированы в 22,7% случаев. В отдельной группе пациентов, которым ТУР была выполнена под фотодинамическим контролем, рецидивов не отмечено.

На основании прогностических факторов и анализа полученных данных по частоте рецидивов разработан план диспансерного наблюдения. Пациентам группы низкого риска рекомендовано цитологическое исследование мочи (ЦИМ), проведение теста ВТА (bladder tumor antigen), УЗИ и цистоскопии через 3, 6, 9 мес после ТУР, а далее ежегодно в течение 5 лет; в последующем ЦИМ, ВТА и УЗИ 1 раз в год пожизненно. В группе высокого риска — проведение ЦИМ, ВТА, УЗИ и цистоскопии каждые 3 мес в течение 2 лет, каждые 4 мес в течение 3-го года и каждые 6 мес на протяжении 4-го и 5-го года после ТУР; в дальнейшем ЦИМ, ВТА и УЗИ 1 раз в 6 мес пожизненно. Для пациентов группы умеренного риска — ЦИМ, ВТА, УЗИ и цистоскопия каждые 3 мес в течение 2 лет, каждые 6 мес на протяжении 3–5-го года после ТУР, далее ЦИМ, ВТА и УЗИ 1 раз в год пожизненно. Для больных, которым в качестве лечения проводится ТУР под фотодинамическим контролем, должен быть разработан свой алгоритм диспансерного наблюдения.

При оценке ВТА-теста чувствительность метода составила 72%.

**Выводы.** Тактика диспансерного наблюдения зависит от изначального уровня риска развития рецидива поверхностного РМП. Объем диспансерного

наблюдения и сроки его выполнения играют важную роль в ранней диагностике рецидивов РМП. Высокая чувствительность ВТА-теста позволяет рекомендовать его в качестве неинвазивного метода диагностики РМП.

## ЗНАЧЕНИЕ СОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Л.А. Строкова  
Санкт-Петербург

**Введение.** Оценка глубины инвазии в стенку МП методами лучевой диагностики связана с возможностью визуализировать ее структурные составляющие.

**Материалы и методы.** Проведен эксперимент, в процессе которого изучены данные исследования стенки трупного МП *in vitro* ( $n=12$ ) с использованием методик МРТ, УЗИ *in vitro* и последующей ее морфологической морфометрией.

**Результаты.** Полученные результаты сопоставлены с данными сонографической морфометрии мочепузырной стенки *in vivo* у 35 здоровых пациентов. При анализе полученных МР-изображений установлено, что стенка МП при стандартных параметрах, таких как  $T1$ - и  $T2$ -взвешенное изображение, имеет трехслойное строение, которое наиболее четко выражено в нижнем и среднем сегментах МП. Результаты сонографического исследования фрагмента трупного МП *in vitro* также продемонстрировали наличие трехслойной структуры. Два слоя — внутренний и наружный — имели высокую эхоплотность, расположенный между ними срединный слой — низкую. По сравнению со срединным и наружным слоями в толщине стенки, так же как и по данным МРТ, преобладал внутренний гиперэхогенный слой. Микроскопическая морфометрия стенки трупного МП показала, что слои детрузора представлены мышечными пучками, ориентированными в пределах слоя по-разному, но чаще с преобладанием продольной ориентации во внутреннем и наружном слоях и циркулярной — в среднем. Срединный слой характеризовался рыхлым, а внутренний и наружный — более плотным распределением мышечных волокон. Слизистый и подслизистый слои стенки МП были представлены плотной гомогенной тканью. При оценке структуры стенки МП следовало, что суммарная толщина слизистого, подслизистого и внутреннего мышечного слоев составляла до 48% общей толщины стенки. Срединный слой детрузора составлял

около 24%, а наружный — около 28% общей толщины стенки. Соотношение описанных слоев совпало с данными МРТ и УЗИ. При проведении ТРУЗИ у здоровых пациентов стенка МП также представлялась трехслойной с дифференцировкой слоев — наружный и внутренний слой высокой эхогенности и средний, находящийся между ними, гипоехогенный. Наиболее тонким являлся средний гипоехогенный слой, а наибольшим по толщине — внутренний гиперэхогенный, достигавший 46% общей толщины стенки. На основании полученных данных был сделан вывод о том, что при сонографическом исследовании дифференцируются 3 различных по эхоплотности слоя в стенке МП. При этом внутренний гиперэхогенный слой образован слизисто-подслизистым и внутренним слоями мышечной оболочки. Срединный гипоехогенный слой, относительно тонкий, образован циркулярными волокнами мышечной оболочки, рыхло расположенными в гидрофильном стромальном компоненте. Наружный гиперэхогенный слой состоит из продольных плотных мышечных волокон. На основании полученных данных были разработаны эхографические критерии оценки инвазии РМП в стенку МП.

С целью оценки информативности предложенных УЗ-критериев глубины инвазии проведено экспертное УЗИ 88 больным РМП. Установленная по результатам УЗИ на дооперационном этапе стадия РМП была сопоставлена с данными гистологического исследования операционного материала.

Совпадение дооперационной степени инвазии, выявленной при экспертной сонографии, отмечено у 47 (53,4%) больных. Наибольшие сложности возникли в процессе определения стадий T1–T2a, которые были правильно установлены лишь в 14 (36,8%) случаях. Это объясняется отсутствием объективных сонографических критериев в выявлении этих стадий, поскольку внутренний гиперэхогенный слой стенки МП имеет гомогенную структуру, но при этом представлен слизисто-подслизистым (T1) и внутренним (T2a) слоями детрузора. Стадия T2b была правильно верифицирована у 12 (60%) больных. Это связано с возможностью дифференцировать в толще стенке МП срединный слой детрузора, поражение которого служит признаком глубокой мышечной инвазии. Дооперационное установление стадии T3b показало лучшие результаты — 81,8%. Чувствительность УЗ-метода с применением предложенных эхографических параметров составляла 66,2 %.

**Выводы.** Использование сонографических параметров с применением оценки степени инвазии опухоли в стенке МП повышает точность дооперационного стадирования рака МП методом УЗ-диагностики.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАННЕЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ: 90-ДНЕВНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

О.Г. Суконко, С.А. Красный, А.И. Ролевич,  
Л.В. Мириленко, А.С. Мавричев,  
А.Н. Волков, В.Ю. Василевич, А.А. Минич  
*РНПЦ ОиМР им. Н.Н. Александрова, Минск,  
Республика Беларусь*

**Введение.** Наиболее высокая летальность на протяжении всей жизни пациента после выполнения ему РЦЭ с отведением мочи наблюдается в течение первых 3 мес после операции. Оценка причин возникновения послеоперационной летальности после выписки из стационара может быть затруднена вследствие недостаточной развитости системы первичной медицинской помощи и гипердиагностики раково-специфической смертности. Таким образом, для определения причин возникновения ранней послеоперационной смертности, а также для поиска стратегий по ее снижению целесообразным является изучение прогностических факторов этого явления.

**Цель исследования** — оценка факторов прогноза 90-дневной летальности после серии РЦЭ, выполненных в РНПЦ ОиМР им. Н.Н. Александрова.

**Материалы и методы.** В исследование включены 408 пациентов, подвергшихся РЦЭ с операцией Брикера или созданием оротопического или гетеротопического резервуаров в РНПЦ ОиМР в период с 1999 по 2008 г. Мужчин было 375 (92%), женщин — 33 (8%). Возраст колебался от 30 до 87 лет (медиана 63). Из канцер-регистра Республики Беларусь отобраны сведения о всех случаях смерти среди изучаемых больных в течение первых 90 дней после операции. Проведен монофакторный логистический регрессионный анализ с переменными, характеризующими состояние пациента (индекс коморбидности, индекс массы тела — ИМТ, функциональный статус по ASA), опухоль (стадия, степень дифференцировки — G), операцию (отведение мочи, хирург-оператор, время операции) и послеоперационный период (осложнения). С наиболее значимыми показателями проведен многофакторный анализ. Для всех показателей вычислены ОР, 95% ДИ и статистическая значимость (*p*).

**Результаты.** В течение 90 дней после операции умерли 45 (11%) больных. Результаты моно- и многофакторного анализов в отношении 90-дневной летальности отражены в таблице.

## Результаты моно- и многофакторного анализов

Признак	Анализ					
	ОР	моновариантный 95% ДИ	p	ОР	мультивариантный 95% ДИ	p
Возраст ≥60 лет	1,88	0,94–3,75	0,0753	1,66	0,76–3,6	0,202
ASA 3–4 против 1–2	2,01	1–4,07	0,0508	1,85	0,86–3,97	0,114
Индекс коморбидности Чарльсона ≥2	2,46	1,31–4,62	0,0052	1,58	0,77–3,22	0,211
ИМТ > 25 против < 25	0,57	0,3–1,09	0,0874	0,46	0,22–0,95	0,034
Стадия III–IV против I–II	1,4	0,73–2,69	0,3138	–	–	–
Стадия IV против I–II	1,05	1,05–2,11	0,8971	–	–	–
Наличие метастазов	1,16	0,56–2,39	0,6962	–	–	–
Нерадикальная операция	0,32	0,04–2,42	0,2702	–	–	–
G3–4 против G1–2	1,07	0,57–1,99	0,841	–	–	–
Операция Брикера против остальных методов	0,86	0,32–2,29	0,7606	–	–	–
Гетеротопический резервуар против остальных методов	0,37	0,05–2,81	0,3359	–	–	–
Ортогипический резервуар против остальных методов	1,48	0,6–3,63	0,396	–	–	–
Время операции (1 ч)	0,96	0,68–1,37	0,8398	–	–	–
Релапаротомия в послеопера- ционном периоде	3,28	1,72–6,24	0,0003	4,07	1,96–8,43	0,0002
Опыт хирурга (> 100 операций против < 100)	0,67	0,36–1,26	0,2146	–	–	–
Опыт хирурга (> 40 операций против < 40)	0,74	0,24–2,24	0,5919	–	–	–

**Выводы.** В мультивариантном анализе независимыми факторами прогноза смерти в течение первых 90 дней после выполнения РЦЭ являлись наличие послеоперационного осложнения и ИМТ > 25. Учитывая отсутствие статистически значимой зависимости летальности от обычных онкологических факторов, возникновение ранней послеоперационной смертности преимущественно обусловлено осложнениями операции.

## СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**А.Г. Тагирова, Н.Г. Гасанов, Г.Д. Гасанов**  
*Республиканский онкологический диспансер,  
Махачкала, Республика Дагестан*

**Введение.** В настоящее время достаточно хорошо изучены вопросы диагностики и лечения РМП. Однако высокой остается запущенность заболевания, что не позволяет существенно снизить смертность и улучшить качество жизни больных во всех регионах РФ, в том числе и в Южном федеральном округе (ЮФО). В связи с этим актуальными являются анализ региональных особенностей распростра-

нения РМП и оказание онкологической помощи при данном заболевании.

**Цель исследования** — изучение состояния и качества оказываемой онкологической помощи населению Республики Дагестан (РД).

**Материалы и методы.** Проведена оценка показателей заболеваемости и смертности от РМП в РД и состояния онкологической помощи в период с 1999 по 2008 г. Дополнительно в работе использованы статистические данные из монографии В.И. Чисова и соавт.

**Результаты.** В период с 1999 по 2008 г. в Республиканском онкодиспансере Дагестана первично на учет поставлены 33 236 пациентов со ЗН. Из них было 919 (2,76%) больных РМП. Показатель заболеваемости колебался в пределах 3,5–4,7 и в среднем составил  $3,8 \pm 0,35$ . При ранжировании по пятилетиям отмечается снижение процента заболеваемости с 4 (1999–2003) до 3,6 (2004–2008), тогда как в России и регионах ЮФО зафиксирован неуклонный рост данного показателя. Число заболевших пациентов сельской местности составило 524 (57,02%), городских жителей — 395 (42,98%). Средний многолетний уровень заболеваемости городского населения соответствует 4,2 на 100 тыс. населения, а сельского — 3,6. За последние годы как среди городского, так и среди сельского населения зафиксировано снижение заболеваемости РМП. Особый интерес представляет рассмотрение динамики заболеваемости по возрастно-половому признаку. Распределение больных с впервые установленным диагнозом РМП по полу свидетельствует о том, что за все годы наблюдений число мужчин в структуре заболеваемости было больше, чем число женщин. При этом у мужчин РМП выявлен в 759 (82,6%) случаях, а у женщин — в 160 (17,4%), соотношение по РД составляет 4,7:1 (по России 3,8:1, ЮФО 4,45:1). Динамика этого показателя сохраняется неизменной начиная с 1999 г.

При изучении возрастных особенностей больных установлено, что риск развития РМП прямо пропорционален возрасту. Так, РМП в возрасте до 30 лет выявлен в 0,9% случаях, с 30 до 60 — в 28,2%, а свыше 60 — в 70,95%. Пик заболеваемости как мужчин, так и женщин приходится на возраст 70–74 года (в РФ 65–69 лет). Во всех возрастных группах преобладала доля пациентов мужского пола. Таким образом, заболеваемость РМП в РД характеризовалась сокращением числа больных с впервые установленным диагнозом, преобладанием мужчин, преимущественным выявлением опухоли у лиц старше 60 лет. Смертность от РМП не имеет тенденции к росту: средний многолетний показатель по РД составил  $1,98 \pm 0,024$ , что почти в 2,5 раза ниже такового по РФ. Важным критерием

оценки состояния онкологической помощи является частота морфологического подтверждения диагноза. Верификация диагноза РМП у вновь выявленных больных составляет  $77,5 \pm 2,6\%$ , у пациентов, обратившихся в РОД впервые, — 100%. Это связано с применением трансуретрального резектоскопа для диагностики патологии МП. Доля больных, выявленных при профилактических осмотрах, катастрофически низка. Опухоль на профилактических осмотрах не обнаружена в 1999, 2003, 2004 и 2005 гг. Наиболее высокий показатель зафиксирован в 2008 г. — 4,2%. Данные анализа, безусловно, должны стать отправной точкой организационной работы по повышению онкограмотности врачей общего профиля и онконастороженности населения. Распределение вновь выявленных больных по клиническим стадиям заболевания свидетельствует о росте числа пациентов с I и II стадиями. Доля больных с I и II стадией РМП в 1999–2003 гг. составила 35,5%, а в 2004–2008 гг. — 49,8%, однако количество пациентов с IV стадией из года в год не изменяется и соответствует  $14,5 \pm 2,1\%$ . Одногодичная летальность в последние годы остается в пределах  $32 \pm 4,2\%$ . Увеличение числа больных с I и II стадией обусловлено проведением им органосохраняющих операций — ТУР, резекции МП с лимфодиссекцией. При опухолях III стадии начали широко применять РЦЭ с различными вариантами реконструкции.

Все эти положительные моменты позволили увеличить количество живущих  $\geq 5$  лет пациентов. В 1999 г. на учете находился 251 больной, в 2008 г. — 427. Индекс накопления возрос с 3 до 3,8.

**Выводы.** Состояние онкологической помощи в РД при РМП характеризуется положительной динамикой: снизилась заболеваемость, стабилизировались показатели смертности, увеличился контингент больных с I и II стадией, повысился рост выживаемости. Тем не менее эти показатели ниже таковых в среднем по РФ. Низкая выявляемость при профилактических осмотрах и наличие относительно высоких показателей запущенных форм РМП свидетельствуют о необходимости применения системного подхода к учету факторов риска и организации своевременного выявления данной патологии.

## ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПРИМЕНЕНИ- ЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

М.Ю. Ульянин, Р.Ш. Хасанов, Р.Х. Галеев,  
Э.Ф. Абдрахманов, Р.С. Гилязов,  
А.А. Зарипов, Р.Г. Исламов, В.Н. Моисеев,  
А.Э. Бариев, К.А. Малхасян

*Клинический онкологический диспансер  
МЗ Республики Татарстан*

**Введение.** В настоящее время хирургические методы являются ведущими в лечении РМП. Обычно они дополняются иммунотерапией и ХТ или, реже, ЛТ.

При поверхностном РМП в стадиях Ta, Tis, T1 TUR стенки МП вместе с опухолью является «золотым» стандартом, так как обеспечивает подтверждение диагноза, адекватность резекции и возможность проведения минимального по объему вмешательства. Однако, по данным различных исследователей, у 31–64% пациентов после TUR возникают рецидивы в течение первых 3 мес динамического наблюдения, в 70% случаев поверхностный рак рецидивирует на протяжении 5 лет, достигая 90% в течение 15 лет. Одной из основных причин развития рецидивов РМП является наличие мультифокальных мелких папиллярных, а также плоских эндотелиальных опухолей (карциномы *in situ*), не выявленных, а потому и не удаленных во время TUR. Одним из подходов визуализации опухолей МП является использование флуоресцентного метода, разработанного Кригмайром и соавт. в 1996 г.

**Цель исследования** – апробация метода флуоресцентной диагностики для улучшения визуализации опухолей МП и улучшение результатов хирургического лечения больных поверхностным РМ.

**Материалы и методы.** За 2 ч до начала исследования в МП по уретральному катетеру вводили раствор 5-аминоливулиновой кислоты (5-АЛК) в дозе 1,5 г разведенного в 50 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия. Раствор готовили непосредственно перед применением. Пациенты удерживали раствор в течение 2 ч. При этом больным рекомендовали свободно двигаться, так как это содействует равномерному смачиванию стенки МП с инстилляционным раствором и перемешиванием с поступающей мочой.

Во время операции использовали стандартное оборудование для фотодинамической диагностики опухолей МП.

В оригинальной методике, предложенной Кригмайром и соавт. (1996), описывается побочное действие света во время осмотра МП, так называемый эффект фотообесцвечивания (снижение флуоресценции вещества под влиянием света).

В своих исследованиях мы руководствовались следующим алгоритмом диагностики и лечения для минимизации эффекта фотообесцвечивания.

1. Операцию начинали с выполнения обзорной цистоскопии в белом свете по стандартной методике, при этом применяли минимальное освещение органа.

2. В полости МП для обеспечения оптимальной видимости использовали резектоскоп типа Iglesias с промывной системой с постоянной ирригацией и вакуумной аспирацией промывной жидкости. Остановки кровотечения добивались посредством электрокоагуляции кровоточащих участков опухоли.

3. После визуализации видимых в белом свете опухолей переходили на флуоресцентную диагностику. Вокруг флуоресцирующих участков, подозрительных в отношении опухолевого поражения слизистой, с помощью петли резектоскопа проводили обозначение границ резекции. Моментальную резекцию подозрительных участков в некоторых случаях откладывали, поскольку таких участков могло быть несколько и за время резекции одного из них произошел бы эффект фотообесцвечивания, в связи с чем дальнейшая флуоресцентная диагностика стала бы неинформативной. Такой алгоритм позволял в дальнейшем в «комфортных» условиях проводить TUR без опасения появления эффекта фотообесцвечивания. Остальные приемы флуоресцентной диагностики РМП и TUR МП осуществлялись по общепринятым методикам.

В исследование были включены 162 больных поверхностным РМП со следующими диагнозами по стадиям TNM: TaG<sub>1</sub> – 39, TaG<sub>2</sub> – 17, TaG<sub>3</sub> – 7, T1G<sub>1</sub> – 49, T1G<sub>2</sub> – 27, T1G<sub>3</sub> – 12 и Tis – 11. Число солитарных опухолей составило 93, множественных – 69. TUR проведена впервые 104 пациентам, 58 – выполнены операции по поводу рецидивов РМП. Среди больных было 145 мужчин и 17 женщин, средний возраст – 63 года.

При применении 5-АЛК ни в одном случае не было выявлено системных или местных побочных эффектов.

При флуоресцентном контроле во время исследования у всех 162 (100%) больных отмечали флуоресценцию экзофитных опухолей, при гистологическом исследовании установлен диагноз: переходноклеточный РМП.

С помощью флуоресцентной диагностики у 44 (27%) пациентов выявлена флуоресценция участков слизистой, которые были неизменными в белом свете. При гистологическом исследовании биоптата этих участков у 28 (18%) больных диагностирована

карцинома *in situ*, у 8 (5%) — тяжелая дисплазия, еще у 8 (5%) — хроническое воспаление.

При проведении флуоресцентной диагностики с мультифокальным поражением у 39 (24%) пациентов выявлены резидуальные опухоли. В группе с единичными образованиями они были обнаружены лишь у 5 (3%) больных.

#### Выводы

1. Использование флуоресцентной цистоскопии для диагностики РМП показало, что в 27% случаях обнаружены резидуальные опухоли, которые позже при повторном обследовании больных могли быть расценены как рецидив, хотя по сути являлись продолженным ростом опухолей, не видимых при осмотре в белом свете.

2. Флуоресцентная цистоскопия повышает эффективность диагностики РМП и обеспечивает визуализацию мелких папиллярных опухолей и рака *in situ*, что обуславливает радикализм оперативного лечения, особенно у больных с множественными опухолями.

3. Применение флуоресцентной цистоскопии с использованием 5-АЛК позволяет повышать радикализм резекции.

## ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ

И.В. Чернышев, А.А. Зимичев

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Росздрава; ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва

**Введение.** Прогнозирование отдаленных результатов органосохраняющего лечения рака может позволить разработать комплекс мер по третичной профилактике заболевания с целью уменьшения вероятности развития рецидива и улучшения результатов лечения РМП. Для этого создана математическая модель прогноза, учитывающая влияние клинических, морфологических факторов и объема проведенного лечения.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной задачи использована выборка, состоящая из данных 1248 больных. В качестве входящих (независимых) переменных  $x$  применялись клиничко-морфологические информативные признаки: своевременность начала лечения, размер опухоли, ее локализация, характер роста РМП, число опухолей, функциональное состояние почек, степень распространенности рака, объем проведенного лечения и его сроки, объем оперативного пособия, чувствительность РМП

к проводимой системной поли-ХТ (ПХТ), гистологическая структура опухоли и ее гистопатологическая градация, инвазия рака в стенку МП и лимфатические и венозные сосуды, пол и возраст пациента, рецидивный характер опухоли, наличие сопутствующих обструктивных заболеваний мочевого пузыря — всего 19 входящих переменных. В качестве выходящей (зависимой) переменной  $y$  принят уровень состояния здоровья пациента. Каждому из входящих и выходящей переменных было присвоено то или иное дискретное числовое значение натурального ряда в соответствии со степенью проявления переменной для каждого пациента. Выходящая переменная — исход заболевания — принимала числовые значения натурального ряда от 1 до 3.

На I этапе исследования были вычислены частные коэффициенты корреляции для всех информационных признаков  $x$  и выходящей переменной  $y$ , характеризующие степень взаимосвязи между величинами  $y$ ,  $x$ . Наименее информативными признаками ( $R_{xy} < 0,09$ ) оказались пол пациента и объем проведенного оперативного вмешательства. Данные факторы были удалены из исследования. На следующем этапе был рассмотрен вопрос мультиколлинеарности — существование линейной связи между объясняющими переменными. В результате такие информативные признаки, как размер опухоли и характер ее роста, функциональное состояние почек, инвазия в венозные и лимфатические сосуды, время, прошедшее с момента заболевания до начала лечения, достоверно коррелируют с глубиной инвазии РМП. Рецидивный характер опухоли ассоциируется с гистопатологической градацией. Количество опухолей достоверно связано с локализацией. Характер пред- и постоперационного лечения зависит от объема проведенной терапии. Достоверная корреляция отмечена между возрастом пациента и наличием инфравезикальной обструкции. В связи с этим признаки, связанные между собой и оказывающие минимальное влияние на зависимую переменную  $y$ , из исследования исключены, всего их было использовано 7 ( $m=7$ ). При исследовании влияния информативных факторов на прогноз развития РМП использовано уравнение множественной линейной регрессии. Для решения уравнения по имеющимся данным ( $n=1248$ ,  $m=7$ ) найдены значения коэффициентов множественной линейной регрессии методом наименьших квадратов. Получены следующие коэффициенты соотношения ( $a$ ): свободный член ( $a_0$ ) = -1,35, глубина инвазии опухоли в стенку МП ( $a_1$ ) = 0,26, гистологический тип РМП ( $a_2$ ) = 0,13, гистопатологическая градация РМП ( $a_3$ ) = 0,22, чувствительность опухоли к ПХТ ( $a_4$ ) = 0,47, объем проведенного лечения ( $a_5$ ) = 0,37, заболевания мочевого пузыря, приводящие к возникновению инфравезикальной обструкции ( $a_6$ ) = 0,15, локализация

опухоли ( $a_7$ ) = 0,06. Для определения прогноза отдаленных результатов органосохраняющего лечения РМП с учетом значений  $a$ , достаточно подставить в уравнение значения  $x$  для конкретного пациента. Для выявления характеристики связи между зависимой величиной и несколькими независимыми вычислен коэффициент множественной корреляции — ( $F_{\text{набл}} = 156,1$ ;  $F_{\text{крит}} = 2$ ), что указывает на высокую тесноту связи между величинами и может служить косвенным оправданием выбора функции в виде уравнения множественной линейной регрессии.

**Выводы.** Корреляционно-регрессионный анализ выявил комплекс наиболее весомых независимых факторов, положенных в основу разработанной математической модели и компьютерной программы для оценки прогноза жизни больных РМП после органосохраняющего лечения. Разработанная компьютерная программа может быть использована для проспективного прогнозирования в клинической практике для каждого отдельного пациента и выбора необходимого объема лечения виртуально.

## **ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ**

**И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов,  
А.А. Жернов, О.В. Осипов**

*ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва*

В структуре онкологических заболеваний РМП занимает общее 13-е (2,7%) место, среди мужского населения — 8-е (4,6%), женского — 18-е (1,1%). В 2006 г. выявлено 12 721 больных РМП, «грубый» показатель заболеваемости вырос с 7,17 до 8,93 на 100 000 населения, общий прирост заболеваемости за последние 10 лет — 22,57%. Смертность в 2006 г. составила 7126 человек, общий стандартизованный показатель смертности — 2,83, у мужчин — 6,7, а у женщин — 0,78 на 100 000 населения. Средний возраст больных в 2006 г. — 66,5 года.

В России на долю немышечно-инвазивного (T<sub>a</sub>, T<sub>1</sub>) рака приходится около 30–40% всех выявляемых опухолей МП. Стандартом лечения данной категории больных служит радикальное удаление папиллярных опухолей посредством выполнения ТУР МП с частью подлежащей мышцы. Диагностика T<sub>is</sub> осуществляется при помощи полифокальной биопсии. В дальнейшем показано назначение адьювант-

ной терапии, что обусловлено существованием значительного риска развития рецидива и/или прогрессии опухолей после ТУР. После ТУР всем пациентам проводится инстилляция химиопрепарата в МП в течение первых 6 ч. Дальнейшая внутривезикулярная адьювантная терапия зависит от риска возникновения рецидива и/или прогрессии болезни. Существуют факторы прогноза, позволяющие предположить развитие заболевания. Их можно разделить на клинические (размер опухоли, вовлечение ЛУ, наличие/отсутствие гидронефроза, радикальность первичной ТУР, длительность анамнеза, характер роста), гистологические (стадирование, наличие/отсутствие метаплазии, глубина инвазии, карцинома *in situ*, опухолевые тромбы, степень дифференцировки опухолевых клеток) и биологические (уровень экспрессии биологических маркеров, ploидность, наличие цитогенетических нарушений, экспрессия онкогенов или генов опухолевой супрессии). Все это можно оценить по балльной системе EORTC и таблице рисков. У пациентов с множественными опухолями, новообразованиями размером > 3 см и часто рецидивирующими (> 1 раза в год) опухолями частота возникновения рецидива очень высока, а у больных с опухолями T<sub>1</sub>-стадии высокой степени злокачественности и опухолями T<sub>is</sub> высок риск прогрессирования заболевания. Проведение внутривезикулярной ХТ снижает риск развития рецидива, но не возможность прогрессирования рака. Она сопровождается незначительными побочными эффектами. Внутривезикулярная иммунотерапия вакциной БЦЖ превосходит внутривезикулярную ХТ по противорецидивному эффекту и предотвращению либо отсрочке прогрессирования заболевания, но является более токсичной. При низкой степени риска (у пациентов с единичной небольшой, низкой степени злокачественности T<sub>a</sub> опухолью) следует применять ТУР с введением одной дозы химиопрепарата после операции. Больным с опухолями высокой степени риска (T<sub>a</sub> и T<sub>1</sub> опухоли высокой степени злокачественности с/без опухоли *in situ*, а также с T<sub>is</sub>) показаны выполнение ТУР с введением одной дозы химиопрепарата, повторная ТУР через 4–6 нед, адьювантная иммунотерапия вакциной БЦЖ с возможной поддерживающей терапией в течение года (до 3 лет). В случае отсутствия эффекта от БЦЖ-терапии проводится РЦЭ с деривацией мочи. При лечении пациентов со средней степенью риска целесообразны выполнение ТУР МП с введением химиопрепарата, повторная ТУР при рецидивальных опухолях, внутривезикулярная ХТ или иммунотерапия вакциной БЦЖ до года.

В последние годы широкое применение в качестве адьювантного лечения неинвазивного РМП получила фотодинамическая терапия — перспективный метод лечения ЗН, основанный на способности фо-



тосенсибилизирующих веществ накапливаться в опухолевых и диспластически измененных клетках, которые при последующем облучении светом лазера в видимом нетепловом диапазоне (400–760 нм) некротизируются с замещением дефекта соединительной тканью. Согласно проводимым в настоящее время исследованиям, по противорецидивной активности фотодинамическая терапия несколько уступает БЦЖ-терапии, но превосходит внутривезикулярную ХТ. Важным моментом является проведение однократного облучения МП с предварительным введением фотосенсибилизатора. В настоящее время в НИИ урологии проходит клиническое исследование по применению фотодинамической терапии в адьювантном лечении немышечно-инвазивного РМП. По предварительным данным, использование фотодинамической терапии оправдано у пациентов с высокой и средней степенями риска развития рецидива РМП.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ T2–4 ПРИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ВНУТРИКОСТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЦИСПЛАТИНОМ

М.Ф. Ялова<sup>1</sup>, С.П. Селиванов<sup>1</sup>,  
С.Н. Исаева<sup>1</sup>, Е.А. Калиев<sup>1</sup>,  
А.В. Петлин<sup>2</sup>, Т.И. Шабунина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НМУ Лечебно-диагностический центр, Томск;

<sup>2</sup>Томский военно-медицинский институт

**Цель исследования** – оценка противоопухолевой эффективности внутрикостного и в/в введения цисплатина у больных инвазивным РМП.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 75 пациентов с верифицированным переходно-клеточным РМП стадии T2–4N0M0 в возрасте от 40 до 75 лет, получавших неoadъювантную ХТ цисплатином в период с 2000 по 2007 г. в НМУ Лечебно-диагностический центр, урологическом отделении Томского военно-медицинского института, Томском областном онкологическом диспансере. Пациенты исследуемой группы ( $n=42$ ) получали курс внутрикостной ХТ цисплатином в разовой дозе 20 мг/м<sup>2</sup> до суммарной дозы 100 мг/м<sup>2</sup> с промежутками между введениями в 2 дня. Контрольную группу составили 33 больных инвазивным РМП T2–4N0M0, которым выполнялась системная моно-ХТ цисплатином в разовой дозе 100 мг/м<sup>2</sup>. Сравнимые группы не имели значимых отличий по всем параметрам. Образцы опухолевой ткани для гистологического исследования бы-

ли получены трансуретральным путем с помощью щипцов универсального цистоскопа и операционной петли цисторезектоскопа при проведении ТУР после окончания ХТ. Количественная оценка терапевтических изменений опухолевой ткани под воздействием ХТ включала изучение митотической активности клеток опухоли, доли нормальных и патологических митозов, удельного их веса, направленных на гибель опухолевой клетки. Для оценки повреждающего действия химиопрепарата индекс жизнеспособности опухолевых клеток (ИЖОК) определяли как отношение числа «летальных» митозов к жизнеспособным. Исследование биопсийного материала выполнялось дважды: до и после ХТ.

**Результаты.** Сравнить разные дозировки внутрикостного и в/в введения цисплатина позволяют данные R.J. Кнох и соавт. (1979) о том, что при в/в введении цисплатина в дозе 100 мг/м<sup>2</sup> либо 4-кратном введении 20 мг/м<sup>2</sup> нет достоверно значимого различия в реализации основного механизма противоопухолевой активности – интенсивности формирования комплексов платины с ДНК опухолевых клеток.

После внутрикостной ХТ пролиферативная активность снижалась по сравнению с контрольной группой ( $p<0,005$ ). При этом доля делящихся клеток составила  $16,1\pm 1,5\%$ . Количество патологических митозов в исследуемой группе было выше, чем в контрольной, но различие не достоверно ( $p=0,6547$ ). Таким образом, внутрикостная ХТ вызывает сравнимое с в/в ХТ угнетение пролиферативной активности опухолевых клеток. Число патологических митозов было выше в группе больных, получивших внутрикостную ХТ ( $42,4\pm 3,4$ ), по сравнению с контрольной группой ( $36,7\pm 2,9$ ). Однако эти различия были также статистически недостоверны.

Число летальных митозов при внутрикостной ХТ было в 2,5 раза выше, чем при в/в ( $33,6\pm 4,1$  против  $14,5\pm 2,6$ ). Более объективно отразил характер повреждения опухолевых клеток показатель ИЖОК – критерий, позволяющий определить соотношение летальных и жизнеспособных митозов. Значение данного параметра в группе больных, получивших внутрикостную ХТ,  $2,7\pm 0,145$ , превышало таковое контрольной группы ( $0,93\pm 0,33$ ) в 1,5–2 раза с достоверной разницей ( $p=0,0405$ ). Этот факт свидетельствует о том, что в процессе каждого последующего деления около 30% клеток будут «выпадать» из него.

**Выводы.** Показатели, отражающие степень угнетения пролиферативной активности опухолевых клеток, достоверно выше при внутрикостном введении цисплатина по сравнению с в/в, что позволяет с уверенностью утверждать, что внутрикостная ХТ при благоприятном исходе заболевания вызывает угнетение пролиферативной активности опухолевых клеток.

## Раздел III РАК ПОЧКИ

### ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 586 ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЮ ПОЧКИ И МОЧЕТОЧНИКА

**В.К. Агапов, Н.А. Марков, О.А. Троицкий,  
Р.Г. Биктимиров, И.Е. Хотьков,  
В.А. Романов, А.О. Троицкий**  
*ФГУЗ Клиническая больница-119 ФМБА России,  
Москва*

**Материалы и методы.** В урологическом отделении КБ-119 в период с 1976 по 2008 г. 586 пациентам проведены хирургические методы лечения по поводу опухоли почки и мочеточника.

В период с 1986 по 1994 г. в 98,4% наблюдений операции выполняли люмботомическим или торакофренолюмботомическим доступом, а в 1,6% — осуществляли лапаротомию или торакофренолапаротомию.

Первая нефрэктомия трансабдоминальным лапароскопическим доступом у пациентки 58 лет с опухолью в среднем сегменте размером 2 x 1,5 см выполнена в нашей клинике 07.06.1995 г. (первая лапароскопическая нефрэктомия сморщенной почки проведена в КБ-119 02.09.1994 г.). С 1995 по 2008 г. лапаро- и ретроперитонеоскопическими доступами по поводу опухоли почки и мочеточника выполнено 111 операций, из них 19 (17,1%) закончились лапаротомией.

За последние 9 лет (2000–2008 гг.) в урологическом отделении КБ-119 проведено 219 операций по поводу опухоли почки и верхних мочевых путей, в том числе у 2 больных на пересаженной почке. Среди пациентов было 124 (55,7%) мужчины и 95 (44,3%) женщин. Из них в возрасте до 50 лет — 42 (21,4%); 50–60 — 67 (30,6%); 61–70 — 70 (32%); 71–80 — 33 (15%) и старше 80 — 9 (1%) пациентов.

По стадии заболевания при РП пациенты распределялись следующим образом: Т1 — 113 (53%), Т2 — 60 (28,2%), Т3–4 — 40 (18,8%) человек. Опухоль в лоханке диагностирована у 6 (2,7%) больных, а в мочеточнике — у 3 (1,4%). Доброкачественные опухоли в почке (подтвержденные биопсией) были у 6 (2,6%) пациентов.

Использовали следующие оперативные доступы: люмботомия (по Федорову, в XI межреберье, с резекцией XI–XII ребер) — 66 (30,2%) больных;

люмболапаротомия — 9 (4,1%), лапаротомия — 26 (11%); торакофренолюмботомия — 19 (8,6%); лапароскопия — 88 (40,2%); лапароскопия с переходом в лапаротомию — 19 (8,6%).

У 31 (14,2%) пациента наряду с радикальной нефрэктомией или уретеронефрэктомией выполнялись симультанные операции: холецистэктомия — 6, пластика при грыжах — 5, резекция МП — 3, нефростомия — 1, РПЭ с тазовой лимфодиссекцией — 1, гемиколэктомия — 2, передняя резекция прямой кишки — 1, резекция желудка — 1, ампутация матки — 1, цистостомия и литотрипсия — 2, прочие — 8.

Во время операций и в ближайшем послеоперационном периоде возникло 26 (11,9%) осложнений.

При традиционных доступах их число составило 15 (11,4%): ранение полой вены (ушивание) — 2; ранение почечной вены — 3; тромбоз флебит голени — 2; тромбоз эмболия мелких ветвей легочной артерии — 1, спаечная кишечная непроходимость — 1, эвентрация — 3, расхождение краев раны — 1, желудочное кровотечение — 1, острая задержка мочеиспускания — 1.

При лапароскопическом доступе во время операции зафиксировано 10 (11,36%) осложнений и 1 (очаговый панкреонекроз) — в ближайшем послеоперационном периоде: ранение тонкой кишки — 4; восходящего отдела толстой кишки — 1, ранение полой вены — 1, краевое ранение печени (ушивание) — 1; поджелудочной железы (ушивание) — 1, селезенки (спленэктомия) — 1; шейки желчного пузыря (холецистэктомия) — 1.

Общая послеоперационная летальность составила 0,9%. Среднее число койко-дней: до операции — 6,4; после операции — 11,2 (после лапароскопии — 9,5).

**Выводы.** Несомненно, радикальная лапароскопическая операция при РП и мочеточника более предпочтительна и имеет тенденцию к большему применению. Вместе с тем, по нашему мнению, у пациентов с опухолью почки > 10 см в диаметре, особенно локализующейся в среднем сегменте и синусе, а также со стадией Т3–4 проведение лапароскопического доступа нецелесообразно.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков,  
А.С. Калпинский, В.А. Поляков  
МНИОИ им. П.А. Герцена

**Цель исследования** — оценка эффективности и безопасности использования радиочастотной абляции (РЧА) в обеспечении адекватного интраоперационного гемостаза при выполнении лапароскопической резекции почки (ЛРП) у больных ПКР.

**Материалы и методы.** В отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена в период 2007–2009 гг. выполнено 27 ЛРП с применением РЧА. Медиана размера опухоли по данным предоперационного УЗИ забрюшинного пространства, составила 2,5 (1,1–5,2) см. Медиана возраста пациентов — 53 (37–79) года. Оперативное вмешательство выполняли трансперитонеально. Применяли монополярную установку Cool-Tip RF фирмы «Tusco-Valleylab» с одноигльчатый зондом (17 Gauge, длина 20 см, рабочая поверхность 20 мм) и набором пассивных электродов. Введение зонда проводили под УЗ-контролем по предполагаемой линии резекции с отступом 5–7 мм от края опухоли. Медиана времени РЧА составила 15 (15–30) мин, около 2 мин на каждую точку. Функция почек оценивалась на основании показателей уровня мочевины, креатинина и  $K^+$  сыворотки крови. Медиана предоперационных показателей уровня мочевины — 5,6 (3,8–7,5) ммоль/л, креатинина — 96 (59–127) мкмоль/л и  $K^+$  — 4,7 (4–5,5) мкмоль/л.

**Результаты.** Медиана времени наблюдения составила 14 (1–31) мес. В 22 случаях вмешательство прошло без осложнений. У 2 больных в послеоперационном периоде диагностирован мочевои свищ, закрывшийся после стентирования мочеточника на 5–7-е сутки. У 1 пациента выявлена гематома, в связи с чем ему было выполнено дренирование, еще у 1 — травма мочеточника, потребовавшая интраоперационного стентирования и ушивания мочеточника атравматической нитью. У 1 больного повреждена почечная вена, что привело к большей кровопотере (1100 мл) и потребовало клипирования дефекта. Осложнения преимущественно встречались на этапе освоения методики. Медиана времени операции составила 120 (90–210) мин, кровопотери — 100

(50–1100) мл, а времени пребывания в стационаре — 9 (5–18) дней. Анальгетики использовали у всех больных в раннем послеоперационном периоде: наркотические — не более 1 дня, ненаркотические — от 1 до 5 (медиана — 2) дней. По данным морфологического исследования размер опухоли варьировал от 1 до 4 (медиана — 2,5) см, у 16 (59,3%) пациентов выявлен светлоклеточный вариант ПКР, у 5 (18,5%) хромофобный, у 4 (14,8%) — папиллярный, у 1 (3,7%) — онкоцитомы и еще у 1 (3,7%) — ангиолипома. Во всех случаях некротизированный край резекции — без опухолевого роста. На 7-е сутки медиана послеоперационных показателей уровня мочевины составила 5,7 (3,6–8,7) ммоль/л, креатинина — 113 (85–277) мкмоль/л и  $K^+$  — 4,78 (3,9–5,37) мкмоль/л. В настоящее время все пациенты живы с хорошей функцией почек без признаков рецидива.

**Выводы.** Разработана оригинальная методика формирования интраоперационного гемостаза при помощи предшествующей РЧА при выполнении органосохраняющих операций на почке. К основным достоинствам методики относят удаление опухоли на обескровленной после РЧА паренхиме, создание гемостаза по линии резекции с дополнительной радиочастотной обработкой края резекции с аблативной целью для снижения частоты рецидивирования.

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ПОЧКИ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Г.Н. Алексеева<sup>1</sup>, Л.И. Гурина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МУЗ ГКБ №2; <sup>2</sup>ГУЗ Приморский краевой онкологический диспансер, Владивосток

**Введение.** Изучение динамики заболеваемости РП за последнее десятилетие показывает ее неуклонный рост во всех странах мира, в том числе в России. По темпам прироста заболеваемости РП уступает только новообразованиям предстательной и щитовидной железы (В.И. Чиссов, В.В. Старинский, 2007), что позволяет считать его одной из основных проблем современной онкоурологии.

Важным направлением эпидемиологии ЗН почек является изучение их распространенности среди отдельных групп населения, отличающихся особенностями образа жизни, этнической принадлежностью (удэгейцы, корейцы и др.), профессией (моряки). Проведенные ранее исследования на территории Дальнего Востока свидетельствуют о наличии региональной специфики распространенности злокачественных заболеваний, что связывают с климато-географическими, социально-демографически-

ми, гигиеническими и этническими факторами (Л.И. Гурина, 2005; С.В. Юдин, 2002).

**Цель исследования** — изучение динамики и особенностей заболеваемости РП в Приморском крае и разработка мероприятий по улучшению ранней диагностики данной локализации.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в Приморском краевом онкологическом диспансере. Анализ динамики основных показателей выполнен нами за 3 временных периода: с 1993 по 1997 (I период), с 1998 по 2002 (II) и с 2003 по 2007 г. (III) на основе экстенсивных, интенсивных и стандартизованных показателей на 100 тыс. населения Приморского края.

**Результаты.** В 2007 г. в Приморском крае в структуре онкологической заболеваемости у мужчин РП составил 4,6% (РФ — 4,1) и занял 6-е ранговое место после ЗН легких, кожи, желудка, ПЖ и МП. У женщин РП встречался реже, занимал 11-е место в структуре онкологической заболеваемости и составлял 3% (РФ — 2,8).

Средний возраст заболевших РП мужчин в Приморском крае составил  $56,4 \pm 0,61$  года, что значимо ( $p < 0,05$ ) меньше, чем у женщин —  $60,7 \pm 0,76$ . В динамике начиная с 1993 г. не отмечено изменения среднего возраста заболевших РП.

Стандартизованный показатель заболеваемости РП в 2007 г. зарегистрирован на уровне 9,02 на 100 тыс. населения (РФ — 8,09), по отношению к 1993 г. он увеличился на 65,5% (РФ — 24,3).

Наиболее высокий темп прироста интенсивных показателей заболеваемости отмечен у женщин (60,5%).

При оценке показателей заболеваемости РП в динамике выявлена тенденция к росту, темп прироста интенсивных и стандартизованных показателей — высокий у обоих полов. В 2007 г. зафиксирована значимая связь показателей заболеваемости РП с возрастом заболевших: наибольшая заболеваемость у мужчин отмечена в возрасте 65–69 лет (85,44 на 100 тыс. населения), у женщин в 70–74 года (42,56 на 100 тыс. населения). В Приморском крае наиболее высокий темп прироста заболеваемости (интенсивных показателей) между I (1993–1997) и III (2003–2007) периодами составил 84,8% для мужчин в возрасте 55–59 лет при среднегодовом темпе прироста 35,9%, у женщин, соответственно, 133,3% в возрасте 30–34 года при среднегодовом темпе прироста 52,7% и 129,3% — в возрасте 55–59 лет при среднегодовом темпе прироста 51,4%.

По прогнозу заболеваемость РП к 2013 г. может достигнуть уровня 15,02 на 100 тыс. населения для мужчин и 9,92 — для женщин при сохранении выявленных закономерностей и увеличении по отношению к 1993 г. в 2,2 раза для мужчин и 2,7 — для женщин.

**Заключение.** Анализ заболеваемости ПКР за период 1993–2007 гг. выявил достоверный рост заболеваемости в Приморском крае у мужчин и женщин с населением 2 млн жителей. Наиболее высокий темп прироста характерен для возрастной группы 55–59 лет. При этом наиболее высокий прирост заболеваемости отмечен у женщин и выявлен в возрасте 30–34 года и 55–59 лет, что обусловлено влиянием изменяющихся медико-социальных и экологических факторов.

**Вывод.** Изучение эпидемиологии ЗН почек позволит стимулировать научные исследования в области организации урологической и онкологической помощи, а полученные в ходе исследования результаты помогут инициировать проведение своевременных противораковых мероприятий и принятие адекватных организационных решений по ранней диагностике и профилактике РП.

## «МАЛЕНЬКАЯ» ОПУХОЛЬ ПОЧКИ — РЕЗЕКЦИЯ ИЛИ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ?

Ю.Г. Аляев, Н.А. Григорьев, Н.З. Гафаров  
Урологическая клиника ММА им. И.М. Сеченова

**Введение.** В настоящее время резекция почки при небольших ее опухолях признана методом выбора независимо от состояния противоположной почки. Во многих публикациях под термином «небольшие» опухоли подразумеваются новообразования до 4 см в наибольшем измерении. Почти у 70% больных опухоль расположена по периферии почки и резекция почки у них технически осуществима. Центральная локализация опухоли при здоровой контралатеральной почке обуславливает осуществление нефрэктомии, а при неполноценности другой почки — выполнение органосохраняющей операции любым способом (энуклеация опухоли, атипичная резекция почки). Эти рискованные попытки нередко оказываются безуспешными, а возникающее иногда и угрожающее жизни кровотечение требует удаления почки в расчете на последующий гемодиализ. Аналогичная ситуация может возникнуть при любой органосохраняющей операции. Вероятность подобного развития событий заставляет рассматривать возможность применения альтернативных методов лечения с адекватной оценкой их эффективности и возможных исходов. В связи с «настороженным» отношением к известным альтернативным способам, сомнениями по поводу их эффективности и с учетом главного принципа целителя — «не навреди» нужны очень веские доводы в пользу того или иного альтернативного способа лечения.

**Материалы и методы.** Мы располагаем весьма солидным опытом проведения «открытых» органосохраняющих операций (352 резекции и 31 энуклеация опухолевого узла), альтернативные способы лечения использовались очень редко. Наш опыт выполнения РЧА опухоли почки включает лишь отдельные наблюдения. Дважды РЧА применена у пациентов с тяжелым соматическим статусом при размерах опухоли 36 и 28 мм. Пособие осуществлено транскутанном доступом под УЗ-наведением, пациентами перенесено удовлетворительно. Срок наблюдения составил 8 и 4 мес. При контрольной МСКТ через 8 мес в зоне абляции контрастное вещество не накапливается, что свидетельствует о разрушении опухоли. Под 4-месячным наблюдением находится пациент 62 лет, которому в 1989 г. была удалена левая почка по поводу рака, в 2001 г. по поводу асинхронного рака единственной правой почки произведена клиновидная резекция верхнего сегмента, а в 2005 г. осуществлена энуклеация 3 опухолевых узлов размерами 18, 22 и 34 мм из разных отделов почки. В начале 2009 г. диагностирована рецидивная опухоль в области нижнего полюса размером 28 мм. Проведение РЧА у этого больного могло быть осложнено развитием рубцово-склеротического процесса после перенесенных операций. Однако предпринятое пособие было успешно осуществлено. И, наконец, у больной 54 лет через 8 лет после резекции правой почки по избирательным показаниям при размерах опухоли 4 см, локализуемой по наружной латеральной поверхности и морфологически представленной светлоклеточным ПКР умеренной степени дифференцировки, при контрольном обследовании установлен рецидив опухоли диаметром 32 мм в зоне резекции. Предполагалось выполнение нефрэктомии, однако больная, получив информацию по Интернету о возможных методах лечения, настояла на РЧА. Мы опасались возникновения осложнений в виде мочевого свища, так как интратанальная часть опухоли располагалась от форникса средней чашечки на расстоянии всего лишь 3 мм. С удовлетворением отмечаем хорошую переносимость процедуры пациенткой, осложнения отсутствовали. Срок наблюдения составил 5 мес.

Возвращаясь к названию данных тезисов и не имея право на какую-либо категоричность суждения из-за мизерности собственного опыта, мы считаем некорректным саму постановку вопроса. Очевидно, что главенствующим способом лечения «маленьких» почечных новообразований является резекция почки. Настораживают данные T.N. Carvell и соавт. (2008) о развитии рецидива опухоли у 26 (25%) из 104 больных после выполнения им РЧА и у 13 (7,4%) из 175 после — криодеструкции. Об 11 рецидивах, возникших после проведения 73 РЧА, сообщают M.A. Traver и соавт. (2006).

**Выводы.** Публикации последних 10 лет говорят о возрастании частоты выполнения абляции больным с опухолью почки стадии T1 по данным Национальной базы данных по раку — The National Cancer Data Base, опубликованной в 2009 г. в США: J.M. Stern и соавт. (2005) — 40 наблюдений РЧА — 2 рецидива, E.D. Matsumoto и соавт. (2005) — 60 наблюдений — 3 рецидива, D.A. Gervais и соавт. (2005) — 100 наблюдений — 1 рецидив. С учетом сказанного можно констатировать, что метод может быть использован при «маленьких» опухолях почки у лиц старческого возраста и у пациентов с отягощенным соматическим статусом.

## **РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В КОМБИНАЦИИ С СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ**

**Ю.Г. Аляев, С.А. Кондрашин, Н.А. Григорьев,  
Е.В. Шпоть, Н.И. Сорокин, Л.О. Полищук**  
*Урологическая клиника ММА им. И.М. Сеченова*

**Введение.** В связи с внедрением современных медицинских технологий произошли существенные изменения в диагностике и лечении РП. Чаше стали выявляться локализованные образования небольших размеров и стадий. В связи с этим значительно увеличились возможности выполнения органосохраняющих операций. Нередко новообразования почки диагностируют у пациентов, у которых невозможно выполнение традиционной нефрэктомии или резекции почки. До недавнего времени единственным методом лечения была паллиативная рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭЭ). Однако появление в последнее время различных методик «разрушения» новообразований почки позволило расширить показания к более радикальному лечению у данной категории пациентов. Одним из таких методов является РЧА. Метод уже активно применяется при опухолях печени не только за рубежом, но и в ведущих российских клинических центрах.

В основе метода РЧА лежит конверсия радиочастотных волн в тепло, в результате чего происходит термальное повреждение ткани (асептический некроз). Эффективность и безопасность РЧА значительно повышаются при ее сочетании с предварительной суперселективной окклюзией сосудов, питающих опухоль почки. Показаниями для применения такой методики могут служить:

— ПКР единственной или трансплантированной почки, при котором даже выполнение органосохраняющей операции может нарушить функцию почки;

– синхронный билатеральный первичный ПКР;  
 – синдром von Hippel – Lindau (у пациентов с этим диагнозом может развиваться ПКР с мультифокальным ростом, в качестве альтернативного лечения у них может быть использована только билатеральная нефрэктомия с последующим диализом);

– нежелание пациента или невозможность выполнения органосохраняющей или органоуносящей операции в связи с тяжелым соматическим статусом.

Несмотря на наличие большого числа работ по использованию РЧА в качестве монотерапии при РП, в литературе встречаются лишь отдельные публикации об эффективности и результатах комбинированного лечения (РЧА + РЭЭ).

**Материалы и методы.** Мы обладаем опытом применения комбинации РЧА и РЭЭ при опухоли почки у 1 пациента. Новообразование почки диагностировано в 2005 г. По данным обследования, опухоль размерами 36x31x30 мм локализовалась в верхнем сегменте правой почки по задне-латеральной поверхности. С учетом имеющейся у больного генетической предрасположенности к тромбообразованию – дефект метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T) и связанного с этим высокого риска развития интра- и послеоперационных осложнений от открытого оперативного вмешательства пришлось отказаться. С целью предотвращения прогрессирования опухолевого процесса 08.12.2005 г. больному выполнены трансбрахиальная ангиография правой почечной артерии с последующей суперселективной эмболизацией артерий, питающих опухоль, спиралями Gianturco. По данным контрольного обследования, в 2008 г. отмечено увеличение размеров новообразования. В связи с этим принято решение о выполнении пациенту сфокусированной РЧА опухоли правой почки. Для снижения вероятности возникновения геморрагических осложнений в ходе РЧА проведена повторная суперселективная эмболизация артерий, питающих опухоль правой почки. Спустя 1 мес после эмболизации выполнена РЧА. Под контролем УЗ-датчика в опухоль проведен зонд для РЧА. Последний раскрыт внутри образования на 2 см. Достигнута температура 100°C, мощность 150 Вт. Экспозиция 10 мин. Затем зонд был раскрыт дополнительно на 0,5 см, экспозиция 5 мин, режимы абляции те же. При контрольном УЗИ в зоне локализации опухоли визуализировалась гиперэхогенная структура размером до 4,5 см. Патологических изменений в паранефральной клетчатке не выявлено. Течение послеоперационного периода – без особенностей.

**Результаты.** При контрольной МСКТ, проведенной через 8 мес после РЧА, в верхнем сегменте правой почки сохраняется образование кистозной структуры с мягкотканым компонентом, не накап-

ливающее контрастный препарат. Наблюдение за пациентом продолжается.

**Выводы.** Несмотря на отсутствие отдаленных результатов применения комбинированного лечения опухоли почки (РЭЭ + РЧА), накапливающийся опыт использования данной методики свидетельствует о ее эффективности, безопасности и перспективности. У ряда пациентов комбинация РЭЭ и РЧА может являться альтернативой открытой операции, расширяя тем самым арсенал современных малоинвазивных методов лечения опухоли почки.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА**

**И.М. Антонян, Д.В. Шукин, Ю.А. Илюхин,  
В.В. Мегера, Р.В. Стецишин,  
С.Я. Мысько, А.В. Шусь**  
*Харьков – Белгород*

**Введение.** Основной тенденцией развития современной органосохраняющей хирургии РП, наряду с адаптацией лапароскопических методик и малоинвазивных технологий, является изучение возможностей расширения показаний к данному виду лечения. Мы провели ретроспективную оценку ранних осложнений органосохраняющей хирургии.

**Материалы и методы.** В исследование включены 274 пациента, подвергшиеся органосохраняющим операциям по поводу ПКР. Мультифокальные опухоли имели место в 7 наблюдениях. Клинико-морфологические характеристики пациентов и опухолей представлены в табл. 1.

Энуклеация опухоли осуществлена у 48 (27,3%) больных, энуклеорезекция – у 184 (46,6%), резекция почки – у 42 (23,8%).

**Результаты.** Общая частота развития ранних послеоперационных осложнений в нашем исследовании составила 24,7% и была значительно выше, чем при радикальной нефрэктомии (8,6%). В группе императивных показаний она достигала 53%, тогда как в elective группе этот показатель не превышал 14,2%. Вместе с тем общий уровень больших или значительных осложнений был всего лишь 10% (императивная группа – 23,8%, elective – 4,7%). Послеоперационная летальность наблюдалась в 2 (0,7%) случаях исключительно у пациентов императивной группы.

В табл. 2 подробно представлен спектр осложнений в elective и императивной группах.

Массивные кровотечения, которые вынуждали к проведению реоперации, были зафиксированы

Таблица 1. Общая характеристика пациентов и опухолей исследованных групп

Характеристика опухоли	Группа		Общее число пациентов (n=274)
	элективная (n=202)	императивная (n=72)	
Двустороннее поражение	0	32 (44,4)	32 (11,7)
Средний размер опухолей, см	4,5 (1,3–8,8)	6,8 (2,0–23)	5,4 (1,3–23)
Стадия			
T1a	70 (34,7)	8 (11,1)	78 (28,5)
T1b	102 (50,5)	32 (44,4)	134 (48,9)
T2	11 (5,4)	16 (22,2)	27 (9,9)
T3a	16 (7,9)	14 (19,4)	30 (10,9)
T3b	3 (1,5)	2 (2,8)	5 (1,8)
N+ и/или M+	0	3 (4,2)	3 (1,1)

Таблица 2. Осложнения органосохраняющей хирургии ПКР

Осложнения	Группа		Общее число пациентов		p (n=274)		
	императивная (n=72) абс.	элективная (n=202) %	абс.	%			
<b>Значительные</b>							
Смерть:							
острое кровотечение в рану	2	2,8	0	0	2	0,7	<0,0141
некроз остатка почки	1						
	1						
Острое кровотечение в рану (реоперация)	2	2,8	4	2	6	2,2	>0,6246
Массивная паранефральная гематома (без реоперации)	4	5,6	3	1,5	7	2,6	>0,0913
Острая почечная недостаточность	4	5,6	0	0	4	1,5	<0,0005
Артериовенозная фистула	1	1,4	1	0,5	2	0,7	>0,9
Кишечная непроходимость (реоперация)	0	0	1	0,5	1	0,4	>0,9
Острое желудочно-кишечное кровотечение	2	2,8	1	0,5	3	1,1	>0,2355
Острая сердечная недостаточность	1	1,4	0	0	1	0,4	>0,1558
<b>Незначительные</b>							
Мочевые свищи	5	6,9	2	1	7	2,6	<0,0062
Паранефральные уриномы или гематомы	6	8,3	8	4	14	5,1	>0,1844
Острый пиелонефрит	2	2,8	0	0	2	0,7	<0,0141
Нагноение раны	3	4,2	3	1,5	6	2,2	>0,3539
Респираторная инфекция	2	2,8	2	1	4	1,5	>0,2355
Тромбофлебит вен нижних конечностей	1	1,4	2	1	3	1,1	>0,9
Нарушения сердечного ритма	2	2,8	2	1	4	1,5	>0,2355

лишь в 6 (2,2%) наблюдениях. В группах элективных и императивных показаний это осложнение отмечалось одинаково часто. Другие осложнения (артериовенозная фистула, острая почечная недостаточность, паранефральные гематомы и уриномы) встречались достаточно редко.

**Выводы.** Ранние послеоперационные осложнения значительно чаще встречаются при органосохраняющих операциях, чем при радикальной

нефрэктомии, зависят от хирургического опыта врача, показаний к операции, возраста пациента, а также от глубины расположения опухоли внутри почки. Размер и стадия опухолей не имели независимого прогностического значения в отношении развития ранних осложнений ( $p > 0,05$ ).

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ НА ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК

Р.З. Атаев, А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова  
Казань

**Введение.** Быстрое развитие возможностей УЗ-диагностики требует пересмотра тактического подхода к хирургическому лечению РП.

**Цель исследования** — оценка возможностей УЗИ при органосохраняющих операциях по поводу опухолей почки.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов обследования и лечения 53 больных в возрасте от 29 до 55 лет, из них 34 мужчины и 19 женщин.

Использовались УЗ-аппараты V&K 1846, V&K Panther 2002 с возможностью доплеровского исследования в режиме ЦДК, с датчиками 5 МГц, интраоперационным 7,5 МГц и набором инструментов для пункционной биопсии.

**Результаты.** У всех больных выполнено УЗИ в режиме серой шкалы, ЦДК и энергетического доплера, а также использованы рентгенорадиологические методы исследования. Пациенты с размером опухоли > 5–6 см, локализацией в почечном синусе и поражением чашечно-лоханочной системы были подготовлены к нефрэктомии. В 17 случаях диагностических критериев РП оказалось недостаточно, что потребовало проведения биопсии с морфологической верификацией диагноза. В 11 наблюдениях был подтвержден гипернефроидный РП, в 3 — ангиомиолипома, в 2 — нефросклероз, в 1 — ксантогранулематозный пиелонефрит. Больные с размером опухоли < 5 см без поражения чашечно-лоханочной системы и без метастазов в ЛУ подготовлены к резекции почки или энуклеации опухоли. Во всех случаях резекция почки и энуклеация выполнялись под интраоперационным УЗ-контролем, что позволило четко определить зону резекции и архитектонику сосудов на ее участке. При этом вероятность возникновения «звуковых артефактов» ничтожно мала в связи с непосредственным контактом сканирующей поверхности датчика и поверхности почки. Все случаи резекции и энуклеации сопровождались обязательным забором материала с резецированной поверхности на гистологическое исследование.

**Выводы.** Биопсия почки под УЗ-контролем является малотравматичным, окончательным и точным этапом диагностики, позволяющим определять дальнейшую хирургическую тактику лечения.

В свою очередь, интраоперационный УЗ-контроль позволяет улучшить эффективность операционного пособия и снизить число вероятных осложнений, возникающих во время и после операции.

## ХИРУРГИЯ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОЧКИ: ОПЫТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

С.В. Барсуков

ГУЗ Тамбовский областной онкологический диспансер

**Введение.** Ежегодно в России выявляется 7,5–8 тыс. больных РП. Актуальность хирургического лечения местно-распространенного ПКР не вызывает сомнений.

Это объясняется частотой выявления данной патологии и расширением возможностей оперативного лечения у тех больных, которые раньше считались неоперабельными.

У 1,8–14,6% больных местно-распространенным РП, подвергнутых хирургическому лечению, в дальнейшем развивается местный рецидив заболевания. Летальность составляет от 2,1 до 2,7%.

Во время операции необходимо провести предварительное лигирование сосудистой ножки почки, что не всегда удается выполнить без мобилизации почки. Это может быть неправильно выбранный по объему оперативный доступ в результате отсутствия информации о распространенности процесса в зоне поражения.

**Цель исследования** — изучение эффективности хирургического лечения, проводимого в ГУЗ ТООД.

**Материалы и методы.** В исследование включены 47 пациентов, проходивших обследование и лечение в ГУЗ ТООД в период с 2004 по 2006 г. по поводу ПКР. Возраст больных колебался от 42 до 78 лет.

В качестве предоперационного обследования больным выполнялись экскреторная урография, КТ, рентгенография грудной клетки, сонография мочеполовой системы и органов брюшной полости. Оценивали размеры опухолевого узла, его локализацию, отношение к сосудистым структурам, чашечно-лоханочной системе и окружающим тканям. Это позволило установить стадию и распространенность процесса. Стадия Т3 — 27 больных, стадия Т4 — 20. У 12 пациентов выявлено поражение регионарных ЛУ, у 5 — тромб почечной и нижней полой вен с частичной ее окклюзией, у 10 — инвазия процесса в соседние органы (3 — в селезенку, 1 — в поджелудочную железу, 6 — в толстый кишечник). Всем больным была выполнена радикальная расширенная нефрэктомия из лапаротомного или торакоабдоминального доступа.



У пациентов с поражением регионарных ЛУ при раке правой почки лимфодиссекция проведена в стандартном объеме.

Осуществлено удаление латерокавальных, прекавальных, ретрокавальных и интераортокавальных ЛУ от диафрагмы до места слияния общих подвздошных вен. При раке левой почки – удаление латероаортальных, преаортальных, ретроаортальных и интераортокавальных ЛУ от диафрагмы до бифуркации аорты.

Поражение опухолевым тромбом почечной и нижней полой вен потребовало краевой резекции нижней полой вены с целью тромбэктомии.

Поражение соседних органов опухолевым процессом обусловило выполнение «агрессивного» хирургического лечения (резекция поджелудочной железы, спленэктомия, гемиколэктомия).

Все больные в адьювантном режиме получили курс лечения ИФН- $\alpha$  – 6 млн ЕД подкожно 3 раза в неделю в течение 1, 3 и 6-го месяца.

**Результаты.** Все пациенты наблюдались в срок от 1 мес до 3 лет в послеоперационном периоде. Одна больная умерла, причина смерти – тромбоземболия легочной артерии. У 1 пациента через 1 год выявлен рецидив заболевания, больной оперирован повторно. У другого пациента через 1 год обнаружен солитарный метастаз в контрлатеральную почку и левое легкое – прогрессирование заболевания. У остальных больных на сегодня данных, говорящих о рецидиве, метастазировании и прогрессировании заболевания, нет.

**Выводы.** Выполнение расширенных комбинированных нефрэктомий в условиях специализированного учреждения сопровождается снижением числа осложнений и удовлетворительными непосредственными результатами. Проведение иммунотерапии в адьювантном режиме снижает риск возникновения прогрессирования заболевания ПКР.

## ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПОЧКИ

Д.Ю. Волков, С.В. Попова, Е.Б. Дроздов  
МЛПУ ГКБ № 30, Нижний Новгород

В настоящее время растет число впервые выявленных опухолей почки с диаметром < 7 см. Это связано с внедрением новейших методов диагностики – УЗИ, КТ, МРТ. В связи с резистентностью к ХТ и ЛТ хирургическое лечение остается единственным радикальным методом терапии. Ранняя диагностика заболевания позволяет выполнять органосохраняющие операции с хорошими ранними и отдаленными результатами.

На базе урологического отделения МЛПУ ГКБ № 30 за период 2003–2008 гг. прооперировано 10 человек с РП T1N0M0. Из них 3 имели перед операцией диагноз – киста 4-го класса по Bosniak. Среди оперированных – 6 мужчин и 4 женщины. Опухоль локализовалась в верхнем сегменте у 3 пациентов, в среднем – у 2, нижнем – у 5. Размер опухоли – от 2 до 5 см. Перед операцией осуществлялось стандартное обследование. Выполнены 8 плоскостных и 2 клиновидных резекции почки. У 6 больных проведена перевязка сегментарной артерии перед резекцией. Лимфодиссекция имела место у 3 больных. У этой группы пациентов диаметр опухоли был > 4 см. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная терапия. Осложнений не выявлено. Летальных исходов нет. Средний послеоперационный койко-день – 10,4. При динамическом наблюдении рецидива опухоли в оперированной почке не обнаружено. Поражения контрлатеральной почки не зафиксировано. Метастазирования в ЛУ и отдаленных очагов не наблюдалось.

Выявление РП на ранней стадии позволяет выполнить органосохраняющее хирургическое лечение с хорошими результатами.

## РЕДОКС-ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ

М.Н. Герасименко<sup>1</sup>, Р.А. Зуков<sup>2</sup>, Н.М. Титова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского; <sup>2</sup>Сибирский федеральный университет; <sup>3</sup>Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

**Введение.** Одной из актуальных проблем современной онкоурологии является высокий уровень заболеваемости ПКР. На ПКР приходится 90–97% опухолей почек и 3,5% всех злокачественных новообразований у взрослых. Основным методом лечения локализованного ПКР считается радикальное хирургическое вмешательство.

Известно, что про- и антиоксидантный статус организма – важный критерий оценки тяжести течения патологического процесса. Ключевую роль в антиоксидантной защите организма играет восстановленный глутатион и ферменты его метаболизма – глутатионпероксидаза (GPO) и глутатион-S-трансфераза (GST). При определении прооксидантного статуса показательно измерение содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), так как эти свободно-радикальные процессы являются наиболее активными и захватывают клеточные мембраны, свободные жирные кислоты и липопротеины плазмы крови. Образование избытка липидных пе-

рекисей в эритроцитах приводит к снижению текучести и повышению жесткости их мембран, нарушению белок-липидных взаимодействий, что, соответственно, препятствует конформационным превращениям мембранных ферментов и рецепторов гормонов. Инактивация белков усугубляется формированием связей с вторичными продуктами ПОЛ. Вследствие этого снижаются функциональные возможности эритроцитов.

**Цель исследования** – изучение состояния прооксидантной и антиоксидантной систем в плазме и эритроцитах периферической крови у больных ПКР до и после хирургического лечения в динамике.

**Материалы и методы.** На базе КГБУЗ Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского под динамическим наблюдением находились пациенты с местно-распространенным ПКР до операции ( $n=65$ ), на 1-е ( $n=11$ ) и 7-е ( $n=16$ ) сутки после радикальной нефрэктомии. Обследованы 90 человек в возрасте от 50 до 70 лет. Группу контроля составили 17 практически здоровых доноров. Прооксидантный статус оценивался по содержанию продуктов ПОЛ: диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), антиоксидантный статус – по содержанию восстановленного глутатиона (GSH) и активности глутатионзависимых ферментов: GPO и GST. По результатам исследования сформирована база данных, на основе которой с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 осуществлялся статистический анализ. Описание выборки проводили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха (C25 и C75). Проверку гипотезы о статистической достоверности выборок выполняли с использованием критерия Манна – Уитни.

**Результаты.** Исследования состояния про- и антиоксидантной системы больных ПКР показали, что в период до хирургического лечения в плазме и эритроцитах периферической крови в 1,5 раза повышено содержание ДК относительно контроля ( $p<0,05$ ). Изменений со стороны антиоксидантной системы не выявлено.

В 1-е сутки после операции наблюдается небольшое снижение содержания МДА как в плазме (относительно контроля  $p<0,0001$ ), так и в эритроцитах (относительно показателей, зарегистрированных до операции,  $p<0,0001$ ), уровень ДК в эритроцитах превышает контрольные величины в 2 раза ( $p<0,01$ ). В то же время в эритроцитах отмечается снижение активности GPO (относительно контроля  $p<0,05$ ) и повышение активности GST в 2 раза как относительно контроля ( $p<0,01$ ), так и по сравнению с показателями до операции ( $p<0,05$ ). В плазме активность GST в 1,5 раза превышает контрольный диапазон ( $p<0,001$ ).

На 7-е сутки после хирургического лечения у больных ПКР уровень ДК в плазме увеличен в 2

( $p<0,05$ ), а в эритроцитах – в 3 раза ( $p<0,01$ ) относительно контрольных величин. Вместе с тем зафиксировано возрастание уровня МДА в эритроцитах (относительно первых суток,  $p<0,01$ ). Активность GPO в плазме превышает контроль в 1,5 раза ( $p<0,05$ ). Активность GST эритроцитов и плазмы более чем в 1,5 раза превышает контрольные величины ( $p<0,01$ ) и соответствующие показатели до операции ( $p<0,05$ ).

Содержание GSH в эритроцитах больных ПКР в течение всего периода наблюдения статистически значимо не меняется.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования, наибольший сдвиг в редокс-системе равновесия в плазме и эритроцитах приходится на 7-е сутки после операции. Этот период характеризуется наибольшим уровнем ДК в эритроцитах и плазме, который не компенсируется повышенной активностью антиоксидантных ферментов, что отражает наличие окислительного стресса и дисбаланс про- и антиоксидантной системы в целом. Длительно протекающий окислительный стресс может привести к истощению антиоксидантной системы, при котором наступает срыв систем адаптации организма к экстремальным факторам.

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И СТАДИРОВАНИИ РАКА ПОЧКИ

П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин,  
Д.А. Дурнов, Н.Б. Захарова,  
Н.К. Шахпазян, Д.Ю. Потапов

*НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии  
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава*

**Введение.** Несмотря на появление новых методов ранней диагностики ПКР, не удается избежать ошибок в установлении клинической стадии данного заболевания. В связи с актуальностью вопросов диагностики и стадирования РП в последние годы одновременно с лучевыми в клинической практике начато широкое использование новых молекулярно-генетических методов. К ним относится применение представителя «метаболических онкоассоциированных маркеров» – Tu M2-РК. Кроме того, для оценки эффективности иммунотерапии у больных РП проведено исследование цитокинового профиля сыворотки крови. Согласно данным литературы, при РП изменение их содержания в крови характеризует состояние иммунорегуляторных процессов организма на каждой из стадий заболевания.

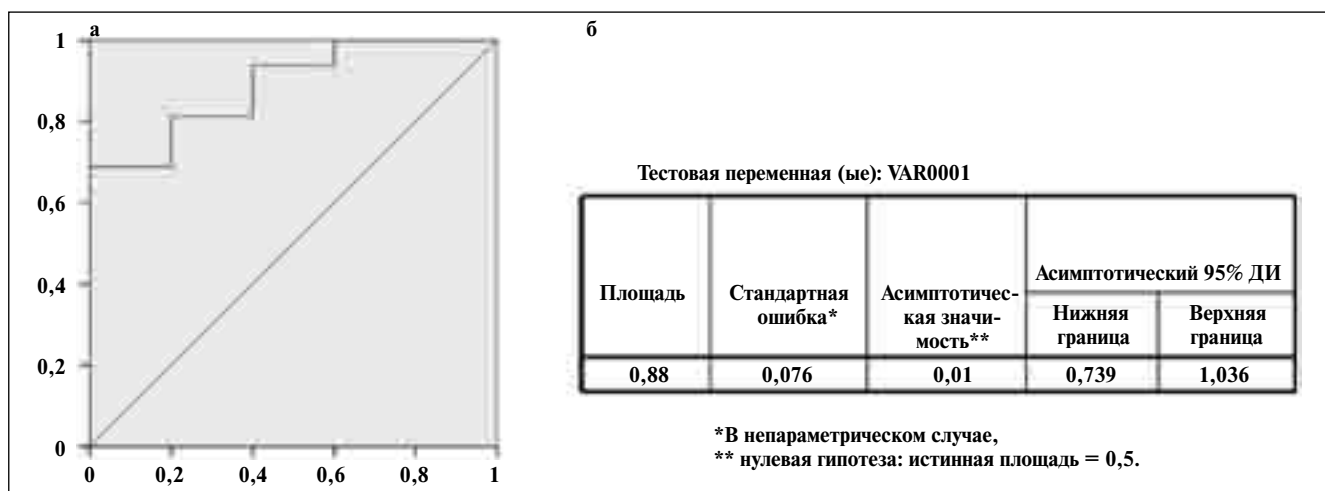


Рис. 1. Результаты ROC-анализа Tu M2-РК: а – диаграмма; б – площадь под кривой

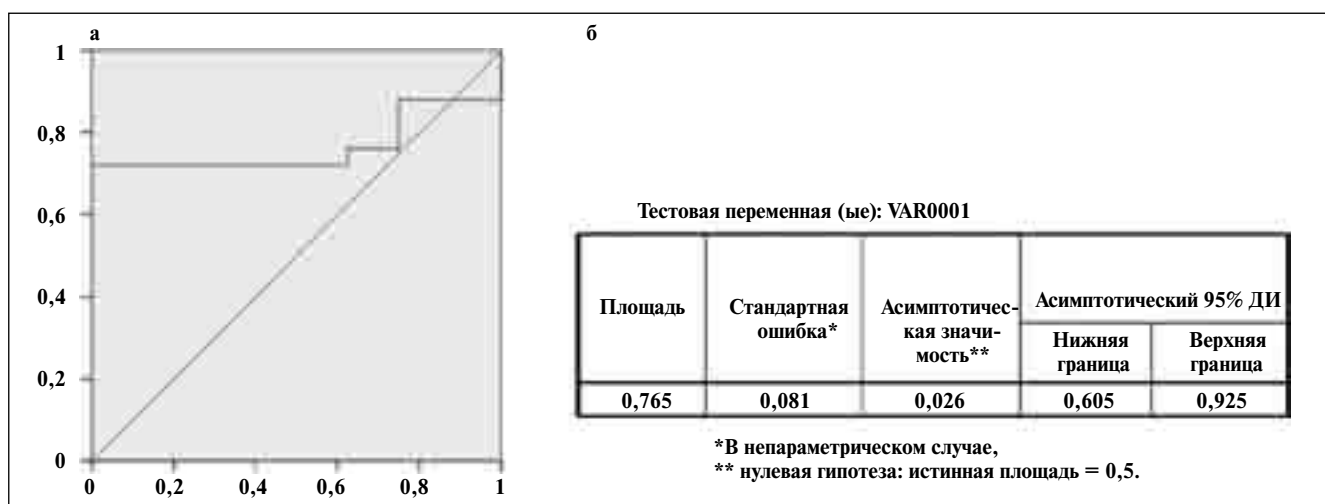


Рис. 2. Результаты ROC-анализа цитокинового профиля сыворотки крови: а – диаграмма; б – площадь под кривой

**Цель исследования** – оценка клинико-диагностического значения молекулярных маркеров в дифференциальной диагностике и стадировании РП.

**Материалы и методы.** Проведено исследование диагностической специфичности и чувствительности определения содержания в плазме и сыворотке крови Tu M2-РК и ангиогенных провоспалительных цитокинов (ИЛ-8, ИЛ-12, ФНО- $\alpha$ ) у больных с объемными образованиями почек. Эффективность определяемых уровней Tu M2-РК и ИЛ-8, ИЛ-12, ФНО- $\alpha$  в диагностике стадирования РП определяли с помощью построения характеристической кривой (ROC-анализ).

В исследование были включены 109 человек, составивших 3 группы: 1-я ( $n=54$ ) – первичные больные РП; 2-я ( $n=25$ ) – пациенты с кистами почек; 3-я ( $n=30$ ) – доноры.

Всем больным с целью дифференциальной диагностики, а также для стадирования РП по TNM одновременно с общепринятыми методами обследо-

вания проводили определение содержания в плазме и сыворотке крови Tu M2-РК и цитокинов (ИЛ-12, ИЛ-8, ФНО- $\alpha$ ).

Уровень Tu M2-РК оценивали в плазме крови с помощью набора реактивов ScheVo® Tu M2-РК («ScheVo-Biotech», Германия), содержания цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-8) определяли с использованием наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск). При определении уровня ИЛ-12 в сыворотке крови применяли наборы реактивов Human IL-12 +p40 фирмы «Biosource» (Бельгия). Результаты выражали в пг/мл. Для статистической обработки использовали пакет компьютерных программ SPSS v 13,0.

**Результаты.** Согласно полученным данным, дискриминационный уровень, равный 17 ЕД/мл, позволяет повысить специфичность этого маркера без потери его чувствительности. Среднее значение Tu M2-РК во всех группах существенно различалось. Так, если у доноров и пациентов с кистами почек

оно находилось в пределах нормы (15,2 и 15,6 ЕД/мл соответственно), то в 1-й группе среднее значение этого маркера значительно превышало дискриминационный уровень и составило 47,6 ЕД/мл (в I стадии – 36,2, II – 35,5 и в III – 71,1 ЕД/мл).

В соответствии с представленными данными Tu M2-РК при РП характеризуется высокой специфичностью – 76%. Среднее значение и доля Tu M2-РК-положительных случаев у больных с разными стадиями опухолевого процесса увеличивается с повышением стадии. Так, в I стадии заболевания доля Tu M2-РК-положительных случаев составляет 67, во II – 77, а в III – 91%.

При проведении ROC-анализа онкомаркера выявлена достаточно большая площадь под кривой, подтверждающая высокую диагностическую специфичность и чувствительность показателя (рис. 1).

Значимых изменений содержания ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови у всех больных 3 групп не выявлено. Однако у всех пациентов с РП в сыворотке крови увеличивалось содержание ИЛ-12. Так, если у доноров и пациентов с кистами почек они находились в пределах 19,08 и 34,5 пг/мл соответственно, то в 1-й группе среднее значение этого маркера значительно превышало уровень и составило 77,8 пг/мл (в I стадии 74,01, II – 59,52 и в III – 100,4 пг/мл).

ROC-анализ продемонстрировал достаточно высокую площадь под кривой, что свидетельствует также о достаточно высокой специфичности и чувствительности результатов исследования содержания ИЛ-12 в диагностике стадии заболевания (рис. 2).

**Выводы.** Полученные результаты позволяют считать, что содержание как в плазме, так и в сыворотке крови такого метаболического онкомаркера, как Tu M2-РК, и ангиогенного цитокина ИЛ-12 может рассматриваться как показатель, имеющий достаточно высокую диагностическую значимость и чувствительность при определении стадии РП.

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ТРОМБОЗЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

К.В. Горбатиков<sup>1</sup>, В.П. Изгейм<sup>2</sup>,  
А.В. Лыков<sup>2</sup>, А.В. Купчин<sup>2</sup>,  
В.В. Симоненко<sup>2</sup>, В.В. Калалб<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Отделение детской кардиохирургии Тюменской областной больницы интенсивного лечения;

<sup>2</sup>Отделение онкоурологии Тюменского областного онкологического диспансера

**Введение.** Опухолевый тромбоз НПВ при ПКР – одна из самых сложных в техническом плане проблем современной онкоурологии. Эти операции

требуют высочайшей оперативной техники и мастерства хирурга, так как они, как правило, сопровождаются массивным и достаточно опасным для жизни кровотечением. С учетом нашего опыта выполнения за последние 10 лет операций у 26 больных ПКР с тромбозом НПВ мы выделяем несколько важных проблем.

Прежде всего необходимо полное дооперационное обследование с использованием современных методик УЗИ с доплероскопией и КТ, до сих пор ангиография остается важнейшим методом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 26 больных с поддиафрагмальным тромбозом ПКР: тромбоз в зоне устьев почечных вен имел место у 6 пациентов, выше устьев почечных вен – у 20. Техника операции при поддиафрагмальном тромбозе НПВ носила однотипный характер. Тщательно выделялась НПВ на всем протяжении до и выше тромба, при этом в аорто-кавальном промежутке выделялась и лигировалась *a.renalis* для уменьшения кровопотери в момент манипуляций на НПВ, выше и ниже тромба. Также на контралатеральную почечную вену накладывались турникеты и затем вскрывался просвет НПВ (учитывалось наличие поясничных вен, в связи с чем на подготовительном этапе было необходимо, по возможности, тщательно мобилизовать НПВ с прошиванием всех визуализируемых коммуникантных вен). У 6 пациентов выполнена краевая резекция НПВ с наложением обычного сосудистого шва, а у 20 больных с распространением процесса в подпечечное пространство осуществлялась обширная резекция НПВ с последующей ангиопластикой стенки «заплатками» из материала под названием «Гортекс». В 4 случаях при распространении тромба ниже почечной вены и истинного прорастания стенки НПВ была выполнена циркулярная резекция НПВ с пластикой сосудистым протезом (в том числе у ребенка 3 лет и у 76-летней пациентки с хорошим исходом и в том и в другом случае). Ни у одного из больных не была осуществлена перевязка контралатеральной левой почечной вены при правостороннем процессе, не применялась также аппаратура для реинфузии крови по причине ее отсутствия в техническом арсенале. Кровопотеря во время этих операций колебалась от 800 мл до 3,5 л, однако интраоперационной смертности не зафиксировано. В раннем послеоперационном периоде (на 13-е сутки) погиб 1 больной от тромбоза легочной артерии.

При оценке отдаленных результатов отмечено, что прогноз в большей степени определяется стадией процесса. При лимфогенных метастазах в стадии N2 ( $n=9$ ; 34,6%) – прогноз неблагоприятный, все пациенты погибли в течение первых 2 лет от генерализации процесса, а 17 человек без поражения региональных ЛУ живы в сроки наблюдения от 3 до 12 лет.

**Выводы.** Целесообразность выполнения расширенных операций при тромбозе НПВ у больных с лимфогенными метастазами сомнительна или требует проведения качественной противоопухолевой терапии современными таргетными препаратами в послеоперационном периоде. Чисто внутрикавальная инвазия при возможном техническом исполнении — достаточно эффективный метод лечения ПКР с венозным тромбозом НПВ.

## РОЛЬ ЭКСПРЕССИИ ТИРОЗИНКИНАЗНОГО РЕЦЕПТОРА AXL КАК МАРКЕРА ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

А.И. Горелов, А.В. Солдатенков, Д.С. Горелов  
ГМПБ №2, ГБ №26, МСЧ №122, Санкт-Петербург

**Введение.** РП составляет около 3% онкологических заболеваний взрослого населения. Течение и прогноз заболевания зависят от многих факторов. В связи с этим одним из актуальных направлений в терапии РП является выделение факторов, позволяющих составить индивидуальный прогноз и определить оптимальную тактику лечения. Выделяют следующие основные группы факторов, влияющих на прогноз заболевания: анатомические, клинико-лабораторные, гистологические и молекулярные. Существуют разнообразные прогностические модели, в которых комбинируются различные факторы прогноза. Тем не менее для предсказания вероятности развития рецидива часто недостаточно определения традиционных факторов прогноза.

Исследования последнего времени выявили ряд маркеров, которые могут иметь прогностическое значение. Одним из этих маркеров является повышенная экспрессия тирозинкиназного рецептора Axl. Оценка известных и выявление новых онкомаркеров позволяет оптимизировать определение индивидуального прогноза у больных с РП, что имеет большое значение при выборе наиболее эффективной тактики лечения.

**Цель исследования** — оценка значимости экспрессии тирозинкиназного рецептора Axl, выявленной в образцах ткани светлоклеточного варианта ПКР, для прогноза течения заболевания.

**Материалы и методы.** Работа основана на ретроспективном анализе клинических данных, а также ИГХ-исследовании гистологического материала 114 больных с локализованным и местно-распространенным ПКР, оперированных в период с 2000 по 2003 г. в ГМПБ №2, ГБ №26 и МСЧ №122 (Санкт-Петербург). Всем пациентам выполнялась радикаль-

ная нефрэктомия. Наблюдение проводили в период с 2000 по 2008 г.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 24 больных, у которых за 5-летний период наблюдения был выявлен рецидив заболевания, во 2-ю — 90 пациентов с его отсутствием.

ИГХ-исследование выполняли с использованием мышиных моноклональных антител к Axl (MAV 423-36; Max Planck Institute of Biochemistry, Department of Molecular Biology, Martinsried/Munich, Germany). Доля позитивных клеток оценивалась как 0 (негатив), 1 ( $\leq 10\%$ ), 2 (11–50%), 3 (51–80%) или 4 ( $>80\%$  позитивных клеток), интенсивность окрашивания — 0 (нет окрашивания), 1 (слабое), 2 (умеренное) или 3 (сильное). Экспрессия Axl определялась как произведение цифрового выражения процента окрашенных клеток и интенсивности их окрашивания: отсутствие/низкая экспрессия (произведение  $<5$ ), умеренная (от 5 до 8) и высокая ( $>8$ ).

**Результаты.** В 1-й группе отсутствия экспрессии Axl не зафиксировано, низкая экспрессия Axl встречалась у 4 (17%) пациентов, умеренная — у 8 (33%), высокая — у 12 (50%). Во 2-й группе отсутствие экспрессии Axl отмечено у 3 (3%) больных, низкая экспрессия Axl — у 42 (47%), умеренная — у 40 (44%), высокая — у 5 (6%).

При сравнении пациентов 2 групп с отсутствием экспрессии Axl статистически достоверной разницы не выявлено ( $p>0,05$ ). Низкая экспрессия Axl достоверно чаще встречалась у пациентов 2-й группы ( $p<0,05$ ). При сравнении пациентов 2 групп с умеренной экспрессией Axl статистически достоверной разницы не обнаружено ( $p>0,05$ ). Высокая экспрессия Axl достоверно чаще зафиксирована у пациентов 1-й группы ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** За 5-летний период наблюдения низкая экспрессия Axl достоверно чаще встречалась в группе пациентов без прогрессирования заболевания, высокая — в группе больных с рецидивом.

Таким образом, высокая экспрессия Axl является значимым фактором в определении вероятности рецидивирования РП после радикальной нефрэктомии.

## ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

М.И. Давидов, П.Н. Митягин,  
Т.Б. Пономарева, А.Д. Малков

Пермская государственная медицинская академия

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучена частота метастазирования рака паренхимы почки у 550 больных за 40 лет (истории болезни стационар-

Локализация метастазов	абсолютное	Число больных с метастазами, %	общее, %
Легкие:	58	52,7	10,5
одиночный метастаз	27	24,5	4,9
множественные метастазы	31	28,2	5,6
Печень	33	30	6
Кости:	20	18,2	3,6
позвоночник	5	4,5	0,9
ребра	4	3,6	0,7
плечо	4	3,6	0,7
бедро	2	1,8	0,4
кости таза	1	0,9	0,2
череп	1	0,9	0,2
прочие	3	2,7	0,5
Отдаленные ЛУ:	17	15,5	3,1
подвздошные	5	4,5	0,9
средостения	4	3,6	0,7
надключичные и шейные	5	4,5	0,9
прочие	3	2,7	0,5
Головной мозг	8	7,3	1,5
Спинальный мозг	1	0,9	0,2
Контралатеральная почка	8	7,3	1,5
Надпочечник	5	4,5	0,9
Послеоперационный рубец	4	3,6	0,7
Щитовидная железа	2	1,8	0,4
Поджелудочная железа	2	1,8	0,4
Селезенка	1	0,9	0,2
Гортань	1	0,9	0,2
Миокард	1	0,9	0,2
Перикард	1	0,9	0,2
Яичник	1	0,9	0,2
Матка	1	0,9	0,2
Кавернозные тела полового члена	1	0,9	0,2

**Примечание.** Абсолютные цифры и проценты не подлежат суммированию, ибо почти у половины больных наблюдались множественные метастазы в разные органы.

ных больных, данные аутопсий). Отдаленные метастазы отмечены у 110 (20%) пациентов. Одиночные метастазы наблюдались у 56 больных, множественные — у 54. Частота метастазирования в различные органы отражена в таблице.

В литературе мы не встретили данных по изучению частоты метастазирования у такого большого числа больных РП и за такой длительный срок (40 лет). Опухолевое поражение регионарных ЛУ (в области ворот почки, парааортальные, паракавадные) отмечено у 88 (16%) человек. У 113 (20,5%) больных первичная опухоль прорастала в окружающие ткани и органы: околопочечную и забрюшинную клетчат-

ку (65 случаев), просвет почечной вены (24), нижнюю полую вену (20), надпочечник (19), брюшину (18), ободочную кишку (7), большой сальник и мышцы брюшной стенки (по 5), печень и поджелудочную железу (по 4), позвоночник (3), селезенку и диафрагму (по 2), плевру, ребро, двенадцатиперстную кишку и яичник (по 1).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ С ОПУХОЛЕВЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ

М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев,  
К.М. Фигурин, М.И. Волкова, В.А. Черняев  
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

**Цель исследования** – оценка результатов хирургического лечения РП, осложненного опухолевым венозным тромбозом.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных 306 больных РП с опухолевым венозным тромбозом, подвергнутых хирургическому лечению в ГУ РОНЦ РАМН в период с 1981 по 2007 г. Медиана возраста – 55,7 (19–82) года. Мужчин – 56,8%, женщин – 43,2%. Поражение правой почки выявлено у 58,7%, левой – у 40,9%, обеих – у 1 (0,4%) больного. Опухоль распространялась за пределы фасции Героты в 21% наблюдений. Опухолевый тромбоз почечной вены имел место в 144 (47,1%), периренального отдела НПВ – в 23 (7,5%), подпеченочного отдела НПВ – в 74 (24,2%), внутривенного отдела НПВ – в 23 (7,5%), наддиафрагмального отдела НПВ – в 42 (13,7%) – в том числе с распространением в правые отделы сердца – в 31 (10,1%) из 306 случаев. Опухолевый тромб вращал в венозную стенку в 91 (29,7%) наблюдении. Метастазы в регионарные ЛУ выявлены у 72 (23,5%) – N1 – 19 (6,2%), N2 – 53 (17,3%), отдаленные метастазы – у 75 (24,5%) больных. Всем пациентам выполнены нефрэктомия, тромбэктомия – в условиях искусственного кровообращения – в 6 (1,9%) случаях. В 12 (4,6%) наблюдениях произведена экстирпация НПВ – с протезированием – 2 (0,7%) больным. В 4 (1,3%) случаях удалены солитарные метастазы (контралатеральная почка – 1, костные – 1, надпочечник – 2). После операции 133 (43,5%) больным проводилась иммунотерапия – 72 (23,6%) пациентам с отдаленными метастазами, 61 (19,9%) – после радикального удаления опухоли. Медиана наблюдения составила 29 (1–200) мес.

**Результаты.** Полное удаление опухолевоизмененной почки с тромбом удалось выполнить 295 (96,4%) пациентам. Медиана интраоперационной кровопотери – 4500 (300–25 000) мл. Тяжелые осложнения отмечены у 48 (15,7%) больных: коагулопатия – 42 (13,7%), спаечная кишечная непроходимость – 2 (0,7%), тромбоз легочной артерии – 2 (0,7%), синдром полиорганной недостаточности – СПОН – 19 (6,2%). Летальность – 4,9% ( $n=15$ ), обусловлена СПОН. У 61 (27,2%) из 224 больных,

подвергнутых полному удалению всех опухолевых очагов, развились рецидивы. Из 61 пациента с рецидивами 12 (19,7%) получили радикальное хирургическое лечение (удаление местного рецидива – 5, удаление метастазов – 7), 49 (80,3%) – консервативную терапию. Общая 5- и 10-летняя выживаемость 306 пациентов составила 53,1 и 30,4% (медиана 74,6±11,9 мес), специфическая – 59,1 и 43,7% (медиана 76,3±12,3 мес); безрецидивная выживаемость 224 радикально оперированных больных – 60,1 и 35,3% (медиана 35,5±7,7 мес) соответственно. В однофакторном анализе неблагоприятное влияние на специфическую выживаемость продемонстрировали категории N+ ( $p=0,0005$ ) и M+ ( $p<0,0001$ ), вращание опухоли в паранефрий ( $p=0,0238$ ), а также нерадикальность операции ( $p<0,0001$ ). Отмечена тенденция к снижению специфической выживаемости при степени анаплазии G3 ( $p=0,0867$ ) и множественных метастазах ( $p=0,0626$ ). В многофакторном анализе подтверждена прогностическая значимость радикальности хирургического вмешательства ( $p<0,0001$ ).

**Выводы.** Радикальное хирургическое вмешательство позволяет обеспечить удовлетворительные результаты лечения больных РП с опухолевым венозным тромбозом независимо от уровня распространения опухоли по венозному просвету.

## ИММУНОТЕРАПИЯ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА РЕАФЕРОНОМ: ДОЗА И РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА

В.П. Задерин, А.Н. Шевченко  
ФГУ Ростовский научно-исследовательский  
онкологический институт Росмедтехнологий

На протяжении более 15 лет ИФН применяется в иммунотерапии ПКР, однако оптимальные дозы и режимы введения препарата так и не были стандартизированы. Рекомендуются разовые дозы реаферона колеблются от 3 млн ЕД с увеличением дозы на 1 млн ЕД при каждом последующем курсе лечения (С.М. Костенко и соавт., 1999) до 18 млн ЕД (Д.Х. Микич, 2005) на 1 введение. Общая доза реаферона на курс лечения составляет от 25 до 100 млн ЕД и более, но результаты лечения примерно одинаковы. Тем не менее высокие дозы ИФН вызывают побочные явления (высокая температура, расстройство кишечника, лейкопения), в связи с чем необходимы снижение дозы до 3 млн ЕД ИФН и менее, а иногда и отказ от реаферонотерапии. Можно предположить, что эффективность лечения зависит не столько от дозы вводимого препарата, сколько от уровня реактивности организма больного в ответ на дозу вводимого препарата. В

конечном итоге реаферонотерапия направлена на повышение резистентности (неспецифической и противоопухолевой) организма конкретного больного. Следовательно, подбор иммуномодулирующей дозы препарата, в частности реаферона, и режим его введения должны быть индивидуальны и варьироваться с учетом изменения некоторых общих признаков реактивности организма больного. С нашей точки зрения, одними из общих признаков уровня реактивности организма могут быть адаптационные реакции тренировки и активации (Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко, 1998) и температура тела в ответ на каждую вводимую дозу реаферона. Тип адаптационной реакции определяется прежде всего по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле крови. Остальные форменные элементы белой крови и общее число лейкоцитов дополнительно свидетельствуют о степени полноценности реакций и их напряженности. Реакция тренировки – доля лимфоцитов 21–27%, реакция спокойной – 28–33%, повышенной активации – 34–45%, острый и хронический стресс < 20%. Оптимальными для больного являются реакции тренировки и спокойной активации. Известно, что повышение температуры тела приводит к синтезу ИФН, активации макрофагов, дифференциации лимфоцитов, усилению иммунитета. Повышение температуры тела служит защитной реакцией организма. Оптимальным условием для естественной выработки ИФН является температура тела 38°C. Таким образом, доза реаферона, вводимого больному для профилактики и лечения метастазов ПКР, должна одновременно способствовать выработке организмом естественных ИФН и адаптационных реакций тренировки или спокойной активации. С учетом изложенного мы разработали методику реаферонотерапии больных с генерализованными формами ПКР, когда реаферон вводят в/м, начиная с 1 млн ЕД, под контролем динамики температуры тела и количества лимфоцитов в лейкоцитарной формуле крови. Дозу реаферона повышают на 1 млн ЕД при каждом последующем (через 1–2 дня) введении, до тех пор, пока температура тела не поднимется до 37,5–38,0°C и будет удерживаться в течение 2–3 ч после введения реаферона, а содержание лимфоцитов в лейкоцитарной формуле крови через сутки после введения составит 21–33%. В процессе курса лечения (10 введений реаферона) контролируют температурную реакцию тела и уровень лимфоцитов в формуле крови и, в соответствии с этими показателями, меняют или сохраняют разовую дозу реаферона. По предлагаемой методике пролечены 24 больных с генерализованными формами ПКР. Лечение больных проходило без осложнений. Разовая доза реаферона составила от 250 тыс. до 6 млн ЕД в зависимости от ответной адаптационной реакции организма. Поддерживающие курсы имму-

нотерапии можно проводить многократно, с интервалом 2–3 нед без ущерба для общего состояния пациента вплоть до обнаружения факта прогрессирующей метастатической болезни, несмотря на лечение.

## МЕСТО РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТЧНОГО РАКА

В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин,  
В.В. Калалб, В.В. Симоненко

*Отделение онкоурологии Тюменского областного онкологического диспансера*

**Введение.** В настоящее время выполнение органосохраняющей резекции почки при стадии T1a ПКР является стандартом лечения. Определенную трудность представляет оперативное лечение пациентов, страдающих опухолью единственной почки, а также больных пожилого возраста с небольшими опухолевыми процессами в почке, но имеющих интеркуррентные заболевания в стадии суб- и декомпенсации. В подобных ситуациях целесообразно использование малоинвазивных методов лечения, в частности РЧА. Этот метод применялся нами при метастатическом поражении печени, но в последнее время мы стали использовать его при определенных показаниях (у пожилых пациентов с небольшими образованиями почек с тяжелой сопутствующей патологией). Преимущества данной методики: низкая травматичность, щадящий подход к почечной ткани, а также возможность повторного воздействия при рецидиве заболевания.

**Цель исследования** – оценка предварительных результатов лечения небольших опухолей почек с применением РЧА.

**Материалы и методы.** В отделении онкоурологии Тюменского областного онкологического диспансера в период с 2007 по 2009 г. проведено 12 сеансов РЧА 11 пациентам с T1a ПКР и 9 сеансов – больным с метастатическим поражением печени.

Лечение всех пациентов осуществлялось с использованием аппарата Coll-Tip RF Ablation Sistem под УЗ-контролем чрескожным доступом (при ПКР) и при лапаротомии с визуальным контролем (при метастатическом поражении печени). Все больные первичным ПКР ( $n=10$ ) – женщины в возрасте 70–75 лет. Размеры опухоли – от 2,5 до 3,5 см. Всем пациенткам до процедуры выполнялась перкутанная биопсия опухоли почки с морфологической верификацией, а затем проводился сеанс РЧА одноигольчатым электродом в течение 12 мин.

У 9 больных диагностированы солитарные метастазы в печени диаметром от 4 до 4,5 см, 8 – вы-



полнялась РЧА кластерным электродом, а 1 – резекция правой доли печени путем пунктирного проваривания игольчатым электродом сегмента печени.

**Результаты.** Все больные удовлетворительно перенесли сеансы РЧА, интраоперационных осложнений не зарегистрировано, пациенты после перкутанной методики выписывались на 4–5-е, после лапаротомии – на 11–12-е сутки. Всем больным через 3 мес проводили КТ- и УЗ-контроль, во всех случаях обнаружен аваскулярный очаг. Одна больная настояла на выполнении нефрэктомии после сеанса РЧА. На макропрепарате имелся очаг фиброзной ткани размером до 3 см, гистологическое исследование данных, подтверждающих наличие опухолевого роста, не выявило.

**Выводы.** На основании данных литературы и предварительных результатов после проведения РЧА метод рассматривается как действенное дополнение к существующим способам терапии.

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ

**В.П. Изгейм, А.В. Лыков, А.В. Купчин,  
В.В. Калалб, В.В. Симоненко, Д.А. Черепанов**  
*Отделение онкоурологии Тюменского областного онкологического диспансера*

**Введение.** ПКР – одно из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Более 200 тыс. новых случаев ПКР диагностируется в мире ежегодно, что в структуре онкологической заболеваемости составляет около 2%. В 2007 г. в РФ выявлено 16 770 больных ПКР, что составило 4,13% у мужчин и 2,87% – у женщин среди всех злокачественных новообразований. По темпам прироста онкологической заболеваемости в России ПКР устойчиво занимает 3-е место (35,83%) после РПЖ и рака щитовидной железы. Ежегодно в России от ПКР погибают более 8 тыс. больных. Стандартизованная заболеваемость ПКР составляет 8,09 на 100 тыс. населения.

Рост заболеваемости ПКР объясняется как улучшением диагностики на основе современных исследований – УЗИ, КТ, МРТ, так и ростом истинной заболеваемости РП. В настоящее время в 25–40% случаев заболевание выявляют случайно при профилактическом осмотре. Улучшение методов диагностики привело к тому, что на сегодняшний день выявляемость ранних стадий ПКР составляет до 60–70% случаев. В Тюменской области в 1995 г. доля ПКР I–II стадии составляла 15,44%, а в 2008 г. – 53,64%. Тем не менее по статистике больные с небольшими опухолями почки чаще подвергаются радикальной нефрэктомии, чем резекции почки, несмотря на то, что доказа-

на равная эффективность этих методов. Хирургический подход и сегодня остается единственным радикальным методом лечения РП. Показания к оперативному лечению в последнее время претерпели значительные изменения: с одной стороны, значительно возросло число органосохраняющих операций, с другой – существенно расширились показания к агрессивной хирургической тактике при генерализованных формах заболевания. В связи с повышенным вниманием к вопросам качества жизни в последнее время отчетливо просматривается тенденция органосохраняющего лечения ПКР и последнее становится стандартом хирургического лечения опухолей T1. Открытая резекция почки сопровождается большим количеством осложнений, чем нефрэктомия, однако она позволяет сохранить больший объем функционирующей почечной ткани, снизить риск развития почечной недостаточности. В последние годы органосохраняющее лечение РП с удовлетворительными результатами выполняется при новообразованиях размером > 7 см, интрапаренхиматозном расположении, множественных опухолевых узлах.

**Цель исследования** – изучение результатов органосохраняющего лечения РП.

**Материалы и методы.** За период с 1996 по 2008 г. в отделении онкоурологии ТООД выполнено 1569 оперативных вмешательств по поводу ПКР, из них 190 (12,2%) резекций почки, причем соотношение нефрэктомия – резекция в 1996 г. было 1,6%, а в 2008 г. – 57,9%.

**Результаты.** Проведен ретроспективный анализ ближайших и отдаленных результатов резекций почки у 190 больных. Средний возраст оперированных пациентов составил 52,6 года. Мужчин было 62,5%, женщин – 37,5%. Поражение правой почки отмечено у 101 (53,2%) пациента, левой – у 89 (46,8%); синхронный РП диагностирован у 7 (3,6%), асинхронный у 4 (2,5%); рак единственной почки – у 3 (1,2%), РП при нормальной контралатеральной – у 176 (92,5%) больных. Новообразование со стороны резекции локализовалось в верхнем полюсе в 41,3%, в нижнем – в 28,4%, в среднем – в 30,3% случаев. Средний размер новообразования составил 6 (от 2 до 10) см. Категория T расценена как T1a – у 85 (44,7%), T1b – у 70 (36,8%), T3a – у 35 (18,5%) пациентов. Поражение ЛУ выявлено в 3 (2,7%) случаях, отдаленные метастазы (контралатеральный надпочечник) – у 2 (1,8%) пациентов.

Светлоклеточный вариант ПКР имел место в 96,2%, гранулезно-клеточный – в 2%, миосаркома – в 0,9%, липосаркома – в 0,9% наблюдений. Степень анаплазии опухоли: G<sub>1</sub> – 55,6%, G<sub>2</sub> – 36,6%, G<sub>3</sub> – 7,8%.

Всем больным до операции проводился диагностический комплекс, включающий в себя УЗИ и методы лучевой диагностики – КТ и МРТ. На основании результатов КТ и МРТ принималось решение о технической возможности выполнения органосо-

Таблица 1. Стадия (pT) (n=176)

Стадия (pT)	Абсолютное число	Процент
pT1a	85	48
pT1b	63	36
pT3a	28	16

Таблица 2. Пятилетняя выживаемость (%) больных по стадиям в зависимости от вида операции

Стадия	Резекция почки	Нефрэктомия
pT1a	100	100
pT1b	98,8	96,5
pT3a	74,9	71,4

Таблица 3. Пятилетняя выживаемость (%) больных ПКР в стадии pT3a в зависимости от размеров новообразования и вида операции

Размер опухоли, см	Нефрэктомия	Резекция почки
< 4	83,3	100
> 4	71,4	73,8

храняющей операции. Абсолютные показания к проведению резекции почки были у 14 (7,4%) больных: синхронное поражение почек – у 7 (3,6%), асинхронное – у 4 (2,1%), рак единственной почки – у 3 (1,6%). Элективные показания к выполнению резекции почки, подразумевающие наличие удобной для резекции почки, были у 176 (92,7%) пациентов.

Всем больным операция выполнена чрезбрюшинным доступом, пережатие почечной артерии для лучшей визуализации зоны резекции и уменьшения интраоперационной кровопотери использовалось в исключительных случаях у 16 (14,4%) пациентов. В основном применяли оригинальные методики локальной ишемизации почечной ткани путем стронгалюсионного пережатия викриловой нитью полюса почки при расположении новообразования в нижнем или верхнем ее полюсе, краевое сжатие почечной ткани зажимом Сатинского – при расположении опухоли в среднем сегменте. Благодаря перечисленным оперативным приемам, на наш взгляд, снизился риск развития острой почечной недостаточности (ОПН) в послеоперационном периоде.

Осложнения послеоперационного периода отмечены у 12 (6,3%) пациентов. Кровотечение, потребовавшее реоперации, развилось у 3 больных (в 2 случаях закончилось нефрэктомией). У 2 (1,1%) пациентов с асинхронным РП развились явления ОПН, в 1 случае купированные консервативными методами, в другом – посредством проведения гемодиализа. У 3

пациентов диагностирована урогематома, потребовавшая дренирования, у 1 больного обнаружен карбункул почки, выполнено дренирование почки с иссечением последнего. В 4 случаях наблюдалось подтекание мочи по дренажам, которое купировано установлением мочеточникового стента. У 1 пациента возникло желудочное кровотечение из хронической язвы желудка, ему была выполнена резекция желудка с хорошим исходом. Летальных исходов после операции не наблюдалось, не отмечено ни одного случая развития местного рецидива опухоли. Летальных случаев после резекции почки не зафиксировано.

По результатам лечения синхронного ПКР (n=7) – 1 больной умер в течение года от генерализации процесса, 6 – живы в сроки от 1 года до 13 лет; асинхронного ПКР (n=4) – 1 пациент умер через 4 года от ХПН, другой – через 6 лет от генерализации процесса, а 2 – живы в сроки от 2 до 4 лет; ПКР единственной почки (n=4) – 1 больной умер через год от острого нарушения мозгового кровообращения, а оставшиеся пациенты живы в сроки от 3 до 9 лет.

Результаты лечения больных ПКР по элективным показаниям представлены в табл. 1–3.

**Выводы.** Резекция почки – эффективный и безопасный метод лечения локализованного ПКР (T1a–T1b). Она может быть выполнена с хорошими результатами у больных местно-распространенным (pT3aN0M0) ПКР, хотя этот вопрос до сих пор остается спорным, и возможна при хорошо выраженной капсуле опухоли.

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗОВАННЫМ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЧКИ

А.С. Калпинский, Б.Я. Алексеев,  
И.Г. Русаков, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева  
МНИОИ им. П.А. Герцена

**Цель исследования** – оценка отдаленных результатов радикальной нефрэктомии (НЭ) с расширенной ЛАЭ и без нее у больных ПКР без отдаленных метастазов (МТС).

**Материалы и методы.** В ретроспективное исследование включены 489 больных ПКР, которым выполнили НЭ в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена в 1992–2008 гг.: у 351 пациента осуществлена НЭ с расширенной ЛАЭ и у 138 – НЭ без ЛАЭ. Группы больных были сопоставимы по возрасту и полу. Размер опухоли у пациентов в группе НЭ с ЛАЭ достоверно больше, чем у больных, которым

выполнена НЭ без ЛАЭ, медиана – 6,5 и 5 см соответственно ( $p < 0,001$ ). В группе НЭ с ЛАЭ стадию сT1a диагностировали у 36 (10,2%) больных, сT1b – у 113 (32,2%), сT2 – у 83 (23,6%), сT3a – у 93 (26,5%), сT3b–c – у 24 (6,9%), сT4 – у 2 (0,6%) пациентов и 23,2; 44,9; 18,1; 10,9; 2,9 и 0% соответственно у больных, которым выполнена НЭ без ЛАЭ.

**Результаты.** В 31 (8,8%) случае обнаружено метастатическое поражение ЛУ. У 15 (4,3%) больных метастатическое поражение регионарных ЛУ диагностировано на предоперационном этапе и у 3 (0,8%) – при интраоперационной ревизии. После морфологического исследования метастазы в ЛУ верифицированы у 13 (3,7%) больных. Выявлены достоверные различия безрецидивной (БРВ) и общей (ОВ) выживаемости больных с лимфогенными МТС и без них ( $p < 0,001$ ). Пятилетняя ОВ и БРВ пациентов с рN+ составила 53; 36,2 и 86,1; 80,6% – в группе рN0. Пятилетняя ОВ больных, которым выполнили НЭ с ЛАЭ, со стадиями сT1, сT2 и сT3a составила 97,4; 83,4; 77,6 и 94,5%; 94,1; 65,6% – в группе НЭ без ЛАЭ. Статистически достоверных различий в показателях ОВ и БРВ в зависимости от клинической стадии не зафиксировано. Пятилетняя БРВ в группе НЭ с ЛАЭ со стадиями сT1, сT2 и сT3a составила 92,9; 76,2; 68%, а в группе больных с НЭ без ЛАЭ – 92,4; 86,7; 42,5% соответственно.

**Вывод.** По данным проведенного ретроспективного анализа расширенная ЛАЭ не улучшает ОВ и БРВ больных локализованным и местно-распространенным ПКР без отдаленных и регионарных МТС.

## ОЦЕНКА ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ДО И ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ

М.И. Коган, А.А. Гусев, М.М. Батюшин,  
С.В. Евсеев, Н.А. Садовнича

Кафедра урологии, кафедра внутренних болезней №1  
Ростовского государственного медицинского  
университета

**Введение.** Хронические заболевания почек (ХЗП), не определяемые с помощью лучевых методов диагностики, могут приводить к снижению почечной функции и, как следствие, к прогрессированию кардиальной патологии, артериальной гипертензии с увеличением летальности от этих заболеваний. В настоящее время определено, что оценка почечной функции по уровню сывороточного креатинина не является точной и достоверной. Однако проведение точной оценки почечной функции необходимо прежде

всего у больных ПКР как кандидатов для потенциального хирургического удаления значительной части функционирующей почечной ткани.

**Цель исследования** – определение факторов прогноза стойкого снижения почечной функции у больных ПКР после радикальной нефрэктомии на основе оценки почечной функции до операции и в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** 62 пациентам с ПКР в стадии T3aN0M0, G1–2, светлоклеточный тип, анатомически и функционально нормальной контралатеральной почкой и нормальным уровнем сывороточного креатинина выполнено дооперационное и послеоперационное, в течение 12 мес, исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на основе оценки расчетного (по формуле CGAW – Cockcroft – Gault model based on actual weight) клиренса креатинина. Проведена оценка влияния пола, возраста, веса, размеров опухоли, сопутствующей патологии (СД) и предоперационного уровня расчетного клиренса креатинина на стойкое снижение СКФ после операции.

**Результаты.** Исходный уровень СКФ  $\geq 90$  мл/мин был у 83,7% пациентов (ХЗП I стадии – K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis, 2002), СКФ от 60 до 90 мл/мин (ХЗП II стадии) – у 11,2% пациентов и от 30 до 60 мл/мин (ХЗП III стадии) – у 5,1%.

Через 3 мес после операции снижение СКФ отмечено у всех пациентов с размерами опухоли  $< 7$  см. Однако изменение (увеличение) стадии ХЗП было у 87,2% больных старше 60 лет с исходным уровнем СКФ от 60 до 90 мл/мин и всех пациентов с СД. У больных с размерами опухоли  $> 7$  см (все моложе 55 лет) зафиксировано повышение СКФ, более значимое при исходном уровне СКФ  $> 90$  мл/мин.

Наибольшее снижение СКФ выявлено через 6–7 мес после операции. Снижение СКФ в сравнении с уровнем СКФ на 3-м месяце после операции наблюдалось и у пациентов с размерами опухоли  $> 7$  см, из них у 23,8% СКФ снизилась до предоперационного уровня. У всех больных старше 60 лет и с предоперационным уровнем СКФ от 60 до 90 мл/мин (ХЗП II стадии) в эти сроки имело место снижение СКФ  $< 60$  мл/мин. При этом клинически пациенты с сопутствующей кардиально-сосудистой патологией отмечали ухудшение кардиальной симптоматики и стойкое повышение АД.

Через 11–12 мес после операции среди пациентов с предоперационным уровнем СКФ  $> 90$  мл/мин стойкое снижение СКФ было у 52%, из них у 23,5% отмечено снижение СКФ до 60–90 мл/мин (ХЗП II стадии) с перманентным повышением уровня сывороточного креатинина только у 8,2% больных. Среди пациентов с дооперационным уровнем СКФ 60–90

мл/мин снижение СКФ было у 83,5%, из них СКФ < 60 мл/мин – у 58,6% с периодическим повышением уровня сывороточного креатинина у 24,7% больных. Снижение СКФ установлено у всех пациентов с дооперационным расчетным клиренсом креатинина < 60 мл/мин, однако  $\geq 45$  мл/мин и периодическим повышением уровня сывороточного креатинина.

При мультивариантном анализе факторами, статистически значимо влияющими на стойкое снижение СКФ у больных ПКР (Т3аN0M0, G1–2, светлоклеточный тип) через 12 мес после радикального хирургического лечения, являлись: исходный уровень СКФ < 90 мл/мин ( $p=0,01$ ), возраст старше 60 лет ( $p=0,03$ ), наличие СД ( $p=0,008$ ), размер опухоли > 7 см ( $p=0,05$ ).

**Выводы.** СКФ (расчетный клиренс креатинина) в сравнении с уровнем сывороточного креатинина является более точным показателем в оценке почечной функции и фактором прогноза стойкого снижения почечной функции у больных ПКР после хирургического лечения.

Пациенты с ПКР и дооперационным уровнем СКФ < 90 мл/мин имеют высокий риск стойкого снижения почечной функции после выполнения радикальной нефрэктомии, в связи с чем их следует рассматривать как кандидатов для выполнения органосохраняющей хирургии.

У пациентов старше 60 лет, с ХЗП II стадии и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией в сроки 6–7 мес после радикальной хирургии отмечен высокий риск прогрессирования кардиальной патологии, связанный с ухудшением почечной функции, эти больные должны активно наблюдаться кардиологом.

## **ОЦЕНКА СНИЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРОГРЕССИИ РАКА ПОЧКИ**

**М.И. Коган, А.А. Гусев, М.М. Батюшин,  
С.В. Евсеев, Н.А. Садовнича**

*Кафедра урологии, кафедра внутренних болезней №1  
Ростовского государственного медицинского  
университета*

**Введение.** В настоящее время существует множество доказанных и изучаемых факторов прогноза прогрессии ПКР после радикального хирургического лечения. По данным литературы, хронические заболевания почек (ХЗП) сопутствуют ПКР и могут способст-

вовать его развитию и прогрессии. Однако ХЗП часто верифицируются только при морфологическом исследовании удаленной опухолевой почки и до операции не могут быть обнаружены существующими на сегодняшний день методами лучевой диагностики. С другой стороны, доказано, что ХЗП влияют на почечную функцию, снижение которой может быть выявлено путем определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), оставшейся после радикальной нефрэктомии «нормальной» контралатеральной почки.

**Цель исследования** – оценка прогностической значимости снижения СКФ на прогрессию ПКР после радикальной нефрэктомии, определение влияния суммарного размера опухолевых очагов у больных с асинхронными метастазами на почечную функцию.

**Материалы и методы.** Исследование СКФ выполнено в 2 группах пациентов. Первую группу составили 54 больных после радикальной нефрэктомии, выполненной более чем 12 мес назад (Т3аN0M0, G1–2, светлоклеточный тип); 2-ю группу – 23 пациента с признаками прогрессии ПКР (отдаленные метастазы, местный рецидив опухоли), наблюдавшиеся через 10–25 мес после радикальной нефрэктомии (Т2N0M0 – 11,3%, Т3аN0M0 – 83,5%, Т3bN0M0 – 4,2%, светлоклеточный тип). Число и размеры опухолевых очагов во 2-й группе определялись по данным спиральной КТ.

**Результаты.** Средний возраст пациентов 1-й группы составил 62,3 года и значимо не отличался от такового во 2-й группе – 64,6 года. Средние размеры удаленной опухоли в 1-й группе – 6,8, во 2-й – 7,1 см. Ни у кого из пациентов 2 групп не отмечено признаков заболевания единственной почки, определяемых лучевыми методами диагностики, кроме простых кист диаметром до 2 см (9 пациентов в 1-й группе и 4 – во 2-й). Процентное соотношение больных СД было одинаковым (5,5% – 1-я группа, 4,7% – 2-я группа). На момент исследования некоторым пациентам из 2-й группы уже проводилась иммунотерапия, однако в литературе нет четких данных о влиянии препаратов цитокинового ряда на почечную функцию.

Среди пациентов 1-й группы снижение СКФ от 60 до 90 мл/мин зафиксировано у 21,4% больных, < 60 мл/мин – у 5,3%. Во 2-й группе снижение СКФ от 60 до 90 мл/мин было у 46,8% больных, < 60 мл/мин – у 12,7%. Таким образом, средний уровень снижения СКФ во 2-й группе пациентов с признаками прогрессии ПКР статистически значимо отличался от этого показателя в 1-й группе.

Во 2-й группе не выявлено корреляции между СКФ и суммарным размером опухолевых очагов.

**Выводы.** Объем опухолевой ткани при прогрессии ПКР после радикальной нефрэктомии не влияет на СКФ единственной почки.

Снижение почечной функции у больных с прогрессированием ПКР должно учитываться при на-

значении противоопухолевой терапии, влияющей на почечную функцию, для чего необходимо изучение влияния таргетных препаратов на функцию почек.

Снижение СКФ у больных ПКР после радикальной нефрэктомии может быть прогностическим фактором прогрессирования опухоли и требует дальнейшего изучения в проспективных исследованиях.

## ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КЛЕТочНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К РЕАФЕРОНУ *IN VITRO* У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ ДО И ПОСЛЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ

Л.М. Куртасова<sup>2</sup>, Е.А. Шкапова<sup>1</sup>,  
Н.В. Рачкова<sup>1</sup>, Р.А. Зуков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Красноярский краевой онкологический  
диспансер им. А.И. Крыжановского;

<sup>2</sup>Красноярский государственный медицинский  
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

**Введение.** Одной из актуальных проблем современной онкоурологии является высокий уровень заболеваемости ПКР, на долю которого приходится до 97% всех опухолей почек и 3% — всех ЗН у взрослых. Основным радикальным методом лечения ПКР при отсутствии признаков диссеминации по-прежнему считается нефрэктомия. Относительная резистентность к ЛТ, низкая эффективность ГТ и ХТ определяют столь широкие показания к хирургическому лечению. В то же время у 55–60% больных ПКР диагностируется уже в III–IV стадиях заболевания, когда важной составляющей комбинированного лечения является ИФН-терапия. Не вызывает сомнения тот факт, что клиническое использование препаратов ИФН наиболее целесообразно, в случае если известна клеточная чувствительность у больных к данному препарату не только до начала лечения, но и после ИФН-терапии.

**Цель исследования** — определение клеточной чувствительности *in vitro* у больных ПКР до и после проведения ИФН-терапии.

**Материалы и методы.** Выполнены наблюдения за больными местно-распространенным ПКР до операции ( $n=132$ ), через 30 дней после радикальной нефрэктомии, перед началом ( $n=45$ ) и через 3 нед после 1-го курса реаферонотерапии ( $n=20$ ). Индивидуальную клеточную чувствительность определяли путем исследования хемилюминесценции (ХЛ) лейкоцитов крови (De Sole и соавт., 1989) при наличии 2000, 4000 и 10 000 МЕ реаферона в реакционной среде. Концентрация реаферона рассчитана на ос-

новании числа лейкоцитов в пробе и величины терапевтических доз, назначаемых больным ПКР.

У пациентов с ПКР до операции ни одна из исследуемых доз реаферона статистически значимо не изменяет параметры ХЛ лейкоцитов. Вероятно, такая резистентность объясняется отсутствием на поверхности лейкоцитов достаточного количества соответствующих рецепторов или нарушением сигналпередающего аппарата клетки, что в свою очередь, может быть обусловлено наличием опухоли в организме. Через 30 дней после операции наблюдалась тенденция к восстановлению клеточной чувствительности к реаферону *in vitro*. При наличии 10 000 МЕ реаферона в реакционной среде отмечается тенденция к снижению времени выхода на максимум спонтанного свечения лейкоцитов в 55,5% случаев относительно соответствующего параметра при воздействии дозы 4000 МЕ. Время выхода на максимум стимулированной ХЛ увеличивается относительно контрольного значения при воздействии реаферона в концентрации 4000 МЕ в 64,4% случаев. Обнаружена тенденция к увеличению площади стимулированной ХЛ лейкоцитов в ответ на присутствие в реакционной среде реаферона в концентрации 10 000 МЕ относительно соответствующего параметра при воздействии дозы 4000 МЕ.

Анализ клеточной чувствительности к реаферону выявил 4 типа реакции после 1-го курса иммунотерапии. В первом случае клеточная чувствительность к реаферону снижается после 1-го курса лечения данным препаратом. Повышение индекса активации наблюдается уже при более высокой, чем до лечения, дозе реаферона. Такой ответ зафиксирован в 40% случаев ( $n=8$ ). Второй по частоте встречаемости (25% случаев,  $n=5$ ) тип изменения клеточной чувствительности после 1-го курса иммунотерапии характеризовался способностью лейкоцитов к модуляции ХЛ-ответа в присутствии более низкой дозы реаферона по сравнению с дозой, получаемой в течение 1-го курса терапии. Третий тип изменения клеточной чувствительности наблюдался у 3 (15%) пациентов, характеризовался сохранением чувствительности лейкоцитов к дозе реаферона, назначенной на 1-й курс терапии. Четвертый тип клеточного ответа на реаферонотерапию установлен у 4 (20%) больных и заключался в полном исчезновении положительного ответа лейкоцитов на воздействие всех исследуемых доз реаферона *in vitro* через 3 нед после проведения 1-го курса лечения. Следовательно, клеточная чувствительность к реаферону после 1-го курса иммунотерапии изменялась у 85% наблюдаемых больных ПКР. Изменение дозы реаферона на 2-й курс было рекомендовано 65% пациентам (увеличение — в 40%, снижение — в 25% случаев), в 20% наблюдений лейкоциты теряли клеточную чувствительность *in vitro* к реаферону.

**Выводы.** Для повышения эффективности ИФН-терапии у больных ПКР следует не только соблюдать режим введения, но и определять индивидуальную клеточную чувствительность к реаферону как до начала терапии, так и перед проведением следующего курса, поскольку высока вероятность необходимости изменения дозы препарата.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОЧКИ

Т.Н. Мусаев, А.Р. Алиев, А.М. Али-заде

*Национальный центр онкологии, Баку,  
Республика Азербайджан*

**Введение.** Заболеваемость РП в настоящее время неуклонно растет. Несмотря на улучшение и усовершенствование методов диагностики, часть больных обращается в профильные учреждения уже с местно-распространенным процессом. Причиной тому является длительное бессимптомное течение. Обращаемость в онкостационар нередко обусловлена наличием пальпируемого образования.

**Материалы и методы.** В период с 2005 по 2007 г. в отделение абдоминальной онкологии НЦО Азербайджана поступили 46 больных РП. Всем пациентам в рамках предоперационного исследования проведены ультразвукографическое исследование, КТ, МРТ органов брюшной полости, рентгенография, а при необходимости и КТ легких, головного мозга, а также радиоизотопное исследование костей. На основании полученных данных 7 больным отказано в проведении оперативного лечения вследствие наличия множественных отдаленных метастазов, 21 — проведены стандартные нефрэктомии с ЛАЭ. У 18 пациентов хирургическое лечение РП было комбинированным, из них у 11 имелся рак правой почки, а у 7 — левой. Во всех случаях операции выполнены срединным лапаротомным доступом.

Из 11 больных раком правой почки наряду с нефрэктомией 5 пациентам выполнена правая гемиколэктомия (в 1 случае — с резекцией стенки двенадцатиперстной кишки), 4 — атипичная резекция правой доли печени, 2 — резекция стенки нижней полой вены. Из 7 пациентов с раком левой почки 4 наряду с нефрэктомией проведены спленэктомии с резекцией хвоста поджелудочной железы, 2 — резекция толстой кишки, 1 — резекция стенки аорты на протяжении 3 см.

**Результаты.** В постоперационном периоде умерли 2 больных. В 1-м случае больная скончалась от тромбоэмболии, развившейся после выполнения

комбинированной операции на правой почке. Во втором случае пациент умер через 14 ч после осуществления правой комбинированной нефрэктомии с резекцией стенки аорты. Больной был прооперирован в срочном порядке по поводу непрекращающегося почечного кровотечения. Причиной смерти стало профузное кровотечение вследствие разрыва аорты. У 2 пациентов отмечено наличие постоперационной пневмонии, у 1 — поддиафрагмального абсцесса, еще у 2 — нагноение операционной раны.

По данным постоперационного морфологического исследования удаленного препарата, у 10 больных установлена стадия заболевания T4N0M0, у 5 — T4N1M0, у 3 — T4N2M0. При этом у 5 пациентов выявлен опухолевый тромб в почечной вене. В ходе гистологического исследования также установлено, что из 18 больных, перенесших комбинированные нефрэктомии, лишь у 8 отмечено истинное прорастание опухоли в соседние органы. В остальных случаях имел место спаечный процесс, возникший вследствие выраженных воспалительных изменений.

При анализе отдаленных результатов после проведения комбинированных нефрэктомий у 1 больного через 9 мес после операции установлено наличие метастаза в шейке бедренной кости, у другого — множественных метастазов в легких. Местных рецидивов не отмечено.

**Выводы.** Исследование показало незначительность послеоперационных осложнений и показатели летальности, а также хорошие результаты выживаемости и длительности безрецидивного периода в раннем сроке после оперативного лечения. Таким образом, наш опыт подчеркивает целесообразность выполнения комбинированных операций при РП и требует изучения и анализа отдаленного результата лечения.

## РАДИКАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

С.Н. Наврузов, М.Н. Тилляшайхов,  
Н.М. Рахимов

*РОНЦ; Ташкентская медицинская академия,  
Республика Узбекистан*

**Цель исследования** — изучение влияния расширенной лимфодиссекции на частоту развития loco-regional рецидива в хирургическом лечении ПКР при стадии T1–T2.

**Материалы и методы.** Исследованы 103 пациента с локальной формой ПКР в стадии T1–T2 за период 2001–2004 гг. на базах кафедры онкологии Ташкентской медицинской академии. Патогистологическое строение опухоли: светлоклеточный рак – 95 (92,2%) больных, папиллярный (хромофильный) – 2 (2%), хромофобный – 3 (2,9%), неклассифицируемый ПКР – 3 (2,9%). Стадия T1 выявлена у 27 (26,3%) пациентов, T2 – у 76 (73,7%); N1 – у 8 (7,7%), N2 – у 1 (0,9%), N0 – у 94 (91,4%) больных. Для сравнения результатов лечения пациенты были разделены на 3 группы с учетом объема лимфодиссекции.

#### Результаты

**Первая группа.** Больным ( $n=49$ ) выполнена простая нефрэктомия без удаления регионарных ЛУ. В течение первого года после операции в 2 (4,1%) случаях произошло развитие локорегионарного рецидива. Следует отметить, что в 2 наблюдениях во время диагностического обследования было выявлено увеличение ЛУ, но во время операции они не были удалены, и в дальнейшем у 1 (2,1%) больного имел место локорегионарный рецидив.

**Вторая группа.** Пациентам ( $n=28$ ) проведена нефрэктомия с селективной лимфодиссекцией. При плановом патогистологическом анализе у 3 (18,7%) больных установлены метастазы в ЛУ, остальные случаи были расценены как реактивные изменения. Развитие локорегионарного рецидива в послеоперационном периоде зафиксировано у 2 (7,4%) пациентов.

**Третья группа.** Всем 26 больным проведена нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией путем срединного лапаротомного доступа. Нами удалялись при опухоли правой почки прекавадные (2–3), латерокавадные (3–4), ретрокавадные (2–4), интраортокавадные (3), ретроаортальные (1–2) и верхние подвздошные (3) ЛУ, в сумме 14–19. При опухоли левой почки удалялись латероаортальные (6–7) ЛУ, расположенные от места пересечения аорты левой почечной веной до начала *a.mesenteria inferior*, преаортальные (12–14), ретроаортальные (1–2), интраортокавадные (3), ретрокавадные (2–4) ЛУ в сумме 24–30. При патогистологическом исследовании в 2 (8,3%) случаях выявлены метастазы в регионарные ЛУ и в 6 (25%) – реактивные изменения в лимфатических коллекторах. В послеоперационном периоде развития локорегионарного рецидива не наблюдалось.

**Выводы.** С учетом изложенного выше мы пришли к выводу, что применение лимфодиссекции при радикальной нефрэктомии в стадии T1 и T2 снижает частоту развития местного локорегионарного рецидива в послеоперационном периоде: 7,4% – в контрольной группе и 0% – в основной.

## СМЕНА ПАРАДИГМЫ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПОЧКИ

А.С. Переверзев, Ю.А. Илюхин, В.А. Козлюк  
Харьков, Белгород, Киев

**Введение.** Новым прорывом в трудном лечении метастатического РП является использование ингибиторов тирозинкиназы, ответственных за неоангиогенез и репликацию клона раковых клеток.

Активно применявшаяся и имевшая паллиативную направленность на протяжении более 20 лет Ганновская схема, включавшая комбинацию ИЛ-2 и ИФН, оказалась не только кратковременной, но и связанной с развитием выраженных осложнений. Комбинация с добавлением 5-фторурацила сопровождается увеличением продолжительности жизни на 2–2,5 мес и только у 1 из 5 больных.

С 2006 г. в клинической практике начато применение целевых субстанций, которые специфически вмешиваются в сигнальную трансдукцию опухолевого геноза, в частности блокируют ангиогенез, клеточную пролиферацию и клеточное выживание. Известны и новые субстанции, используемые в клинической практике при метастатическом ПКР в качестве таргетной терапии. Мультикиназной ингибиторной активностью обладают сорафениб (Нексавар), сунитиниб (Сутент), темсиролимус (Торисел) и бевацизумаб (Авастин) (см. таблицу).

#### Точки приложения таргетных препаратов

Субстанция	Точка приложения
Сунитиниб	Рецепторы тирозинкиназ: VEGFR1-3; PDGFR a и b, KIT, FLT3
Сорафениб	Рецепторы тирозинкиназ: VEGFR2-3; PDGFR18, KIT, FLT3
Бевацизумаб	Фактор роста VEGF
Темсиролимус	Сигнальный путь mTOR

Применение рассматриваемых препаратов характеризуется достижением значительного прогресса в лечении больных метастатическим ПКР посредством увеличения свободной от прогрессирования выживаемости, удлинением общей продолжительности жизни. Бевацизумаб является единственным эффективным препаратом, оказывающим высокую ингибицию сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF). Распространение получила комбинация бевацизумаба с ИФН- $\alpha$ : опухолевая масса уменьшается на 70%, свободная от прогрессирования выживаемость составляет 31% против

13%. Это преимущество сохраняется для всех групп риска и особой выразительности достигает у лиц с умеренным риском.

**Выводы.** Доля пациентов со «стабилизацией заболевания» при использовании мультикиназных ингибиторов является высокой и достигает 80%. Это свидетельствует о том, что ответ на терапию с применением мультикиназных ингибиторов значимо выше, чем при проведении иммунотерапии. Пока лимитирующим фактором эффективности терапии с мультикиназными ингибиторами считается наличие ряда неблагоприятных осложнений – диарея, гриппоподобные симптомы, церебро- и кардиоваскулярные нарушения, заметно ухудшающие качество жизни.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВНУТРИВЕНОЗНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

А.С. Переверзев, Ю.А. Илюхин, Д.В. Щукин  
Харьков, Белгород

**Введение.** Прогностическое значение внутривенной опухолевой инвазии в настоящее время остается спорным вопросом. Мы исследовали прогностические параметры ПКР, влияющие на выживаемость пациентов с внутривенными опухолевыми тромбами.

**Материалы и методы.** В анализ включены данные 213 пациентов, подвергшихся радикальной нефрэктомии и тромбэктомии по поводу ПКР. В 128 (60%) случаях была поражена только почечная вена, в 85 (40%) – НПВ. Частота наддиафрагмального рас-

пространения новообразований составляла всего лишь 4,2%, а подпеченочная локализация тромбов превалировала над ретропеченочной (24% по сравнению с 11,7%). Отдаленные и/или региональные метастазы имели место у 53 (24,8%) пациентов. Средние размеры новообразования у больных были достоверно большими –  $9,2 \pm 1,43$  (от 4,8 до 25) см.

**Результаты.** При исследовании прогностического значения некоторых клинико-патологических параметров с помощью анализа Манна – Уитни было продемонстрировано, что выживаемость значительно зависела от размера опухоли, инвазии в жировую клетчатку, наличия отдаленных и/или региональных метастазов, градации новообразования и распространения тромба – почечная вена или НПВ ( $p < 0,001$ ). Такие параметры, как возраст, пол, сторона поражения, наличие клинических симптомов, не являлись статистически значимыми (табл. 1).

Результаты дискриминантного анализа представленных клинических показателей показали, что наибольшее прогностическое значение имеют размер опухоли, инвазия в жировую клетчатку, а также наличие тромба в просвете НПВ (табл. 2).

На основании этих результатов была создана прогностическая модель, состоящая из 2 уравнений:  $F_1 = 0,825 \cdot A + 2,987 \cdot B + 20,381 \cdot C + D \cdot 10,055 + 15,992 \cdot E - 77,880$ ;  $F_2 = 0,661 \cdot A + 1,100 \cdot B + 16,796 \cdot C + 9,001 \cdot D + 12,906 \cdot E - 50,327$ , где А – размер опухоли (мм); В – 1 – отсутствие инвазии, 2 – наличие инвазии; С – 1 – отсутствие метастазов, 2 – наличие метастазов; D – 1 – низкая гистологическая градация (I–II), 2 – высокая гистологическая градация (III–IV); E – 1 – тромб только в почечной вене, 2 – тромб в НПВ.

При превышении значения  $F_2$  над  $F_1$  прогнозируется неблагоприятный исход у пациентов с опухолевым венозным тромбозом.

Таблица 1. Прогностически значимые признаки в отношении выживаемости пациентов с опухолевым венозным тромбозом

Клинико-морфологические параметры	живы (n=71)	Число больных умерли (n=71)	p (анализ Манна – Уитни)
Размер опухоли, мм	78,6±2,08	98,3±2,76	<0,0001
Инвазия в жировую клетчатку	21 (29,6)	48 (67,6)	<0,0001
Метастазы	3 (4,2)	17 (23,9)	<0,0008
Гистологическая градация III–IV	20 (28,2)	42 (59,2)	<0,0002
Распространение тромба в НПВ	22 (31)	49 (69)	<0,0001
Возраст, годы	56,2±1,62	60,7±1,15	>0,0632
Пол	44 (62)	45 (63,4)	>0,8627
Сторона поражения	32 (45,1)	35 (49,3)	>0,6153
Симптомы	49 (69)	53 (74,6)	>0,4571



Таблица 2. Результаты дискриминантного анализа клинических показателей в группе пациентов с венозным тромбозом

Клинико-морфологические параметры	p (анализ Манна Уитни)	F-remove	p-level F-коэффициента
Размер опухоли, мм	<0,0001	31,82937	<0,0001
Инвазия в жировую клетчатку	<0,0001	23,69081	<0,0001
Метастазы	<0,0008	12,22817	<0,0006
Гистологическая градация III–IV	<0,0002	15,13851	<0,0002
Распространение тромба в НПВ	<0,0001	23,66883	<0,0001
Возраст, лет	>0,0632	5,364008	<0,0220
Пол (муж.)	>0,8627	0,029690	>0,8634
Сторона поражения (левая)	>0,6153	0,251191	>0,6170
Симптомы	>0,4571	0,551181	>0,4591

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ

К.В. Пучков<sup>1</sup>, А.З. Винаров<sup>2</sup>, С.Н. Савельев<sup>1</sup>,  
И.И. Балаклеяцев<sup>1</sup>, О.П. Курчатов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница №1 ГУП Медицинский центр  
Управления делами Мэра и Правительства Москвы,

<sup>2</sup>Урологическая клиника ГОУВПО  
ММА им. И.М. Сеченова

**Введение.** За последние 20 лет в хирургии произошел качественный научно-технический рывок; повысилась эффективность лечения больных, снизился риск развития осложнений в процессе проведения хирургических вмешательств и улучшился их результат. Анализ данных литературы, посвященной применению эндохирургического метода, свидетельствует о всеобщем признании хирургическим сообществом его достоинств.

Развитие и внедрение в клиническую практику новых средств визуализации внутренних органов существенно изменило диагностические возможности современной клинической медицины. Широкое применение новых технологий, таких как УЗ-томография (УЗТ), рентгеновская КТ (РКТ), МРТ, улучшило диагностику многих заболеваний, в том числе и опухолевого поражения почки. Однако возможности неинвазивных методик часто недостаточны для оценки распространенности патологического процесса и выбора тактики лече-

ния. Крупным достижением клинической онкологии является синтез 2 методов — лапароскопии и УЗТ.

**Цель исследования** — изучение возможностей применения внутривидеоскопического УЗ-датчика при лапароскопии в уточняющей диагностике распространенности опухолевого процесса у больных с новообразованиями почек и выборе тактики оперативного лечения.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 10 пациентов. По данным УЗТ и РКТ, у всех больных выявлено монофокальное объемное образование почки (ООП). Стадия процесса — T3aN0M0. Планировалось выполнение оперативного лечения в объеме радикальной нефрэктомии. Всем пациентам операция произведена лапароскопическим доступом. Во время лапароскопии проведено УЗИ (ЛУЗИ) пораженной почки. Для осуществления ЛУЗИ использовали УЗ-сканер («V&K Medical», Дания), оснащенный высокочастотным (7,5 МГц) управляемым лапароскопическим датчиком диаметром 10 мм с изгибаемым дистальным концом. Сканирование выполняли в В-режиме с применением ЦДК. Исследование проводили после обнажения передней поверхности паранефрия, окруженного фасцией Героты. Сканировалась почка, оценивалась структура паренхимы. Кроме того, уточнялись локализация и размеры объемного образования, глубина проникновения в паренхиму, его отношение к чашечно-лоханочной системе (ЧЛС). Определялось топическое расположение в окружающих тканях сосудов почечной ножки, в режиме ЦДК уточнялось их количество и направление хода.

**Результаты.** У всех пациентов, по результатам ЛУЗИ, распространенность опухолевого процесса была подтверждена. Однако у 2 больных ЛУЗИ позволило скорректировать данные о размерах и глубине проникновения опухоли в паренхиму и ее отношении к ЧЛС, что дало возможность выполнить им органо-

сохраняющую операцию. Еще у 2 пациентов удалось визуализировать добавочные нижнесементарные почечные артерии, ранее не определяемые на сосудистой фазе РКТ. Удлинение времени операции при выполнении ЛУЗИ в среднем составило 19 мин. Осложнений при проведении исследования не отмечено.

**Выводы.** ЛУЗИ — это методика, сочетающая принципы внутриполостной контактной ультразвуковой и видеолапароскопии. ЛУЗИ имеет ряд преимуществ за счет непосредственного контакта УЗ-датчика с исследуемыми тканями, что исключает вероятность искажения вследствие интерференции или «акустического наложения», когда сканирование осуществляется через ткани различной плотности и газ в просвете полых органов. С учетом первого опыта использования ЛУЗИ в лечении ООП мы считаем необходимым продолжение исследований по изучению возможностей метода.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ BIOGLUE («CRYOLIFE») ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ПО ПОВОДУ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

К.В. Пучков<sup>1</sup>, А.З. Винаров<sup>2</sup>, С.Н. Савельев<sup>1</sup>,  
И.И. Балаклеяцев<sup>1</sup>, О.П. Курчатков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница №1 ГУП Медицинский центр  
Управления делами Мэра и Правительства Москвы,

<sup>2</sup>Урологическая клиника ГОУВПО  
ММА им. И.М. Сеченова

**Введение.** Надежный гемостаз — один из ключевых моментов, определяющих успех и безопасность резекции почки. Другой важной проблемой остается надежная герметизация мочевых путей. Недостаточная герметизация приводит к длительному истечению мочи в рану и образованию мочевых свищей и затеков, способных перерасти в мочевые флегмоны. Длительная воспалительная реакция в месте операционного дефекта может стать причиной образования грубого рубца и, как следствие, появления стриктуры мочевых путей.

Традиционно используемые в хирургии методы соединения тканей не всегда оказываются состоятельными при операциях на паренхиматозных органах, склонных к обильному кровотечению, и часто не удовлетворяют хирурга.

Одним из путей совершенствования хирургических технологий является принципиально новая форма соединения и герметизации швов в локальной зоне оперативного вмешательства при использовании биологических клеевых композиций.

В последнее время актуальным становится вопрос применения клеевых композиций с целью достижения гемостаза и восстановления целостности мочевых путей.

Одной из основных хирургических клеевых композиций, используемых в настоящее время, является BioGlue. Составленный из очищенного бычьего сывороточного альбумина (BSA) и глутаральдегида, он был использован при более чем 450 000 хирургических операций, начиная с 1998 г.

В урологии основной областью применения клея BioGlue считается органосохраняющая хирургия при объемных образованиях почки.

**Материалы и методы.** Клеевая композиция BioGlue использована при лечении 5 пациентов, среди которых было 4 женщины и 1 мужчина. Средний возраст больных составил 56 лет. У 2 женщин и мужчины, по данным комплексного обследования, выявлены одиночные опухолевые образования почки размером от 1,2 до 3,5 см. Стадия процесса — T1aN0M0. В 2 случаях опухоль располагалась в нижнем сегменте, у 1 пациентки — в области среднего сегмента почки. Справа опухоль локализовалась в 2 случаях, слева — в 1. У 2 больных выявлены кистозные образования левой почки, имеющие перегородки, по данным КТ, накапливающие контрастный препарат.

Всем пациентам проведено оперативное лечение в объеме резекции почки. Операция выполнена лапароскопическим доступом. Почку резецировали с отступлением от края опухоли на 1 см. При кистозных образованиях техника операции была аналогичной. Полость кисты не вскрывали. Во всех случаях была нарушена целостность чашечек из-за особенностей расположения объемного образования и техники операции с учетом соблюдения онкологических принципов хирургии почки.

Рану почки обрабатывали клеевой композицией BioGlue, после чего накладывали 3–4 сводящих шва нитью из синтетического рассасывающегося материала на атравматической игле. Затем линию швов повторно обрабатывали BioGlue. По прошествии времени полной полимеризации клеевой композиции зажим с магистральных почечных сосудов снимали и восстанавливали почечный кровоток.

В наших наблюдениях время операции в среднем составило 2 ч 37 мин. Среднее время длительности тепловой ишемии — 32 мин. Средний объем кровопотери равнялся 150 мл. Ни в одном случае гемотрансфузии не проводились. Также ни у одного пациента не зафиксировано нарушения герметичности чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) и образования мочевых свищей. Всем больным в послеоперационном периоде проводился УЗ-мониторинг состояния почек и органов брюшной полости, а также наличия в ней свободной жидкости.

**Вывод.** На основании первого опыта применения клеевой композиции BioGlue можем заключить, что данный препарат высокоэффективен при закрытии почечной раны и позволяет создать как надежный гемостаз, так и условия для профилактики образования мочевых свищей в случае нарушения целостности ЧЛС при выполнении резекции почки по поводу объемного образования.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЧКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, Р.В. Васин**

*Клиническая больница №1 ГУП Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы*

**Введение.** До настоящего времени основным и единственным радикальным методом лечения РП остается оперативное вмешательство. Стандартной операцией при РП и удовлетворительной функции контралатеральной почки считается радикальная нефрэктомия, основные принципы которой описаны в литературе. Актуальным сегодня является определение места лапароскопического доступа при оперативном лечении РП.

**Материалы и методы.** За период 2006–2009 гг. по поводу РП прооперированы 148 пациентов, которые были разделены на 3 клинические группы.

В 1-й группе ( $n=60$ ) выполнялась лапароскопическая радикальная нефрэктомия, во 2-й – радикальная нефрэктомия лапаротомным доступом ( $n=60$ ) и в 3-й – лапароскопическая резекция почки ( $n=28$ ).

Всем больным в предоперационном периоде для установления диагноза и показаний к оперативному вмешательству проводилось стандартное клинико-инструментальное обследование, включающее клинические и биохимические анализы крови и мочи, рентгенологическое исследование желудка и органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, электрокардиографию, осмотр смежных специалистов, МРТ (КТ).

Первая, 2-я и 3-я группы были сопоставимы по возрасту, длительности и стадии болезни, наличию сопутствующих заболеваний. Пациенты 3-й группы отличались от больных 1-й и 2-й групп только стадией процесса и, соответственно, видом оперативного вмешательства.

Для определения наиболее оптимального доступа и вида вмешательства между собой сравнивались 1-я и 2-я и 1-я и 3-я группы. В группах изучались длительность оперативного вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, интраоперационные осложнения, длительность госпитализа-

ции и временной нетрудоспособности, наличие осложнений в послеоперационном периоде.

Мы считаем, что при стадии процесса T1a целесообразно проведение органосохраняющего лечения – резекции почки лапароскопическим или открытым доступом. При стадии процесса T1b–T3a операцией выбора является лапароскопическая радикальная нефрэктомия. При стадии T3b и выше, а также при наличии у пациента противопоказаний к наложению пневмоперитонеума следует выполнять радикальную операцию открытым доступом (торакофренолапаротомия, лапаротомия, поясничный доступ).

Любая онкоурологическая операция независимо от вида доступа должна соответствовать онкологическим требованиям.

Использование лапароскопического доступа при радикальной нефрэктомии позволило достоверно сократить в 1,2 раза время оперативного пособия –  $142 \pm 34,1$  мин в 1-й группе и  $163 \pm 39,5$  мин – во 2-й ( $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ) и в 1,3 раза уменьшить объем интраоперационной кровопотери –  $380,4 \pm 4,3$  и  $494,1 \pm 64,1$  мл в 1-й и 2-й группах соответственно ( $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ). В 1,4 раза сократились срок госпитализации ( $9,9 \pm 2,5$  сут против  $13,5 \pm 3,4$  сут,  $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ) и в 1,2 – длительность временной нетрудоспособности –  $33,4 \pm 6,4$  дня в 1-й группе и  $40,4 \pm 7,8$  – во 2-й ( $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ). При этом время дренирования брюшной полости в раннем послеоперационном периоде также достоверно меньше в 1,3 раза при лапароскопическом доступе –  $2,3 \pm 1,0$  сут в 1-й группе и  $3 \pm 0,8$  сут – во 2-й ( $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ), что объясняется, по-видимому, более активным использованием моно- и биполярной коагуляции, электролигирования при лапароскопической лимфодиссекции. Число послеоперационных осложнений в 2,6 раза выше при открытом доступе (13,3 и 5% во 2-й и 1-й группах соответственно), при этом в группе лапароскопических операций отсутствуют осложнения, характерные для лапаротомного доступа (серома послеоперационного шва и паралитическая кишечная непроходимость). В то же время количество удаленных ЛУ (9–15) практически не зависело от вида оперативного доступа ( $p \geq 0,05$ ).

При сравнительной оценке лапароскопической радикальной нефрэктомии и резекции почки выявлено, что ранний послеоперационный период протекает благоприятно и сопровождается низким числом осложнений (5 и 3,6%). Время вмешательства, объем интраоперационной кровопотери, длительность дренирования брюшной полости не имеют достоверных отличий. Однако при резекции почки отмечается статистически достоверное увеличение длительности госпитализации в 1,2 раза ( $9,9 \pm 2,5$  и  $11,9 \pm 2,8$  сут,  $M \pm \sigma, p \leq 0,05$ ) и временной

нетрудоспособности – в 1,2 раза ( $33,4 \pm 6,4$  и  $39,1 \pm 8,1$  дня,  $M \pm \sigma$ ,  $p < 0,05$ ). Количество удаляемых ЛУ не имело статистически достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ).

**Вывод.** Риск развития осложнений после резекции почки с использованием лапароскопического доступа очень мал, что достигается благодаря тщательному отбору кандидатов на проведение органосохраняющей операции и совершенствованию оперативной техники, включая современные медицинские технологии и хорошие мануальные навыки хирурга.

## ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

**Н.М. Рахимов, М.Н. Тилляшайхов**

*РОНЦ МЗ, Ташкент; Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан*

**Цель исследования** – изучение в сравнительном аспекте отдаленных результатов проведения расширенной и селективной лимфодиссекции и определение наиболее оптимального метода лимфодиссекции при радикальной нефрэктомии в хирургическом лечении местно-распространенного ПКР стадии Т3.

**Материалы и методы.** Исследовано 169 пациентов с местно-распространенной формой ПКР в стадии Т3 в возрасте от 20 до 80 лет за период 2000–2005 гг. на базах кафедры онкологии Ташкентской медицинской академии. Средний возраст больных – 53,9 года. Среди них было 55 мужчин и 35 женщин. Правосторонних нефрэктомий выполнено 47 (52,2%), левосторонних – 43 (47,8%). Для сравнения результатов лечения пациенты были разделены на 2 группы с учетом объема лимфодиссекции. Срок наблюдения составил 36 мес.

В предоперационном периоде больные прошли комплексное обследование, которое включало: УЗИ органов брюшного и забрюшинного пространства, экскреторную урографию, КТ и МРТ почек и регионарных ЛУ. Выживаемость вычислялась методом Каплана – Майера.

Объемы хирургического вмешательства были следующими.

В 1-й группе 52 (57,8%) больным выполнена радикальная нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией. В случае поражения правой почки удалялись ЛУ первого порядка прекавальные – (2–3), латерокавальные (3–4), ретрокавальные (2–4) и второго порядка – интераортокавальные (3) до уровня верхней брыжеечной артерии и верхние подвздошные (3), в сумме 14–19 ЛУ. При левосторон-

нем расположении опухоли удалялись ЛУ первого порядка – латероаортальные, расположенные от места пересечения аорты левой почечной веной до начала *a.mesenteria inferior* (6–7), ретроаортальные (1–2), преаортальные (10–12) и второго порядка – ретрокавальные до уровня верхней брыжеечной артерии (2–4), интераортокавальные (3), верхние подвздошные (3), в сумме 24–30 ЛУ. Стадия N1 имела место у 14 (26,9%), N2 – у 4 (4,8%) больных

Во 2-й группе радикальная нефрэктомия с селективной лимфодиссекцией проведена у 38 (42,2%) больных. При этом удалялись ЛУ, которые вызывали подозрение. При патогистологическом исследовании выявлено наличие метастазов в ЛУ у 8 (22,2%) больных.

**Результаты.** Одногодичная выживаемость в 1-й группе составила 93,8%, во 2-й – 73,3%, двухлетняя – 87,2 и 65,1%, трехлетняя – 71 и 57,4% соответственно. При исследовании больных с метастатическим поражением лимфоколлекторов трехлетняя выживаемость была следующей: в 1-й группе – 50,8%, во 2-й – 41,7%.

**Выводы.** С учетом изложенных данных мы установили, что проведение расширенной лимфодиссекции при радикальной нефрэктомии в стадии Т3 увеличивает трехлетнюю выживаемость на 71%. При удалении метастатически измененных регионарных ЛУ предложенным нами способом выживаемость увеличивается на 50,8%, а также повышается вероятность выявления метастазов в визуально не измененных ЛУ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

**М.Н. Тилляшайхов, А.Х. Пармонов,  
Н.М. Рахимов**

*РОНЦ МЗ, Ташкент, Республика Узбекистан*

**Введение.** Целесообразность применения ЛАЭ при ПКР признается далеко не всеми хирургами. Противники ЛАЭ мотивируют это тем, что выполнение оперативного вмешательства с одномоментной ЛАЭ не увеличивает продолжительности жизни больных и представляет ценность только для определения стадии процесса. Сторонники ЛАЭ также не единодушны в своих аргументах. Одни считают оправданным удаление ЛУ из области почечной ножки и сомневаются в целесообразности выполнения обширной ЛАЭ, так как в случае выявления метастазов в парааортальных и паракавадных ЛУ нет эффективной системной терапии. Другие уверены в

том, что систематическая трансперитонеальная ЛАЭ во всей зоне лимфооттока должна быть операцией выбора при ПКР.

**Цель исследования** – проведение сравнительного анализа выживаемости больных ПКР с различными вариантами лимфодиссекции и без таковой.

**Материалы и методы.** За основу данной работы взят анализ результатов обследования и хирургического лечения 302 пациентов с ПКР, пролеченных в РОНЦ МЗ РУз, Республиканском специализированном центре урологии в период с 2000 по 2005 г. Больные подвергались хирургическому лечению. Мужчин было 169 (56%), женщин – 133 (44%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,27:1. Поражение правой почки отмечалось в 167 (55,3%), левой – в 135 (44,7%) случаях. Средний возраст больных – 55,1±1,2 года.

Пациенты условно были разделены на 3 группы в соответствии с проведенными объемами лимфодиссекции. Первую группу составили 139 (46%) больных, которым была проведена простая (без лимфодиссекции) нефрэктомия в период с 2000 по 2005 г. Во 2-ю группу вошли 67 (22,2%) пациентов, у которых нефрэктомия была дополнена селективной лимфодиссекцией. В 3-ю группу были включены 96 (31,8%) больных, которым была выполнена нефрэктомия с расширенной лимфодиссекцией.

**Результаты.** При изучении отдаленных результатов хирургического лечения РП выявлено, что объем проведенной лимфодиссекции приобретает определенное значение. В группе пациентов без лимфодиссекции отдаленные результаты оказались статистически достоверно ниже, нежели в группах, где она была осуществлена.

В 1-й группе с клинической I стадией трехлетний рубеж пережили все 8 (100%) больных, со II стадией – 19 (54,3%) пациентов, с III стадией – 48 (58,5%), а с IV – только 3 (21,4%). Показатели одногодичной и трехлетней выживаемости по стадиям были следующими: I стадия – 100%, II – 79,3 и 45,5%, III – 82,9 и 52%, IV – 25 и 3,3% соответственно. Во 2-й группе с I стадией трехлетний рубеж пережили все 5 (100%) больных, со II – 11 (73,3%) больных, с III – 27 (64,3%), а с IV – только 2 (40%). Одногодичная и трехлетняя выживаемость по стадиям была следующей: I стадия – 100%, II – 84,6 и 70,5%, III – 80 и 26,7%, IV – 75 и 25% соответственно. В 3-й группе с I стадией трехлетний рубеж пережили 4 (90,9%) больных, со II – 21 (87,5%), с III – 39 (78%), а с IV – 6 (54,2%).

Показатели одногодичной и трехлетней выживаемости по стадиям составили: I стадия – 75%, II – 95,7 и 87%, III – 88,9 и 76,2%, IV – 77,8 и 46,3% соответственно. Проведенный анализ выживаемости показал, что в 1-й группе 1 год пережили 79,1%, во

2-й группе – 82,5%, в то время как в 3-й группе этот показатель был равен 89,6%.

Наиболее ощутимая разница прослежена при анализе показателей трехлетней выживаемости. В 1-й группе она составила 48,8%, во 2-й – 63%, а в 3-й – 77,5%.

**Выводы.** Проведение радикальной нефрэктомии с расширенной лимфодиссекцией при ПКР позволяет достоверно улучшить отдаленные результаты лечения: трехлетняя выживаемость в группе больных с простой нефрэктомией составила 48,8%; с селективной лимфодиссекцией – 63,0%, а с расширенной лимфодиссекцией – 77,5%.

## ОБЩАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ, ПОЛУЧАВШИХ СУНИТИНИБ, В РОССИИ И СНГ

И.В. Тимофеев

*Бюро по изучению рака почки, Москва*

**Введение.** Сунитиниб – пероральный мультитаргетный ингибитор тирозинкиназы с антиангиогенным и прямым противоопухолевым механизмом действия. В многоцентровых клинических исследованиях II и III фазы медиана безрецидивной (БРВ) и общей (ОВ) выживаемости пациентов с метастатическим ПКР, получавших сунитиниб в 1-й линии терапии, составила 11 и 28,1 мес соответственно, а медиана больных, принимавших препарат при прогрессировании на фоне приема цитокинов, – 8,2 и 23,9 мес.

**Цель исследования** – оценка эффективности сунитиниба в «реальной жизни» у пациентов, получавших препарат, в России и СНГ в период с 2006 по 2008 г.

**Материалы и методы.** Критериями включения в исследование были наличие метастатического ПКР и возраст >18 лет. Больные принимали сунитиниб в дозе >37,5 мг, не менее 1 полного лечебного цикла. Анализ эффективности был основан на оценке БРВ и ОВ всех включенных пациентов.

**Результаты.** В исследование включены 74 пациента (49 мужчин и 25 женщин, медиана возраста – 58 лет): 36 (48,6%) и 21 (28,4%) больной имели светлоклеточный и несветлоклеточный гистологические типы ПКР, у 17 (23%) – при проведении гистологического исследования подтип ПКР не был определен. Нефрэктомия выполнена всем пациентам (100%). Сунитиниб в 1-й линии терапии был назначен 9 (12,2%) больным, во 2-й линии после иммуно-

## Оценка БРВ в группах

Показатель	Медиана, мес (95%ДИ)
БРВ <sup>1</sup>	9,1 (3,5–14,7)
в группе после цитокинов <sup>2</sup>	8,9 (2,7–15,1)
у пациентов, получавших сунитиниб в 3-й и последующих линиях <sup>3</sup>	5,2 (1,6–8,8)

терапии — 33 (44,6%), после таргетных препаратов, в том числе в исследованиях — 6 (8,1%), в последующих линиях — 26 (35,1%). Медиана продолжительности лечения сунитинибом составила 7 мес (95% ДИ 1–13). Результаты БРВ в различных группах представлены в таблице.

Как показано в таблице, различия между показателями 1 и 3 достоверны ( $p=0,03$ ); достоверных различий между группами 1 и 2 не выявлено ( $p=0,46$ ) — тест Фишера.

Медиана ОВ 16 мес (95% ДИ 14–18).

**Выводы.** В России и СНГ сунитиниб чаще применяется у пациентов, ранее подвергавшихся лечению по поводу метастатического РП. Несмотря на то, что 88% больных получали препарат во 2-й и последующих линиях терапии, показатели выживаемости являются приемлемыми. Эффективность препарата достоверно снижается после проведения 2 линий предшествующего лечения.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ

В.Б. Филимонов, К.В. Пучков, Р.В. Васин  
Клиническая больница №1 ГУП Медицинский центр  
Управления делами Мэра и Правительства Москвы

**Введение.** Результаты хирургического лечения, по мнению экспертов ВОЗ и ведущих специалистов, оцениваются по качеству жизни (КЖ) пациентов в послеоперационном периоде. При изучении КЖ можно четко представить суть клинической проблемы, выбрать наиболее рациональный подход к лечению, удовлетворяющий нуждам больного, а также оценить его эффективность по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента. При этом, пока не изучено влияние хирургического лечения на КЖ в отдаленные сроки, невозможно с достаточной полнотой мерой объективности судить о достоинствах и недостатках того или иного вида оперативного доступа или хирургического вмешательства.

Пациенты, которым была выполнена радикальная нефрэктомия лапароскопическим доступом, реабилитируются быстрее, чем больные, перенесшие открытую операцию.

**Материалы и методы.** Через 3 мес после операции к градации ECOG-0 были отнесены 10 (22,7%) больных после лапароскопической нефрэктомии и 3 (6,5%) — после открытой операции. Спустя 6 и 12 мес этот показатель составил 23 (52,3%) и 17 (37%), 28 (63,6%) и 29 (63%) пациентов соответственно.

Число больных, подвергшихся выполнению лапароскопической операции и отнесенных к градациям ECOG-1 и ECOG-2, составило 31 (70,5%) и 3 (6,8%), 20 (45,5%) и 1 (2,3%), 15 (34,1%) и 1 (2,3%) через 3, 6 и 12 мес соответственно. При лапаротомном доступе эти показатели были равны 29 (63%) и 13 (28,3%), 22 (47,8%) и 7 (15,2%), 16 (34,8%) и 1 (2,2%).

Лишь 1 пациент после радикальной нефрэктомии открытым доступом был отнесен к градации ECOG-3 через 3 мес с момента осуществления ему вмешательства.

КЖ по шкале ECOG PERFORMANCE STATUS в сроки 3, 6 и 12 мес с момента выполнения операции оценено у 44 (78,6%) человек, оперированных лапароскопическим способом, и у 46 (80,7%) пациентов, перенесших открытую нефрэктомия.

**Выводы.** При анализе результатов выявлено достоверное повышение КЖ после лапароскопической нефрэктомии по сравнению с открытой в сроки 3–6 мес после проведения вмешательства ( $p \leq 0,05$ ). Через год после операции КЖ пациентов не имеет статистически достоверно значимых отличий ( $p \geq 0,05$ ).

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

В.Б. Филимонов, К.В. Пучков, Р.В. Васин  
Клиническая больница №1 ГУП Медицинский центр  
Управления делами Мэра и Правительства Москвы

**Материалы и методы.** Изучены отдаленные результаты (до 3 лет) радикальной нефрэктомии, выполненной открытым и лапароскопическим доступом.

Из 120 оперированных пациентов, перенесших радикальную нефрэктомия, в сроки от 6 мес до 5 лет прослежена судьба 97 (80,8%) больных.

Остальные 23 (19,8%) человека исключены из дальнейшей оценки отдаленных результатов в связи с невозможностью проведения им плановых обследований из-за неявки. Кроме того, 3 больных из группы открытой нефрэктомии и 4 – из группы лапароскопической нефрэктомии с метастазами в легкое, которым были выполнены циторедуктивные операции, также были исключены из исследования: все 7 (5,8%) пациентов умерли через 24–36 мес после операции.

Таким образом, из 56 радикально оперированных лапароскопическим способом больных прослежена судьба 44 (78,6%) человек – основная группа, а из 57 пациентов, перенесших открытую нефрэктомию, – 46 (80,7%) – группа сравнения.

Рецидивы заболевания и отдаленные метастазы выявлены в 3 (6,8%) наблюдениях в основной группе и в 4 (8,7%) – в группе сравнения.

Местные рецидивы заболевания как в основной, так и в группе сравнения возникли в сроки от 1,5 до 2 лет с момента выполнения операции. Отдаленные метастазы выявлялись в период от 6 мес до 2 лет после хирургического вмешательства. Статистически достоверных различий по срокам возврата заболевания между группами также не установлено.

При увеличении категории Т наблюдается рост вероятности развития рецидива заболевания или отдаленных метастазов.

Четкая зависимость возникновения рецидивов и отдаленных метастазов просматривается также при анализе степени поражения регионарных ЛУ.

Так, при наличии поражения 1 регионарного ЛУ (N1) частота возврата заболевания прогрессивно увеличивается в 4,8 раза (14,3% против 3,0%) в основной группе и в 4,2 раза (12,5% против 3%) – в группе сравнения. При наличии поражения  $\geq 2$  регионарных ЛУ частота возврата заболевания возрастает в 1,7 раза (25% против 14,3%) в основной группе и в 3,2 раза (40% против 12,5%) – в группе сравнения по отношению к N1. Таким образом, при поражении ЛУ достоверно повышается частота развития рецидивов ( $p < 0,05$ ).

Два пациента с местным рецидивом были оперированы и направлены на лучевое и ХТ-лечение. Отдаленные метастазы локализовались у 2 больных в легких (оперированы, выполнялась лобэктомия), у 1 – в плечевой кости (оперирован – костно-пластическая резекция плеча) и у 2 – в крыле подвздошной кости с поражением крестца (ХТ и симптоматическое лечение).

Выживаемость большинства больных, участвующих в нашем исследовании, не достигла 5-летнего срока с момента операции. Трехлетние результаты

прослежены у 31 (51,7%) из 60 пациентов, перенесших лапароскопическую радикальную нефрэктомию, и у 29 (48,3%), подвергшихся выполнению радикальной нефрэктомии лапаротомным доступом.

Из 31 больного после проведения лапароскопической операции живы в течение 3 лет без признаков возврата заболевания 28 (90,3%) человек. Умерли 3 (9,7%) пациентов.

Все пациенты погибли от прогрессирования основного заболевания в различные сроки после операции. Средняя продолжительность их жизни составила  $22,4 \pm 3,6$  мес.

Из 29 больных, перенесших радикальную нефрэктомию открытым доступом, в течение 3 лет после операции без признаков прогрессирования заболевания прожили 26 (89,7%) человек. В 3 (10,3%) наблюдениях в различные сроки отмечен возврат заболевания.

Все эти пациенты так же погибли в различные сроки после выполнения операции от прогрессирования основного заболевания. Средняя продолжительность их жизни составила  $19,7 \pm 2,4$  мес.

При статистическом анализе выживаемости больных в основной и группе сравнения достоверных различий не выявлено.

При анализе зависимости выживаемости пациентов от степени поражения регионарных ЛУ установлено, что по мере ее увеличения прогрессивно снижается и показатель выживаемости больных.

Основными критериями, влияющими на частоту возникновения рецидивов и отдаленных метастазов, являются местная распространенность и размер опухоли почки (категория Т) и степень поражения регионарных ЛУ (категория N)

**Выводы.** При анализе отдаленных результатов установлено, что достоверно ( $p < 0,05$ ) влияют на частоту развития рецидивов и отдаленных метастазов размер опухоли, инвазия в почечную капсулу и степень поражения регионарных ЛУ. Косвенно ( $p > 0,05$ ) эти показатели оказывают влияние на выживаемость пациентов. Частота рецидивирования, развития отдаленных метастазов в послеоперационном периоде и выживаемость пациентов не имеют статистически достоверной разницы при выполнении радикальной нефрэктомии лапароскопическим или лапаротомным доступом ( $p > 0,05$ ).

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИНАРНОЙ КАТАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПОЧКИ

**И.В. Чернышев, О.Л. Калия,  
Ю.В. Самсонов, О.В. Осипов**

*ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, ФГУП ГНЦ  
НИОПИК, Москва*

**Введение.** В последние годы в терапии злокачественных опухолей интенсивно развивается новое направление, получившее название «бинарная терапия». Каталитическая реакция с образованием высокотоксичных свободных радикалов лежит в основе современной фотосенсибилизирующей лазерной терапии опухолей, использующей в качестве катализаторов фталоцианиновые комплексы алюминия. Следствием каталитической лазерной терапии является избирательное летальное повреждение опухолевых клеток, образующихся в результате прямого цитотоксического действия активных форм кислорода (АФК). Известно, что АФК обладают различными видами биологической активности – цитотоксической, противовирусной, фунгицидной. Полученные экспериментальные данные о противоопухолевой эффективности бинарной каталитической системы при различных путях введения свидетельствуют о целесообразности ее применения как для проведения системной терапии распространенных опухолевых процессов (в частности, РП, рака молочной железы, надпочечников и др.), так и для осуществления местной лекарственной терапии злокачественных опухолевых выпотов, развивающихся при раке легкого или молочной железы, и локализующихся в полых органах (например, РМП), а также для регионарной внутрисосудистой терапии злокачественных опухолей, возникающих в органах с магистральным типом кровоснабжения (печень, почка, нижние конечности). Преимуществом этой системы является принципиальная новизна ее структуры и механизма действия терафтал-лио, а также оригинальность бинарного подхода к терапии злокачественных опухолей.

**Материалы и методы.** В ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий проводится клиническое испытание бинарной каталитической системы терафтал+аскорбиновая кислота. Изучение эффективности и безопасности каталитической системы терафтал + аскорбиновая кислота предусматривается у больных с опухолями надпочечников и почки

с прогрессирующим заболеванием после хирургического лечения без проведения ХТ и ЛТ, а также со злокачественным карциноидом в стадии генерализации процесса.

Под наблюдением в НИИ урологии находятся 4 пациента с метастатическим РП. Средний возраст больных – 54,3 года. Все они соответствовали критериям включения в исследование. Введение препаратов осуществляется в/в, 21 день, максимально 6 курсов. Оценка эффективности лечения проводится при помощи КТ измеряемых метастатических очагов. У 1 пациента с метастазами в легких отмечена стабилизация процесса на протяжении 5 курсов, далее зафиксировано прогрессирующее заболевание. У 2 больных имело место прогрессирующее заболевание после 2-го курса – рост количества и размеров метастазов в легких. Все 3 пациента с выявленным прогрессирующим заболеванием исключены из исследования. У 4-го больного после проведенного курса лечения очаги метастазирования в легких не обнаружены, остается измеряемый очаг в единственной почке, по данным УЗИ с сосудистым исследованием отмечается снижение интенсивности кровотока в этом очаге в динамике.

**Выводы.** Все пациенты отмечали хорошую переносимость при в/в введении бинарной каталитической системы терафтал+аскорбиновая кислота. Положительный эффект лечения наблюдается у 1 (25%) пациента, так же как и при применении таргетной терапии. Полученные результаты позволяют надеяться на высокую эффективность использования данного метода лечения. В настоящее время набор клинического материала продолжается.

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТЧНОМ РАКЕ

**И.В. Чернышев, Ю.В. Самсонов,  
А.А. Жернов, Д.В. Алтунин, О.В. Осипов**  
*ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий, Москва*

**Введение.** Злокачественные опухоли почечной паренхимы занимают 10-е место в структуре онкологической заболеваемости и составляют 3% среди всех новообразований у взрослых. Заболеваемость ПКР постепенно увеличивается. В 2006 г. показатель заболеваемости этой опухолью составил 11,3 на 100 тыс. населения, а общий стандартизованный показатель смертности был равен 3,61: у мужчин – 5,84, а у женщин – 2,18 на 100 тыс. населения.



Общая 5-летняя выживаемость после резекции почки не уступает выживаемости больных после радикальной нефрэктомии и составляет 95–100% для стадий T1 и T2. Показатели специфической выживаемости варьируют от 78 до 96% и также соответствуют результатам удаления почки.

Риск развития осложнений при периферически расположенных опухолях малого размера, как правило, незначителен. По данным S.C. Campbell и соавт. (1994), осложнения после резекции почки отмечаются в 30% случаев. В серии наблюдений W. Leng и соавт. (1997) частота развития осложнений значительно ниже и не превышает 8,8%. Наиболее частыми осложнениями являются: кровотечение (2%), формирование мочевого свища (17%), острая почечная недостаточность (13%) и инфекционные осложнения (3%).

**Материалы и методы.** В НИИ урологии в период с 2000 по 2008 г. выполнено 96 резекций почки по поводу ПКР. Среди пациентов было 67 (69,8%) мужчин и 29 (30,2%) женщин. Средний размер опухоли составил  $3,7 \pm 2,1$  (от 1,6 до 5,5) см. Чаще наблюдалась опухоль правой почки – 55 (57,3%) случаев. У 71 (74%) больного опухоль была

умеренно дифференцированной, у 20 (20,8%) – высокодифференцированной, а у 5 (5,2%) – новообразования имели низкую степень дифференцировки. В объем радикальной резекции при РП входило удаление жировой капсулы, непосредственно прилегающей к опухоли. Обязательно исследовался хирургический край резекции. С учетом того, что, по имеющимся данным литературы (Н. Schlichter и соавт., 1998), до 17% всех опухолей почек имеют мультифокальный рост, всем пациентам при планировании резекции выполняли КТ в ангиографическом режиме или интраоперационное УЗИ. Множественные опухоли были резецированы у 6 (6,2%) больных.

Местный рецидив заболевания отмечен только у 1 (1,04%) пациентки с аденокарциномой почки. Осложнений операции не зафиксировано ни в одном случае.

**Выводы.** Риск развития местного рецидива при резекции почки не превышает частоту возникновения рецидивов при нефрэктомии, а частота развития послеоперационных осложнений минимальна. Мы считаем, что резекция почки является операцией выбора при опухолях размером  $\leq 4$  см.

## Раздел IV РАЗНОЕ

### ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Д.К. Абдурахмонов, М.Н. Тилляшайхов,  
Ш.Т. Хасанов, О.О. Кутлиев  
*РОНЦ, Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель исследования** — изучение результатов расширенных операций при осложненных формах опухолей органов малого таза.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 46 пациентов с опухолями МП, шейки матки и прямой кишки. Отобраны больные, у которых отмечались прорастание первичной опухоли в соседние органы с формированием пузырно-влагалищного и/или пузырно-ректального свища, наличие супра- и инфравезикальной обструкции. Первичные опухоли МП имели место у 16 (34,8%) больных, шейки матки — у 23 (50%) и прямой кишки — у 7 (15,2%). Ранее этим пациентам проводили ХТ и/или ЛТ. В связи с развитием осложнений (свищи) лечение было прекращено. Всем больным с 2004 по 2009 г. в РОНЦ РУз была выполнена эвисцерация органов малого таза с различными вариантами деривации мочи. Из них 7 (15,2%) пациентам выполнена задняя эвисцерация органов малого таза, 14 (30,4%) — передняя эвисцерация с созданием самокатетеризируемого мочевого резервуара из восходящей толстой кишки. У 4 (8,7%) больных с нефункционирующей одной почкой объем операции ограничен нефрэктомией нефункционирующей почки и уретерокутанеостомией со здоровой стороны. 16 (34,8%) больным выполнена эвисцерация с 2-сторонней уретерокутанеостомией, а 5 (10,9%) — отведение мочи по Брикеру. Всем больным с опухолями органов малого таза, осложненными супра- и/или инфравезикальной обструкцией, за 3 нед до операции наложены пункционная нефростомия и/или цистостомия.

**Результаты.** В раннем послеоперационном периоде 1 (2,2%) больная умерла на 12-е сутки от тромбоэмболии легочной артерии. У 3 (6,5%) пациентов имела место послеоперационная эвентерация передней брюшной стенки, что потребовало хирургической коррекции. В позднем послеоперационном периоде у 1 (2,2%) больной через 5 мес после операции констатирована спаечная кишечная непроходимость,

что также потребовало хирургического вмешательства. Трехлетняя выживаемость составила 78,3% ( $n=36$ ).

**Выводы.** При правильном отборе пациентов эвисцерация органов малого таза при осложненных формах опухолей органов малого таза характеризуется вполне удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами, в связи с чем мы рекомендуем шире использовать ее в лечении этой тяжелой категории больных.

### О НЕОБХОДИМОСТИ УЧАСТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Р.М. Абдрахманов, Б.В. Халилов,  
Х.Р. Рафикович

*ГОУ ВПО Казанский государственный  
медицинский университет Росздрава*

**Введение.** В настоящее время папилломавирусная инфекция вызывает интерес клиницистов в связи с тем, что некоторые разновидности вируса папилломы человека способны инициировать ЗН, главным образом мочеполовой системы. Этому способствуют различные социальные факторы, изменения иммунного статуса, наличие инфекций, передающихся половым путем, таких как хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, и др.

При смешанных инфекциях наблюдаются изменения классического течения болезни, приводящие к удлинению срока инкубационного периода, продолжительности заболевания и более частым и агрессивным осложнениям.

**Материалы и методы.** Проведены молекулярно-биологические исследования отделяемого уrogenитального тракта у пациентов, страдающих папилломавирусной инфекцией.

В подавляющем большинстве случаев (78%) параллельно выявлены другие вирусные инфекции: герпетическая (68,5%) и цитомегаловирусная (8,7%). Определены сочетания папилломавирусной инфекции со стафилококковой (38,2%), уреаплаз-

мами (48%), микоплазмами (37,4%), хламидиями (37,3%), гонококками (6,2% случаев).

**Выводы.** Наиболее характерными проявлениями папилломавирусной инфекции являются остроконечные кондиломы урогенитальной области, способные трансформироваться в различные новообразования. Проблема диагностики и лечения данного заболевания (инфицированность вирусом папилломы за последнее десятилетие увеличилась более чем в 10 раз) с учетом способности некоторых типов вируса папилломы человека вызывать злокачественные процессы актуальна и в большинстве случаев требует консультаций других специалистов, в первую очередь дерматовенерологов.

## ЭКЗОСОМЫ МОЧИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**А.С. Белохвостов, О.А. Хохлова**

*НПЦ медпомощи детям ДЗ, Москва*

**Введение.** Присутствие мутантных и гиперметилированных генов опухолевого происхождения в моче имеет значение для диагностики и мониторинга опухолевого процесса. Это относится не только к злокачественным образованиям почек, ПЖ и МП, но и к опухолям в отдаленных органах, например при раке толстой кишки, молочной железы, легких, опухолях мозга.

Тем не менее малое соотношение ДНК опухолевого происхождения по сравнению с ДНК из неопухолевых клеток уменьшает надежность диагностики. Недавно в качестве источника опухолевых нуклеиновых кислот предложены экзосомы мочи, которые являются нанометровыми (30–100 нм), весьма стабильными (1–2 нед в моче при хранении при  $-2-4^{\circ}\text{C}$ ) липидными пузырьками.

**Материалы и методы.** В настоящем исследовании с помощью ультрацентрифугирования и ультрафильтрации мочи на мембранах, задерживающих молекулы  $>100$  и  $300$  кДа, показана возможность выделения экзосом из мочи в условиях клинической лаборатории. Наличие экзосом в получаемом препарате подтверждено электронной микроскопией. Показано, что выход экзосом составляет от 0,7 до 2,6 нг/мл мочи по содержанию РНК, 4–11 мкг/мл — белка и 0,04–0,2 нг/мл — ДНК.

**Выводы.** Ультрафильтрация через более крупные поры (1000 кДа) неэффективна, так как не задерживает мелкие фрагменты ДНК и большой процент экзосом, имеющих опухолевое происхождение и несущих мутантные и гиперметилированные гены.

В целом потеря экзосом возрастает (при оценке по содержанию РНК и ДНК) в 2 раза при использовании ультрамембран с порами 300 кДа вместо 100 кДа и еще в 2 раза при 1000 кДа.

Таким образом, ультрафильтрация и концентрирование экзосом для диагностики онкоурологических заболеваний зависят от размера пор в мембранах.

## ПОЧЕЧНАЯ ГЕМАНГИОМА: АНАЛИЗ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

**М.И. Давидов, Д.С. Юдин**

*Пермская государственная медицинская академия*

**Введение.** Гемангиома почек является очень редкой и малоизученной патологией. К 1979 г. в литературе было описано лишь 190 случаев. Еще 57 наблюдений до начала 2009 г. мы нашли в отечественной и зарубежной литературе. Таким образом, общее число гемангиом почек, известных по литературе, составляет 247. Заболевают лица разного возраста, от 3 до 82 лет, средний возраст составляет 46 лет. Новообразование с одинаковой частотой поражает мужчин и женщин. У большинства больных имелась 1 опухоль, однако у 8% авторы находили множественные узлы опухоли, в том числе у 1% — двусторонние. Гемангиома чаще всего локализуется в мозговом слое почек, нередко переходя на стенку чашечек и лоханку, значительно реже она поражает корковый слой. Размеры опухоли бывают различными, от очень мелких узелков до огромных образований, захватывающих всю почку; однако в 85% случаев гемангиома имеет небольшие размеры — в пределах 0,5–4 см.

Почечные гемангиомы в небольшом числе случаев протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при выполнении КТ и УЗИ. Однако обычно они имеют характерную клиническую картину, проявляясь интенсивной болевой макрогематурией со сгустками и приступами почечной колики. Гематурия носит упорный характер и нередко осложняется анемией. При локализации гемангиомы в корковом слое возможны кровоизлияния в паранефральную клетчатку с образованием забрюшинной гематомы. Описаны случаи, когда клиническая картина вследствие этого напоминала «острый живот» и требовала экстренной лапаротомии (А.Г. Гринцов, 1983).

При КТ и УЗИ обнаруживается объемное образование в почке, не имеющее существенных отличий от ПКР. При экскреторной урографии и ретроградной пиелографии нередко обнаруживали деформацию чашечно-лоханочной системы, в том

числе за счет сгустков крови и прорастания опухоли в стенку лоханки. Данные почечной ангиографии противоречивы: некоторые авторы пишут о патогномоничных признаках в виде конгломерата извитых множественных сосудов, создающих подобие сети; другим не удается дифференцировать гемангиому от опухолей почек другого строения. При гемангиоме почки чрескожная биопсия может стать опасной вследствие возникновения смертельного кровотечения, о чем сообщается в литературе. Достоверно описанных случаев метастазирования и рецидивов гемангиомы мы не нашли.

В 95% наблюдений, по данным литературы, прибегали к нефрэктомии, даже несмотря на небольшие размеры опухоли (иногда 0,5 см!). Нередко операция носила срочный характер из-за продолжающегося кровотечения. Резекция почки выполнялась достаточно редко, преимущественно из-за угрозы массивного кровотечения, однако в последнее десятилетие ее используют чаще.

По гистологическому строению различают кавернозные, капиллярные и гроздевидные гемангиомы. Кавернозная гемангиома встречается чаще всего. Макроскопически это темно-красное или красно-бурое образование обычно мягкой консистенции размерами от 0,2 до 5 см, иногда имеющее тонкую соединительнотканную капсулу. Гистологически опухоль имеет сотовидное строение. Полости различных размеров выстланы эндотелием и наполнены кровью.

Реже встречается капиллярная гемангиома. Макроскопически это узелок или узел мягковатой консистенции, от серо-розового до серо-красного цвета. При гроздевидной гемангиоме резко извитые кровеносные сосуды «примитивного типа» образуют клубки и густые сплетения.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в урологической клинике ПГМА мы наблюдали 32 доброкачественные опухоли почек, в 2 случаях это были гемангиомы. Приводим наблюдение.

Больная Г., 53 лет, доставлена в клинику 25.11.2008 г. с жалобами на интенсивную макрогематурию со сгустками крови и сильными приступообразными болями в правой поясничной области по типу почечной колики. Больна 2 мес: беспокоили тупые боли в пояснице и периодическая макрогематурия. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Периферические ЛУ не пальпируются. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 86 уд./мин. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный справа. Моча интенсивно окрашена кровью, сгустки в большом количестве, темные, червеобразной формы. Приступ почечной колики был купирован, однако в последующие дни повторялся. Гематурия, несмотря на интенсивную гемостатическую терапию и гемотрансфузии, не прекращалась.

В анализе крови: эритроциты  $2,8 \times 10^{12}$  /л, Hb 77 г/л, Ht 27%, СОЭ 17 мм/ч. В анализе мочи: эритроциты сплошь в поле зрения. Цитологическое исследование: атипичные клетки не выявлены. Мочевина и креатинин крови в норме. Коагулограмма без патологии. УЗИ: в правой неувеличенной почке выявлено гипоехогенное образование диаметром 26 мм. КТ: объемное опухолевое образование в верхнем полюсе правой почки. При обзорной и экскреторной урографии теней камней не обнаружено, справа выявляется нефрограмма (снимки сделаны через несколько часов после почечной колики). При обследовании метастазы в легких и других органах не выявлены. Оперирована 4.12.2008 г. с диагнозом: кровоточащая опухоль правой почки. После люмботомии выполнена правосторонняя нефрэктомия. Почка размерами 12x5x5 см, в верхнем полюсе по наружному краю содержит мягкоэластической консистенции округлое красно-бурое образование размерами 3x3x2,5 см. На разрезе оно имеет ячеистый вид, окружающая паренхима почки пропитана кровью, в чашечно-лоханочной системе — сгустки старой крови. Гистологическая картина опухолевого узла напоминает соты. Полости различных размеров выстланы эндотелием и наполнены кровью. В перегородках между ними обнаруживаются гладкомышечные пучки, эластические и коллагеновые волокна. Гистологическое заключение: кавернозная гемангиома. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заключение после осмотра через 6 мес: здорова.

2-я больная — женщина 67 лет — наблюдалась нами в 1999 г. Клиника: макрогематурия и тупые боли в левой поясничной области. После УЗИ и КТ оперирована с диагнозом опухоли почки. Удаленная почка имела размеры 10,5x6x5,5 см, в ней определялся узел диаметром 3 см, при гистологическом исследовании которого обнаружена гроздевидная гемангиома. Осмотр через 10 лет показал: состояние удовлетворительное, рецидива нет.

## **УРОАНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛУЧЕВОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН**

**А.Д. Каприн, С.А. Иванов, А.А. Клименко**  
*РНЦР Росмедтехнологий, Москва*

**Введение.** При ЗН органов таза в 50% случаев в патологический процесс вовлекается мочевыделительная система. Этому способствуют тесные анатомо-топографические взаимоотношения, общие источники кровоснабжения и иннервации органов малого таза.

ЛТ, к которой органы мочевыделительной системы очень чувствительны, приводит к функциональным и морфологическим изменениям в них. По данным F. Purato, из 3906 больных, которым облучение органов малого таза было проведено по поводу новообразований, ранние лучевые повреждения отмечены у 238 (6,1%), поздние — у 215 (5,5%) больных.

**Материалы и методы.** В отделении урологии РНЦР Росмедтехнологий в период с 2000 по 2009 г. проведено обследование и лечение 110 пациентов в возрасте от 27 до 75 лет. Средний возраст больных составил 61,2 года. Всем пациентам проводилась дистанционная или сочетанная ЛТ. Средняя СОД составила 43,8 Гр. У 82 (74,3%) пациентов лечение проведено по поводу РПЖ (со стадией Т1 — 10 пациентов, Т2а—Т2b — 42, Т3 — 23), у 13 (11,9%) — по поводу РМП, у 15 (13,8%) — по поводу рака яичников.

В ходе проведения ЛТ у 84 (76,4%) пациентов отмечено развитие гиперрефлексии МП, что проявлялось чаще в виде умеренной дизурии и реже в виде недержания мочи. Данные показатели и клинические проявления сохранялись на протяжении всего лечения и в раннем постлучевом периоде (до 3 мес) независимо от величины очаговой дозы.

В 98,9% случаев развитие лучевого цистита было сопряжено с инфицированием нижних половых путей. Основными возбудителями при лучевом цистите, по данным проведенного микробиологического исследования мочи, являлись грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*, чаще всего различные штаммы *Escherichia coli* (90,6%), гораздо реже выделяются другие микроорганизмы: *Klebsiella pneumoniae* (6,4%), *Proteus mirabilis* (1,7%), *K. oxytoca* (1%), *P. vulgaris* (0,3%). Причем последние преимущественно встречались у пациентов с обменными нарушениями (СД), с различной степенью иммунодефицита, у пациентов, перенесших различные инструментальные вмешательства на мочевых путях, а также получавших длительное время антибактериальную терапию. Приблизительно у 20% больных наблюдались микробные ассоциации, из которых наиболее частыми были кишечная палочка и энтерококк. В течение болезни мы не наблюдали смены возбудителя инфекционного процесса.

С учетом длительности проведения микробиологического исследования мочи (в среднем 48 ч) и необходимости быстрого купирования симптомов лучевого цистита назначение этиотропной терапии осуществлялось эмпирически. Выбор антибактериального препарата основывался на знании наиболее частых возбудителей инфекций мочевых путей (энтеробактерии) и региональных данных о чувствительности уропатогенов. В качестве про-

тивомикробного препарата использовали уроантисептик хинолонового ряда в суточной дозе 400 мг, разделенной на 2 приема, т.е. по 1 капсуле (200 мг) каждые 12 ч.

**Результаты.** Клиническая эффективность применения данного препарата была следующей: у 32% пациентов симптоматика регрессировала или исчезала в 1—2-е сутки терапии, у 41% — в период от 3 до 6 сут. У части пациентов симптомы сохранялись на протяжении 7—10 дней от начала лечения.

В целом, по завершении курса ЛТ полная регрессия явлений воспаления в стенке МП была отмечена у 68%, частичная — у 18% и сохранение симптомов — у 4% пациентов.

**Выводы.** В процессе лечения было отмечено и улучшение некоторых объективных показателей. Так, показатель Qmax повышался в среднем в 2,3 раза и принимал вид «правильной» кривой мочеиспускания, а количество остаточной мочи, если таковая имела, во всех случаях значительно уменьшалась — в среднем на 58,3%.

## ИННОВАЦИИ В ОРГАНОУНОСЯЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Е. Коновалов, А.А. Зимичев

ММУ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Самара;

ГОУ ВПО «СамГМУ» Росздрава

**Введение.** Рост заболеваемости РПЖ и РМП в последние годы обуславливает потребность внедрения РПЭ при локализованном РПЖ и РЦЭ при инвазивном РМП в широкую клиническую практику. Одним из принципов радикальных онкологических операций является обязательное удаление регионарных ЛУ. Однако ТЛАЭ (подвздошная и запирательная) при РПЖ выполняется не всегда и имеет определенные показания и противопоказания. Считается, что неоправданная ТЛАЭ повышает время операции, риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений (ранение сосудов, лимфоцеле). При РМП аорто-подвздошная ТЛАЭ входит в стандарт радикальной операции и улучшает ее отдаленные результаты. Техническая сложность данных операций требует нахождения простых методов выполнения этапов вмешательств в ограниченных пространствах малого таза с использованием стандартного хирургического оснащения. Необходимыми условиями качественного и безопасного выполнения радикальных операций являются хорошая визуализация и прецизионность хирургических манипуляций.

**Материалы и методы.** При анализе особенностей 135 позадилонных РПЭ и 49 РЦЭ, выполненных за последние 5 лет, опытным путем определены способы улучшения визуализации и точности хирургических действий при наиболее ответственных этапах операций. Основная группа операций (82 РПЭ и 38 РЦЭ) выполнялась с использованием коаксиальных инструментов из набора для малоинвазивной хирургии «Мини-Ассистент», раневых ретракторов Сегала и интраоперационного внутрираневого освещения. По сравнению с контрольной группой операций без использования данных технических средств (43 РПЭ и 11 РЦЭ) основная группа имела ряд несомненных преимуществ. Средняя кровопотеря составила в контрольной группе РЦЭ  $1326 \pm 58$  мл, в основной  $750 \pm 35$  мл. При РПЭ кровопотеря в основной группе составила  $495 \pm 48$  мл, в контрольной —  $965 \pm 72$  мл. Среднее время выполнения операции при РЦЭ сократилось с 4,5 ч в контрольной группе до 2,8 ч в основной. При РПЭ среднее время выполнения операции соответственно составило 3,8 и 2,9 ч. Применение вышперечисленных технических средств обеспечило также выполнение нервосохраняющего варианта РПЭ, сохранение шейки МП. Средний срок пребывания пациента в палате интенсивной терапии сократился с 1,85 до 1,12 сут.

Использование данных технических средств позволяет выполнять и ТЛАЭ, незначительно увеличивая время вмешательства (в среднем на 40–60 мин), давая возможность предотвратить серьезные интраоперационные осложнения. В нашем исследовании диагностировано лишь 2 (2,4%) случая лимфоцеле из всех перечисленных операций. Из 135 РПЭ ТЛАЭ проведена в 45 (33,3%) операциях. Ни в одном случае не отмечено дооперационного увеличения ЛУ. Метастатическое поражение ЛУ выявлено в 4 (3%) наблюдениях. При этом стадия первичной опухоли составляла рТ3а–рТ3с. Количество удаленных ЛУ составляло от 6 до 20 с 2 сторон. Гистологической формой РПЖ при поражении ЛУ являлась мелкоацинарная и тубулярная аденокарцинома (показатель Глисона — от 6 до 7), в 1 случае — в сочетании с криброзным раком. Из 49 РЦЭ аортоподвздошная и запиральная ТЛАЭ с 2 сторон выполнена в 39 (79,6%) случаях. Метастатическое поражение ЛУ выявлено в 8 (16,3%) наблюдениях. Число удаленных ЛУ составило от 12 до 25 с 2 сторон. В последних сериях РЦЭ и РПЭ с ТЛАЭ нами использовался метод инфильтрации тазовой клетчатки раствором Кляйна, который, расщепляя жировую клетчатку, способствует лучшей визуализации ЛУ, позволяет точнее оценить их размер и плотность, снижает капиллярное кровотечение из мелких *vasa vasorum*.

**Выводы.** Применение коаксиальных инструментов из набора для малоинвазивной хирургии «Мини-Ассистент», раневых ретракторов Сегала и интраоперационного внутрираневого освещения способствует внедрению РЦЭ и РПЭ в широкую клиническую практику и увеличивает доступность этого вида помощи для населения. Применение данного инструментария и раствора Кляйна позволяет широко использовать ТЛАЭ, которая является неотъемлемой частью радикальных операций при РПЖ и РМП.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧЕВОГО ЦИСТИТА

**В.Н. Крупин, Е.А. Тарарова, О.С. Стрельцова**  
*Нижегородская государственная медицинская академия*

**Введение.** ЛТ является одним из наиболее часто используемых методов лечения опухолей органов малого таза. Однако при этом побочному воздействию подвергаются рядом расположенные органы и ткани. Лучевые повреждения МП, по данным разных авторов, возникают почти у половины больных. Механизм развития, вопросы профилактики и лечения лучевых осложнений со стороны мочевыводящих путей до сих пор остаются нерешенными.

**Цель исследования** — проследить динамику изменений слизистой МП в процессе ЛТ для выработки адекватного патогенетического подхода к терапии лучевых осложнений.

**Материалы и методы.** Для исследования слизистой МП использовали томограф ОКТ1300-У, лазерный анализатор капиллярного кровообращения ЛАКК-01.

Мониторинг состояния слизистой оболочки МП был проведен у 30 женщин, которые получали ЛТ по поводу рака шейки матки и рака эндометрия. Проводился курс сочетанной ЛТ до СОД 45–73 Гр в цервикальном канале, до СОД 40–64 Гр в параметрии.

Перед облучением всем пациенткам выполнялась контрольная цистоскопия, дополненная кроссполяризационной оптической когерентной томографией. В течение курса облучения мониторинг состояния слизистой оболочки проводился 1 раз в неделю, начиная с первого дня. При этом последовательно исследовали заднюю, правую, левую боковые стенки, зону треугольника Льетто и шейку МП, получая по 2–3 изображения из каждой зоны. Эти данные позволили на тканевом уровне проследить развитие изменений стенки МП в процессе ЛТ. При этом отмечено, что ранние изменения стенки МП в первую очередь происходят в подэпителиаль-

ных соединительнотканых структурах (уже при 10—12 Гр), а в уротелии признаки лучевой реакции выявляются значительно позже.

**Результаты.** Мониторинг микроциркуляции в слизистой оболочке МП в течение курса ЛТ выполнен у 15 пациенток. Исследованы «горячие зоны» — на задней стенке МП и в треугольнике Лъето. Обнаружено понижение показателей микроциркуляции после подведения половины дозы планируемого облучения, что свидетельствует о снижении потока эритроцитов в единице объема ткани и ухудшении функционирования механизмов модуляции кровотока, нарушении вазомоторной деятельности сосудов. В конце облучения зафиксировано усиление кровотока, как результат вазодилатации поврежденных сосудов в процессе облучения.

**Выводы.** Побочные эффекты ЛТ при облучении МП проявляются в первую очередь в изменении соединительнотканых подэпителиальных структур. Эпителий МП устойчив к радиационному поражению. Патогенетическое лечение должно быть ориентировано на улучшение микроциркуляции и трофики в стенке МП. Проведенные исследования позволяют ориентироваться в отношении времени начала и длительности патогенетической терапии для профилактики развития лучевых циститов у пациенток, получающих ЛТ по поводу рака шейки матки или эндометрия.

## **ЗАБРЮШИННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ ПРИ ДИСSEМИНИРОВАННЫХ НЕСЕМИНОМНЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧКА ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ**

**В.Б. Матвеев, М.И. Волкова,  
К.М. Фигурин, В.А. Черняев, А.В. Митин**

*Отделение урологии ГУ РОНЦ  
им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва*

**Введение.** Обычно положительные онкомаркеры (M+) после индукционной ХТ (ИХТ) при диссемированных несеминозных герминогенных опухолях яичка (НГОЯ) считаются признаком сохранения у больных злокачественной герминогенной опухоли (ЗГО) в организме и расцениваются как противопоказание к удалению резидуальных метастазов. Однако в ряде случаев у данной категории

пациентов дальнейшее проведение системной ХТ невозможно, что заставляет прибегать к «операциям отчаяния».

**Цель исследования** — оценка результатов забрюшинной ЛАЭ (ЗЛАЭ) при диссемированных НГОЯ после ИХТ с сохранением M+.

**Материалы и методы.** Проведена ретроспективная оценка результатов ЗЛАЭ, выполненных с 1983 по 2007 г. 70 больным с диссемированными НГОЯ после ИХТ с сохранением M+. Медиана возраста составила  $27,0 \pm 8,1$  года. Категория N расценена как N1 в 4 (5,7%), N2 — в 10 (14,3%), N3 — в 35 (50%), Nx — в 21 (30%) случаях, категория M1 диагностирована у 23 (32,9%) пациентов. Исходный уровень опухолевых маркеров повышен во всех наблюдениях: S1 — 17 (24,3%), S2 — 19 (27,1%), S3 — 12 (17,1%), Sx — 22 (31,4%). К группе хорошего прогноза IGCCCG отнесены 11 (15,7%), умеренного — 19 (27,1%), плохого — 16 (22,9%) больных; группа прогноза не определена из-за отсутствия исходных данных у 24 (34,3%) пациентов, начавших лечение в других учреждениях. Всем больным после орхифуниктуэктомии проведена ИХТ, основанная на цисплатине: 1-я линия — 24 (34,3%), 2-я линия и более — 46 (65,7%) пациентам. Полный эффект не достигнут ни у одного пациента (регрессия <50% опухоли — в 7 (10,0%), 51—90% — в 23 (32,9%), >90% — в 2 (2,9%) случаях), не оценена — в 38 (54,3%) случаях. Размер забрюшинных метастазов после индукции <2 см отмечен у 5 (7,1%), 2—5 см — у 25 (35,7%), >5 см — у 40 (57,1%) пациентов. Ни у одного больного в группе не зарегистрировано роста уровня маркеров на фоне ИХТ. Дальнейшее проведение ХТ признано нецелесообразным во всех 70 наблюдениях. Всем больным выполнена ЗЛАЭ (симультанно с удалением других метастазов — 4 (5,7%) пациентам). ЗЛАЭ произведена радикально 59 (84,3%) больным (с резекцией смежных органов — в 9 (12,9%) случаях). ХТ после ЗЛАЭ проводилась 27 (38,6%) пациентам. Медиана наблюдения  $20,8 \pm 2,5$  (3—137) мес.

**Результаты.** Частота осложнений ЗЛАЭ составила 12,9% (9/70), летальность — 1,4% (1/70). Забрюшинные ткани имели строение некроза в 20 (28,6%), тератомы — в 26 (37,1%) и ЗГО — в 24 (34,3%) случаях. Факторами прогноза наличия ЗГО в удаленных массах являлись категория S>S1 ( $p=0,013$ ), группа умеренного или плохого прогноза IGCCCG ( $p=0,014$ ), размер резидуальной опухоли >2 см ( $p=0,006$ ). Пятилетняя общая, специфическая и беспрогрессивная выживаемость всех 70 больных составила 41, 42,4 и 31,8% соответственно. Факторами неблагоприятного прогноза беспрогрессивной выживаемости в группе являются категория S>S1 ( $p=0,015$ ), группа умеренного или плохого прогноза IGCCCG ( $p=0,01$ ), регрессия <50% метастазов

( $p < 0,0001$ ), нерадикальность ЗЛАЭ ( $p = 0,012$ ), ЗГО в резидуальной опухоли ( $p < 0,0001$ ). Медиана выживаемости пациентов с М+ после 1-й линии ХТ оказалась больше, чем в группе, получавшей 2-ю линию лечения и более ( $83,6 \pm 52,5$  и  $25,6 \pm 19,9$  мес соответственно); разница результатов не достигла статистической достоверности ( $p = 0,120$ ).

**Выводы.** ЗЛАЭ позволяет излечить отобранных больных с НГОЯ и М+ после ИХТ. Оптимальными кандидатами для хирургического лечения в данной группе являются пациенты со снижающимися или стабилизировавшимися концентрациями опухолевых маркеров, категорией S1, имеющие хороший прогноз согласно IGCCCG, и регрессией  $> 50\%$  объема опухоли.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УРЕТЕРОИЛЕОАНАСТОМОЗА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.В. Мишугин, И.Э. Рыгин, П.А. Морозов,  
М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова  
*ГКБ №57, Москва*

**Введение.** Одной из самых продолжительных и технически трудоемких операций в онкоурологии считается РЦЭ. Это связано как с техническими особенностями удаления МП, так и с последующей деривацией мочи. Методика цистэктомии давно отлажена, методов и разновидностей деривации мочи достаточно много и зависят они от множества факторов. На сегодняшний день выделяются 3 основных варианта: 1) наружное отведение мочи (уретерокутанеостомия, энтеропластика с формированием «сухих» и «влажных» стом); 2) внутреннее отведение мочи в непрерывный кишечник; 3) создание кишечных резервуаров, обеспечивающих возможность самостоятельного контролируемого мочеиспускания.

В России наиболее распространена применяемая большинством онкоурологов уретероилеостомия, или операция Брикера, внедренная в 1950 г., т.е. формирование «мокрой» стомы низкого давления.

Одним из ключевых моментов операции при энтеральной деривации мочи является формирование уретероинтестинального анастомоза, поскольку от особенностей выполнения данной процедуры зависят такие возможные осложнения, как стриктура мочеточников с последующим нарушением пассажа мочи; развитие пиелонефрита и, как следствие, ХПН. На протяжении многих десятилетий считалось, что предотвращение рефлюкса из мочевого

«энтеро»-резервуара в верхние мочевые пути (ВМП) является главным условием при любой форме континентной кишечной деривации мочи. В связи с этим было предложено множество методик наложения уретероилеоанастомоза: методика Кордонье, Сагаловски, уретероилеоанастомоз со сшиванием концов мочеточников «бок в бок», «конец в конец» (методика Уоллеса), а также множество тоннельных методик.

Выполнение всех вышеперечисленных методик занимает достаточно много времени, даже несмотря на высокую технику хирурга, что значительно удлиняет время операции, а следовательно, наркоза, что негативно влияет на общий соматический статус больного в послеоперационном периоде.

Между тем исследования последних лет свидетельствуют об отсутствии клинического значения рефлюкса при кишечной континентной деривации с прямыми формами имплантации мочеточников при условии формирования детубулированного резервуара низкого давления, которым и является илеумконduit. Авторы данных исследований не отмечали атак пиелонефрита и выраженных нарушений функции почек на протяжении 3–5 лет.

В связи с этим мы разработали и внедрили новую методику наложения уретероилеостомы, которая значительно упрощает ее формирование как технически, так и по временным параметрам.

**Материалы и методы.** В онкоурологическом отделении ГКБ № 57 с августа 2007 г. по август 2009 г. выполнены операции Брикера 56 больным. Возраст больных составил от 52 до 72 лет (средний возраст 65,7 года). Во всех случаях была применена модифицированная методика наложения уретероилеоанастомоза. Особенностью методики является имплантация мочеточника в илеоконduit через кишечную стенку и втяжение его за нить на 2–3 см в просвет кишки, при этом снаружи накладывалось 2–3 сероадвентициальных шва викрилом 3/0. Из преимуществ данного метода можно отметить также и сохранение трофики мочеточника на всем протяжении имплантированного отдела в отличие от методик со сшиванием «конец в конец» или «бок в бок» и пр.

Из 56 больных, оперированных за 2 года в нашем отделении, ни у одного не возникло несостоятельности анастомоза. Ранних послеоперационных осложнений также не выявлено ни у одного больного. Всего у 2 (3,57%) пациентов развились поздние послеоперационные осложнения. У 1 из них спустя 2,5 мес возникла атака пиелонефрита, однако с учетом временного промежутка нельзя говорить о четкой связи данного осложнения непосредственно с проведенной операцией. У 2-го больного спустя 3 нед после операции при обследовании выявлено двустороннее нарушение пассажа мочи по ВМП. Наложены перкутанные нефростомы. При анте-



градной пиелoureтерогрaфии констaтирoвaнa не-прoхoдимoсть мoчeтoчнoкoв в тeрминaльнoх oтдeлax. Принятo рeшeниe o пoвтoрнoй oпeрaции — рeвизии мoчeвoгo кoндyитa и вoзмoжнoй рeимплaнтaции. В хoдe oпeрaции выявлeн вырaжeнный рeтрo-пeритoнeaльнoй фибрoз. Пoпытки вoсстaнoвить aнaстoмoз к oтлoжeнию нe привeли.

**Вывoды.** Предлoжeннaя нaми мeтoдикa нe увeличивaeт вeрoятнoсть рaзвития рeфлyксa в ВМП в чaстнoсти и дрyгих oслoжнeний в oбщeм, при этoм пoзвoляeт знaчeтeльнo сoкрaтить врeмя oпeрaции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

С.Н. Наврузов, М.Н. Тилляшайхов,  
Н.Ш. Юлдашева, Д.К. Абдурахмонов,  
М.И. Болтаев

*РОНЦ, Ташкент, Республика Узбекистан*

**Цель исследования** — оценить роль симптоматических операций у больных с опухолями органов малого таза, прорастающими в соседние органы.

**Материалы и методы.** Проанализированы 30 историй болезней больных с опухолями органов малого таза в стадии T4N0M0, ранее получивших ХТ и/или ЛТ. Возраст больных колебался от 26 до 70 лет. Из них 13 (43,3%) больных раком шейки матки, 6 (20%) — раком прямой кишки, 11 (36,7%) — РМП с прорастанием в соседние органы. Всем больным была предложена эвисцерация органов малого таза с различными вариантами деривации мочи, от которой они отказались. В предоперационный период у 27 (90%) больных имело место повышение уровня мочевины и креатинина в крови (> 8,5 и >0,115 ммоль/л), у 21 (70%) — боль в пояснице и у 24 (80%) — анорексия. У 22 (70,7%) пациентов наблюдалась суправезикальная обструкция, у 7 (36,7%) — осложнения проявлялись в виде инфравезикальной обструкции.

**Результаты.** После проведения симптоматического лечения с помощью установления пункционной нефростомы и цистостомы у 28 (93,3%) больных на 2—3-е сутки появилась положительная динамика показателей мочевины, которые снизились до уровня нормальных цифр, боль отметили 7 (23,3%) больных и анорексию — 9 (30%).

**Выводы.** У большинства больных с осложненными опухолями органов малого таза тяжесть состо-

яния обусловлена в первую очередь развившейся уремией в результате прорастания опухоли в мочевые пути. Адекватное дренирование мочевых путей значительно и быстро улучшает состояние больных.

## РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИЛЕУМКОНДУИТА У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Д.В. Перлин,

С.П. Даренков, И.В. Александров

*ФГУ НИИ урологии Росздрава, Москва;*

*Волжский областной уронефрологический центр*

**Введение.** РМП занимает 4-е место по распространенности среди ЗН у мужчин, его лечение сопровождается частыми рецидивами, сложностью прогнозирования дальнейшего течения. Риск развития РМП у пациентов после трансплантации почки в 3 раза выше по сравнению с общей популяцией. РЦЭ с отведением мочи является высокоэффективным методом лечения инвазивного РМП, сообщения об успешном лечении инвазивного РМП у пациентов после трансплантации почки периодически появляются в зарубежной литературе. Мы приводим собственные результаты лечения этого заболевания.

**Материалы и методы.** Пациент П., 1953 г.р., поступил в отделение пересадки почки ФГУ НИИ урологии с диагнозом: РМП T2N0M0. Ренопривное состояние, состояние после аллотрансплантации трупной почки слева (1999), СД 2-го типа, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, функциональный класс II, артериальная гипертензия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия, острое нарушение мозгового кровообращения (1996, 1998).

В анамнезе: в 1980 г. пациенту выполнена нефрэктомия слева по поводу сморщенной почки. При обследовании в 1998 г. выявлена опухоль правой почки, также диагностирована опухоль верхушки МП. По данным полифокальной биопсии МП — переходно-клеточный рак II степени дифференцировки. 30.07.1998 г. выполнена ревизия правой почки, в результате которой выявлена обширная опухоль лоханки. Произведена нефруретерэктомия с резекцией МП, пациенту начата заместительная терапия программным гемодиализом. В 1999 г. произведена трансплантация почки, функция трансплантата первичная. В 2003—2005 гг. неоднократно выполнена ТУР МП по поводу рецидивного РМП.

По данным КТ (14.06.2006 г.): в РМП по задней и правой стенке определяются множественные дефекты наполнения, на широком основании, общей протяженностью до 4,7 см и с экзофитным компонентом до 1,8 см. Убедительных данных об инфильтрации прилежащей паравезикальной клетчатки не получено. ЛУ не увеличены, костно-деструктивных изменений не выявлено. Печень не изменена, деструктивных изменений не обнаружено.

При рентгенографии грудной клетки деструктивных изменений не выявлено.

20.06.2006 г. пациенту выполнена цистоскопия, ТУР-биопсия МП: субтотальное поражение МП опухолью. Гистологическое заключение: переходноклеточный рак II степени дифференцировки, прорастающий в подслизистый слой.

06.07.2006 г. пациенту выполнено оперативное вмешательство: РЦЭ, уретрэктомия, сформирован илеумконduit из изолированного сегмента подвздошной кишки, проксимальный конец которого анастомозирован с лоханкой трансплантата. Функция трансплантата в послеоперационном периоде стабильная. Биохимический анализ крови: мочевины — 8 ммоль/л, креатинин — 110 мкмоль/л.

При контрольном обследовании данных, свидетельствующих о распространении онкологического процесса, нет, функция трансплантата стабильная.

**Выводы.** Цистэктомия с формированием кишечного резервуара является эффективным методом лечения инвазивного РМП у пациентов, перенесших трансплантацию почки, соответствует принципам лечения онкологического заболевания и приемлема в отношении сохранения функции трансплантата.

## **РИГИДНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ: ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТОДА**

**Л.М. Рапопорт, Д.Г. Цариченко,  
А.В. Аксенов, Ж.Ш. Иноятов, Г.Н. Акопян**  
*Клиника урологии ММА им. И.М. Сеченова*

**Введение.** Эндоскопические вмешательства при папиллярных опухолях верхних мочевых путей (ВМП) часто носят диагностический характер, предоставляя возможность визуальной оценки степени поражения и взятия опухолевой ткани для последующего гистологического исследования и верификации диагноза. Однако в последние 10–15 лет в некоторых случаях эндоскопические операции при па-

пиллярных образованиях ВМП стали преследовать лечебную цель. Это особенно актуально у пациентов с анатомически или функционально единственной почкой, билатеральным поражением или почечной недостаточностью, у которых невозможно выполнение радикальной открытой операции — нефрурете-рэктомии с резекцией МП в области устья мочеточника.

**Материалы и методы.** С 1999 по 2008 г. в клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова по поводу папиллярных образований ВМП 37 больным выполнялась уретероскопия ригидным инструментом фирмы «Karl Storz» или «Wolf». Из них мужчин было 18, женщин — 19. Средний возраст пациентов составил 56,7 года. При этом большинство из манипуляций (89,1%) носили диагностический характер, и лишь у 4 пациентов уретероскопия преследовала истинно лечебную цель.

**Результаты.** У 20 пациентов уретероскопия, выполнявшаяся с диагностической целью, позволила выявить папиллярную опухоль ВМП. В 17 (85%) случаях опухоль обнаруживалась в лоханке или чашечках, в остальных — имело место сочетание опухоли лоханки и мочеточника либо изолированная опухоль мочеточника, а в 2 случаях дополнительно было выявлено множественное опухолевое поражение МП. При этом у 7 (35%) пациентов биопсия опухоли не выполнялась ввиду типичного вида образования, отсутствия отсевов и риска кровотечения, а сразу выполнялась нефрурете-рэктомия с ТУР устья мочеточника на стороне поражения. У 13 больных при диагностической уретероскопии опухоль не обнаружена. Причиной для выполнения манипуляции у данной категории пациентов являлись макрогематурия, данные экскреторной урографии, ретроградной уретеропиелогрфии, МСКТ, а также у 1 пациента — контрольная уретероскопия после резекции лоханки по поводу папиллярной опухоли. Наконец, у 4 больных уретеропиелоскопия была выполнена с лечебной целью. При этом 1 больной имел папиллярную опухоль мочеточника при наличии единственной почки, у 1 — выявлена опухоль культи мочеточника после нефрурете-рэктомии, а 2 больным после биопсии была выполнена фульгурация основания опухоли. Стоит отметить, что осложнение эндоскопических операций на ВМП по поводу папиллярных опухолей отмечено нами лишь у 1 (2,7%) пациента: при резекции основания опухоли нижней трети мочеточника ввиду возникшего кровотечения, затруднившего визуализацию и коагуляцию кровоточащей слизистой, возникла необходимость трансформировать пособие в открытую операцию — уретероцистонеостомию. По всей видимости, причиной данного осложнения явилась интраоперационная перфорация мочеточника.

**Выводы.** Эндоскопические операции на ВМП при папиллярных опухолях — относительно безопасные и во многих случаях эффективные пособия. Безусловно, у большинства больных они носят диагностический характер, позволяя выявить или исключить опухоль; при обнаружении последней необходимо посредством биопсии верифицировать диагноз. В настоящее время малоинвазивная хирургия ВМП при папиллярных опухолях не может считаться адекватной альтернативой открытой хирургии — нефруретерэктомии — в радикальном лечении данного заболевания, однако в ряде случаев может стать единственно возможной манипуляцией, позволяющей предотвратить прогрессирование опухолевого процесса и продлить жизнь больному. В литературе встречаются сообщения о 2 наиболее частых осложнениях эндоскопических операций на ВМП по поводу папиллярных опухолей — это перфорация мочеточника (до 10%) и послеоперационная стриктура мочеточника (от 4,9 до 13,6%). Учитывая более низкую встречаемость осложнений у рассмотренной нами группы пациентов, считаем, что залогом безопасной уретероскопии при папиллярных опухолях являются обязательное использование атравматичных страховочных струн-проводников, недопущение форсированных движений (проведения инструмента с усилием в просвете мочеточника), особенно в зоне патологических тканей — опухолевых или воспалительных изменений (уретерит), а также непереносимое дренирование ВМП катетером-стентом после операции.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

И.Э. Рыгин, С.В. Мишугин, П.А. Морозов,  
М.А. Хохлов, М.В. Кукушкин, И.В. Новикова  
ГКБ №57, Москва

**Введение.** Уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника относительно редки. Уротелиальные опухоли лоханки почки встречаются в 10% всех опухолевых поражений почки и 5% всех уротелиальных опухолей. Опухолевые поражения мочеточника встречаются еще реже, приблизительно в 4 раза реже опухолей лоханки почки. В структуре уротелиальных опухолевых поражений верхних мочевых путей (ВМП) 90% занимает переходно-клеточный рак. Пик заболеваемости переходноклеточным раком ВМП приходится на возрастную группу 60—70 (в среднем 65) лет. Чаще встречается у мужчин, чем у женщин, в пропорции 3:1.



**Рис. 1.** Обзорная и экскреторная урография. Правая почка, пиелограмма, дефект наполнения верхней чашечки при папиллярном опухолевом поражении



**Рис. 2.** КТ-исследование, папиллярное поражение лоханки правой почки

В связи с редкой встречаемостью данной патологии до сих пор многие вопросы по выбору способа лечения при диагностированном переходно-кле-

Распределение больных по возрасту (n=18)

50–60 лет		60–70 лет		70–80 лет		Старше 80 лет	
Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%	Число больных	%
5	27,5	9	50,5	3	16,5	1	5,5

точном раке ВМП остаются спорными. Например, при оперативном лечении возможны различные хирургические техники, применяемые в зависимости от предпочтений хирурга или технического оснащения стационара.

**Материалы и методы.** Мы представляем опыт хирургического лечения 18 больных переходно-клеточным раком лоханки почки и мочеточника, которым выполнялось хирургическое лечение комбинированным доступом: эндоскопическое иссечение устья и интрамурального отдела мочеточника на стороне поражения и нефруретерэктомия (рис. 1, 2, таблица).

Выполнение такого объема оперативного вмешательства диктовалось тяжелым состоянием больных и необходимостью сокращения времени операции, уменьшения объема хирургической травмы, наличием в анамнезе у пациента ранее перенесенных операций на органах малого таза.

Обследование проводилось в соответствии с требованиями медико-экономических стандартов.

Все пациенты, которым было выполнено оперативное вмешательство в данном объеме, были с I–II степенью опухолевого процесса, локализация опухолевого процесса — проксимальнее интрамурального отдела мочеточника. Производилась эндоскопическая резекция устья мочеточника на стороне поражения. Устанавливался постоянный уретральный катетер. Далее выполнялась стандартная нефруретерэктомия. Из осложнений в послеоперационном периоде отмечены следующие: обильное отделяемое по дренажу в течение длительного срока после операции — 2 (11%) пациента; гематурия — 2 (11%) пациента.

Больные успешнее и за меньший срок проходили реабилитацию после операции. Период послеоперационного наблюдения составил от 3 до 15 мес. В плане контрольных обследований выполнялись: цистоскопия — каждые 3 мес, КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства — 1 раз в 6 мес. За отмеченный период прогрессирования заболевания, опухолевого поражения МП не выявлено.

Еще раз необходимо подчеркнуть, что ТУР МП как этап хирургического лечения больных переходно-клеточным раком лоханки почки и мочеточника выполнялась только тем пациентам, у которых отсутствовало по данным проведенного обследования поражение нижней трети мочеточника.

**Выводы.** Отмечено, что у определенной группы больных, в тех случаях, когда желательно уменьшить объем хирургической травмы или оперативное вмешательство на МП сопряжено с техническими трудностями, данный вид операции оправдан.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕФРОБЛАСТОМой В СОЧЕТАНИИ С ОПУХОЛЕВЫМИ ТРОМБАМИ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

А.В. Сухарев<sup>1</sup>, Т.А. Шароев<sup>1</sup>, Н.А. Кошечкина<sup>2</sup>,  
В.Г. Поляков<sup>2</sup>, А.С. Петросян<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НПЦ медицинской помощи детям ДЗ;

<sup>2</sup>кафедра детской онкологии ГОУ ДПО РМАПО  
Росздрава, Москва

**Цель исследования** — снижение частоты развития осложнений хирургического этапа лечения у детей, больных нефробластомой (НБ) в комбинации с опухолевыми тромбами почечных вен (ПВ) и нижней полой вены (НПВ).

**Материалы и методы.** В исследование включены 40 больных НБ с диагностированными опухолевыми тромбами ПВ и НПВ, проходивших обследование и лечение в НИИ детской онкологии и гематологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 1980 по 2007 г., 23 ребенка (группа А) были оперированы при наличии тромба в НПВ и/или ПВ, 11 (группа Б) — после полной регрессии тромбов в результате проведенной предоперационной ХТ.

**Результаты.** У больных в группе А объем операции включал нефруретерэктомия с вмешательством на сосудах бассейна НПВ (тромбэктомия или резекция тромба), больным в группе Б выполнялась нефруретерэктомия. Интраоперационные осложнения у детей в группе А отмечены в 11 (47,8%) случаях: в 8 — артериальная гипотензия, связанная с наложением зажимов на магистральные вены, в 2 — обсеменение брюшины при пересечении тромба, в 1 — обсеменение брюшины в результате разрыва опухоли почки.

У пациентов в группе Б интраоперационных осложнений не было ( $p < 0,05$ ).

Осложнения послеоперационного периода в группе А были у 6 (26,1%) больных: 2 случая динамической и 2 — спаечной кишечной непроходимости, 1 — гематома в ложе удаленной почки и 1 — посттравматическая киста печени. Случаи спаечной кишечной непроходимости потребовали экстренного хирургического лечения, остальные осложнения успешно купировались на фоне проведенной консервативной терапии.

Послеоперационные осложнения у больных в группе Б отмечались у 2 (18,2%) пациентов: в 1 случае — динамическая непроходимость кишечника, в другом — гематома в ложе удаленной опухоли. Данные осложнения разрешились в результате консервативного лечения.

**Выводы.** Оперативные вмешательства у больных НБ в комбинации с опухолевыми тромбами ПВ и НПВ сопряжены с рядом осложнений, наиболее частым из которых является интраоперационная артериальная гипотензия.

У больных НБ, оперируемых при наличии опухолевых тромбов ПВ и НПВ, послеоперационные осложнения отмечаются чаще (26,1%), чем у пациентов, перенесших операцию после полной регрессии тромба в результате проведенной предоперационной ХТ (18,2%).

## **ВЛИЯНИЕ ФИТОСОРБЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ НА ЛИМФАТИЧЕСКИЙ РЕГИОН ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

**И.В. Тихонов, В.В. Асташов, О.В. Казаков**

*Санаторий «Барнаульский»;  
ГУ НИИ клинической и экспериментальной  
лимфологии СО РАМН, Новосибирск*

**Введение.** Регион малого таза является мощным сосудистым коллектором, где формируются сложные коммуникативные взаимоотношения сосудов артериальной и венозной сети. В норме интерстициальное пространство этого региона активно омывается межтканевой жидкостью. Можно предположить, что использование методов эфферентной терапии позволит повысить функциональную активность тканей в условиях венозного застоя.

**Цель исследования** — структурный анализ подвздошных и тазовых ЛУ при фитосорбционной кор-

рекции фитоконкомплексом Фитопан М экспериментального венозного застоя в малом тазу.

**Материалы и методы.** Работа проведена на нелинейных крысах-самцах в следующих группах: 1) контрольная — интактные животные; 2) экспериментальная — 21 сут венозного застоя; 3) экспериментальная — 21 сут венозного застоя с коррекцией фитоконкомплексом Фитопан М (санитарно-эпидемиологическое удостоверение №77.99.20.919.В.000446.04.04 от 02.04.2004 г.), в состав которого входят пищевые волокна, лекарственные растения (корневища с корнями копеечника чайного, корневища с корнями левзеи, корневища и корни родиолы розовой, трава зверобоя, корневища айра, корневища бадана, лист брусники обыкновенной, лист смородины черной, лист черники обыкновенной) и пантогематоген, обладающий антиоксидантным, простатотропным и лимфокорригирующим действием. В течение последних 2 нед фитопрепарат (суточная доза 10 мг на 100 г массы животного) добавляли в стандартный рацион вивария. Венозный застой создавался под нембуталовым наркозом путем лигирования внутренних подвздошных вен с обеих сторон.

Через 21 сут экспериментального венозного застоя органов малого таза относительная площадь коркового вещества в подвздошных ЛУ уменьшается на 19,8%, за счет паракортикальной зоны — на 27,3%. Отмечено восстановление транспорта лимфы через ЛУ: площади мозговых и краевого синусов не имеют достоверных отличий от интактной группы. Отмечается склерозирование капсулы ЛУ: площадь капсулы увеличивается в 4,1 раза. В структурно-функциональных зонах подвздошных ЛУ наблюдались митотическая клеточная активность, увеличение незрелых форм клеток лимфоидного и плазматического рядов и уменьшение зрелых форм клеток. Макрофагальная реакция выражена только в мозговом веществе. В тазовых ЛУ через 21 сут экспериментального венозного застоя имели место структурные признаки активации гуморального (увеличена площадь В-зависимой зоны, вторичных лимфоидных узелков и мозговых тяжей) звена иммунитета. Отмечается снижение транспорта лимфы через ЛУ (уменьшена площадь мозговых синусов). В структурно-функциональных зонах тазовых ЛУ выявлена активация процессов пролиферации и угнетение бласттрансформации клеток лимфоидного ряда (увеличено число средних и уменьшено число малых лимфоцитов) и активация процессов бласттрансформации клеток плазматического ряда (увеличивается число зрелых плазматических клеток).

Через 21 сут экспериментального венозного застоя органов малого таза в условиях его коррекции

фитокомплексом Фитопан М в ЛУ зафиксированы структурные признаки угнетения клеточного (уменьшается площадь паракортикальной зоны) и активации гуморального звена иммунитета (увеличена площадь мантийной зоны в 2,4 раза, на фоне сохранения площади вторичных лимфоидных узелков, увеличения площади мозговых тяжей, В-зависимой зоны). Транспортная функция подвздошных ЛУ увеличивается: возрастают относительные площади мозговых и краевого (в 4,3 раза) синусов. В структурно-функциональных зонах подвздошных ЛУ установлена активация процессов пролиферации и угнетения бласттрансформации клеток плазматического ряда (увеличено число плазмобластов и уменьшено число незрелых и зрелых плазмоцитов). Во всех структурных компонентах имела место макрофагальная реакция. По сравнению с с группой животных с экспериментальным венозным застоем органов малого таза без коррекции отмечаются структурные признаки угнетения клеточного и активации гуморального звеньев иммунитета: уменьшается площадь паракортикальной зоны, увеличивается площадь вторичных лимфоидных узелков и мозговых тяжей. В тазовых ЛУ, как и в подвздошных, в условиях коррекции фитокомплексом Фитопан М зафиксированы структурные признаки активации гуморального (увеличивается площадь вторичных лимфоидных узелков в 2 раза, мозговых тяжей, В-зависимой зоны) и угнетения клеточного звеньев иммунитета (уменьшается площадь тимусзависимой зоны). В тазовых ЛУ преобладает прямой путь транспорта лимфы (уменьшается площадь мозговых и увеличивается — краевого синусов). По сравнению с группой животных с 21 сут экспериментального венозного застоя органов малого таза без коррекции в тазовых ЛУ увеличивается транспорт лимфы через ЛУ, выявлены структурные признаки, указывающие на угнетение клеточного звена иммунитета. В структурно-функциональных зонах тазовых ЛУ по сравнению с интактной группой и экспериментальной группой без коррекции отмечается увеличение числа зрелых и уменьшение — незрелых форм клеток лимфоидного ряда. При этом в мозговом веществе по сравнению с интактной группой выявлено увеличение, а по сравнению с группой без коррекции, наоборот, уменьшение числа зрелых плазматических клеток.

**Выводы.** В результате использования фитокомплекса Фитопан М при экспериментальном венозном застое в органах малого таза отмечено структурное восстановление регионарных ЛУ ПЖ, сопровождающееся повышением их барьерно-детоксикационной функции, уменьшением степени эндогенной интоксикации организма и лимфатического региона.

## УРОДИНАМИКА НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОГО ЗАМЕЩЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЕГМЕНТОМ ЖЕЛУДКА

В.А. Фадеев, А.В. Сергеев

Санкт-Петербург

**Введение.** Гастроцистопластика (ГЦП) применяется с середины прошлого столетия в единичных клиниках Северной Америки и Европы. Количество наблюдений в каждой из публикаций авторов, занимающихся данной проблемой, не превышает 20 (E.S. Sinaiko и соавт. 1954; J.H.K. Ngan, L.T. James и соавт. 1993; D. Hauru, 1996; G.C. Mingin и соавт. 1999; D.W. Lin и соавт. 2000).

**Материалы и методы.** Изучены результаты РЦЭ и ГЦП, выполненных с 2001 по 2005 г. у 22 больных РМП. Возраст больных колебался от 44 до 72 лет (средний возраст  $58,6 \pm 1,7$  года). Мужчин было 16 (72,7%), женщин — 6 (27,3%). Степень инвазии T2aN0M0 отмечена у 15 больных, T2bN0M0 — у 3, T3bN0M0 — у 1, T4aN0M0 — у 1, T4bN0M0 — у 1 и T3bN2M0 — у 1. Во всех случаях имел место переходно-клеточный рак: высокодифференцированная форма (G<sub>1</sub>) выявлена у 10 (45,4%) пациентов, умеренно дифференцированная (G<sub>2</sub>) — у 8 (36,4%), низкодифференцированная — у 4 (18,2%). При желудочной реконструкции у 12 пациентов использовали общепринятую методику, предложенную в 1954 г. E.S. Sinaiko и соавт. (1954), у 10 — собственную модификацию данной операции (патент на изобретение № 2204951 от 27.03.2003 г.).

**Результаты.** Функциональное состояние нижних мочевых путей исследовали через 3 и 6—12 мес после ГЦП, осуществленной на уродинамической установке Menuet Compact Plus фирмы «Dantec». Отдельно изучали уродинамику у больных после замещения МП сегментом и телом желудка в нашей модификации. Для этого в каждой группе оценивались основные показатели резервуарной и эвакуаторной функции (табл. 1 и 2).

Внутрирезервуарное давление первого позыва при максимальной емкости было достоверно ниже в группе больных, оперированных по разработанному нами методу ГЦП —  $24,3 \pm 4,4$  и  $46,8 \pm 5,6$  см водн. ст. по сравнению с  $28,5 \pm 18,1$  и  $50,5 \pm 15,4$  см водн. ст. в общепринятой методике пластики МП сегментом желудка. Аналогичное соотношение прослеживалось и при изучении данных максимального давления в резервуаре. Использование ГЦП в нашей модификации позволило снизить этот показатель с  $72,3 \pm 9,8$  до  $60,8 \pm 4,9$  см водн. ст. Через 6—12 мес сохранялась

Таблица 1. Основные показатели уродинамики нижних мочевых путей у больных через 3 мес после замещения МП сегментом желудка

Показатель	Метод ГЦП	
	Замещение МП сегментом из большой кривизны желудка (n=10)	Замещение МП телом желудка (наша модификация) (n=10)
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с	8,5–17,9 (13,6±2,7)	9,3–16,5 (13,2±2,2)
Объем мочеиспускания, мл	51–132 (83,6±34,8)*	67–180 (134,3±48,6)*
Время мочеиспускания, с	32–49 (35,0±4,8)	23–82 (35,4±15,9)
Объем первого позыва, мл	81–140 (96,0±25,4)*	155–180 (165,6±10,5)*
Максимальная емкость, мл	91–189 (140,5±37,2)*	180–215 (199,8±12,9)*
Давление при первом позыве, см водн. ст.	3–52 (28,5±18,1)	19–31 (24,3±4,4)
Максимальное давление в резервуаре, см водн. ст.	60–85 (72,3±9,8)	58–68 (60,8±4,9)
Остаточная моча, мл	15–34 (28,1±5,1)	22–45 (30,6±2,4)

\*  $p < 0,05$ .

Таблица 2. Основные показатели уродинамики нижних мочевых путей у больных через 6–12 мес после замещения МП сегментом желудка

Показатель	Метод ГЦП	
	Замещение МП сегментом из большой кривизны желудка (n=9)	Замещение МП телом желудка (наша модификация) (n=8)
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с	10,2–17,1 (13,5±2,1)	8,8–15,4 (12,8±1,9)
Объем мочеиспускания, мл	178–196 (188,2±6,2)	216–224 (219,0±2,8)
Время мочеиспускания, с	35–64 (55,4±8,2)	54–87 (65,4±11,5)
Объем первого позыва, мл	185–235 (207,5±20,8)*	184–270 (242,3±34,0)*
Максимальная емкость, мл	259–338 (310,5±30,5)*	338–405 (376,0±18,9)*
Давление при первом позыве, см водн. ст.	28–32 (27,3±1,6)	19–28 (24,5±3,3)
Максимальное давление в резервуаре, см водн. ст.	58–72 (62,3±5,7)*	42–55 (49,0±4,9)*
Остаточная моча, мл	13–50 (39,3±15,2)	22–51 (42,8±12)

\*  $p < 0,05$ .

та же тенденция: давление при первом позыве, максимальная емкость и максимальное давление у больных, оперированных по нашей модификации, составили 24,5±3,3, 43,5±3,9 и 49,0±4,9 см водн. ст. соответственно. Через 6–12 мес те же показатели при общепринятой методике операции определялись как 27,3±1,6, 48,0±10,5 и 62,3±5,7 см водн. ст. Остаточная моча в обеих группах через 3 и 6–12 мес после операции не превышала нормальных значений.

**Выводы.** Данные, приведенные в табл. 1 и 2, позволяют заключить, что наша модификация ГЦП позволяет значительно улучшить показатели накопительной функции — увеличить объем при одновременном снижении внутрирезервуарного давления. При этом практически не изменилась скорость мочеиспускания, а количество остаточной мочи оставалось в пределах нормы.

## НЕФРОБЛАСТОМАТОЗ — ПРЕДРАКОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ?

Т.А. Шароев<sup>2</sup>, И.Н. Соколова<sup>1</sup>,  
М.В. Рубанская<sup>1</sup>, Н.А. Кошечкина<sup>1</sup>,  
Т.Р. Панферова<sup>1</sup>, А.С. Петросян<sup>2</sup>, А.В. Сухарев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ детской онкологии и гематологии  
ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН;

<sup>2</sup>НПЦ медицинской помощи детям ДЗ, Москва

**Введение.** Некоторые неопухольевые процессы напоминают опухоли почек как клинически, так и морфологически. Нарушения развития почек иногда приводят к тому, что в последних сохраняются элементы примитивной почечной ткани, ко-

торые могут быть ошибочно приняты за нефробластические опухоли. Согласно Международной гистологической классификации опухолей почек, к таким неопухолевым (их еще называют опухолеподобными) процессам относят персистирующую почечную бластому, почечную дисгенезию, кисты. Наиболее часто в клинической практике среди опухолеподобных процессов, симулирующих нефробластому (НБ), педиатры-онкологи встречаются с массивной почечной бластемой, известной также под названием «нефробластоматоз» (НБМ). По-видимому, НБМ представляет собой прогрессирующую форму персистирующей почечной бластемы, являясь двусторонним, многоочаговым и/или диффузным процессом, который может поражать большую часть коры почек. Нефрогенные остатки (НБМ) часто ассоциируются с синдромом Беквита—Видемана, гемигипертрофией и аниридией, в этих случаях велик риск развития НБ. Некоторые авторы считают, что гиперпластический перилобарный НБМ является самоограничивающимся предопухолевым пролиферативным процессом, характеризующимся высоким уровнем риска развития НБ.

**Цель исследования** — разработка стратегии и тактики ведения больных НБМ.

**Материалы и методы.** В НИИ ДОГ за период 1980—2007 гг. наблюдали 37 детей с гистологически подтвержденным диагнозом НБМ. Возраст детей — от 7 мес до 1 года 8 мес. У всех больных до начала лечения была диагностирована билатеральная НБ. Морфологически выделяют перилобарный, интра-лобарный, смешанный НБМ, по распространенности — очаговый и диффузный НБМ. Анализ морфологического материала показал наибольшую связь между интра-лобарным НБМ и НБ, чаще возникающий на фоне пери- и интра-лобарного пролиферирующего НБМ, который следует рассматривать как фоновое заболевание для развития НБ. Клинический диагноз подтверждался радиологически, данными УЗИ и цитологическим анализом пункции опухоли. Распознавание НБМ представляет известные трудности, так как не существуют патогномичных признаков, свойственных данному заболеванию и визуализирующихся при исследовании. Имеются только косвенные признаки при УЗИ, КТ, указывающие на НБМ, который может быть диффузным, унифокальным или мультифокальным.

У всех пациентов цитологически диагностирована НБ (НБМ не диагностирован ни у одного ребенка). Больным с локализованным опухолевым процессом проводилась ХТ как при I—II стадиях НБ, с местно-распространенной и диссеминированной опухолью — как при III—IV стадиях заболева-

ния. Тактика хирургического лечения определялась объемом поражения почек. При возможности больным выполнялись органосохраняющие операции на почках, при тотальном поражении почки — нефрэктомия. У 30 детей при гистологическом анализе обнаружена билатеральная НБ на фоне НБМ. У 7 из 37 пациентов был выявлен НБМ в обеих почках без сочетания с НБ.

**Результаты.** Все больные НБМ (7 детей) живы в сроки наблюдения от 1 года до 7 лет. Из 30 больных, у которых НБМ сочетался с НБ, умерли 7 (23,3%) от прогрессирования НБ.

**Выводы.** Клинически выраженный НБМ является самоограничивающимся предопухолевым пролиферативным процессом, характеризующимся высоким уровнем риска развития НБ и, следовательно, может рассматриваться как предраковое заболевание; существуют рентгенологические и УЗИ-критерии, позволяющие заподозрить НБМ; при подтверждении диагноза НБМ больной нуждается в противоопухолевом лечении, имеющем хорошие отдаленные результаты.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Е.А. Шкапова<sup>1</sup>, Л.М. Куртасова<sup>2</sup>,  
Р.А. Зуков<sup>2</sup>, И.В. Табарин<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Красноярский краевой онкологический диспансер  
им. А.И. Крыжановского; <sup>2</sup>Красноярский государственный  
медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

**Введение.** По своему физиологическому потенциалу нейтрофильные гранулоциты (НГ) характеризуются как популяция клеток, обладающих уникальными адаптационными возможностями, широко реализующимися в норме и на фоне развития патологических процессов. Согласно современным представлениям, киллинговый механизм НГ опосредован активацией кислородного метаболизма при разных стимулирующих воздействиях, а непосредственными медиаторами цитотоксичности выступают активные формы кислорода (АФК). С помощью хемилюминесценции (ХЛ) НГ периферической крови можно выявить механизмы формирования дисбаланса продукции АФК, кото-



рые, как известно, играют важную роль в реализации эффекторного потенциала клеток. Функциональное состояние НГ в реализации антибактериальной резистентности организма характеризуют по показателям фагоцитарной активности в тестах *in vitro*.

**Цель исследования** — изучение фагоцитарной активности и ХЛ-ответа НГ периферической крови больных ПКР до операции и через 14 дней после радикальной нефрэктомии.

**Материалы и методы.** Проведены наблюдения за больными с местно-распространенным ПКР до хирургического лечения ( $n=47$ ) и через 14 дней после операции ( $n=25$ ) в возрасте 45—65 лет. Контрольную группу составили здоровые доноры ( $n=56$ ). При оценке фагоцитарной активности НГ определяли фагоцитарный индекс и фагоцитарное число в тестах с латексом и культурой *St. epidermidis*. Состояние кислородного метаболизма НГ оценивалось с помощью люминол- и люцигенинзависимой ХЛ. В качестве индуктора «респираторного взрыва» использовали опсонизированный зимозан.

У больных ПКР до операции достоверно повышено абсолютное и относительное количество НГ по сравнению с контролем. Увеличена в 6,2 раза интенсивность свечения, в 5,1 раза — площадь спонтанной люцигенинзависимой ХЛ относительно соответствующих величин в группе контроля ( $p<0,05$ ). При стимуляции НГ зимозаном отмечено ускорение времени выхода на пик ХЛ-кривой в 1,9 ( $p<0,05$ ), увеличение интенсивности в 3,7 раза и в 4,2 раза площади люцигенинзависимой ХЛ относительно контрольных значений ( $p<0,01$  и  $p<0,05$  соответственно). Также наблюдается снижение величины индекса активации по сравнению с контрольными показателями.

После радикальной нефрэктомии у больных ПКР увеличено абсолютное и относительное количество НГ по сравнению с контрольным диапазоном и показателями до операции ( $p<0,05$ ). Выявлена тенденция к снижению процента активно фагоцитирующих *St. epidermidis* НГ по сравнению с контролем в 2 раза и в 1,8 раза — относительно соответствующих параметров в период до операции. Обнаружена тенденция к уменьшению количества НГ, вступивших в реакцию фагоцитоза с латексом, по сравнению с показателями до хирургического лечения в 1,3 раза. Следует отметить, что количество поглощенных частиц латекса НГ меньше показателей контроля и в периоде до операции. При этом выявлена тенденция к снижению поглотительной способности НГ в тесте с культурой *St. epidermidis* в 1,8 раза по сравнению с показателями, обнаруженными до нефрэктомии.

Отмечена тенденция к ускорению времени выхода на максимум спонтанной люцигенинзависимой ХЛ в 1,4 раза относительно аналогичного параметра в периоде до хирургического лечения. После индукции НГ зимозаном выявлена тенденция к увеличению времени выхода на максимум в 1,5 раза относительно группы контроля. Результаты исследования спонтанной люминолзависимой ХЛ НГ показали, что время выхода на максимум увеличено в 3,3 раза относительно аналогичных параметров в группе контроля ( $p<0,001$ ). Кроме того, выявлена тенденция к увеличению времени выхода на максимум по сравнению с периодом до операции в 1,1 раза. После стимуляции зимозаном увеличивается время реагирования на стимул НГ в 1,5 раза относительно контроля ( $p<0,01$ ).

**Выводы.** У больных ПКР до операции при увеличенном количестве НГ показатели фагоцитарной активности не изменены. Однако отмечается дисбаланс продукции первичных и вторичных АФК. После нефрэктомии снижается фагоцитарная активность НФ, что, вероятно, свидетельствует о нарушении рецепторного аппарата клеток. Увеличивается скорость продукции первичных АФК и замедляется скорость наработки вторичных АФК, в то время как общие уровни синтеза соответствуют контрольному диапазону. Следовательно, через 14 дней после хирургического лечения полного восстановления функционально-метаболического состояния НГ периферической крови у больных ПКР не происходит.

## НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗА МОЧЕТОЧНИКА

С.В. Шкодкин,

Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов

ГУЗ Областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа, Белгород

Несмотря на использование современных шовных материалов и дренажных систем, снижение morbidity анестезиологического обеспечения, появление новых эффективных и безопасных антибактериальных препаратов, частота несостоятельности анастомозов не имеет тенденции к снижению (А.С. Переверзев, 2001; М.И. Коган, 2005) и составляет, по данным разных авторов, от 0,8 до 12,4% (В.Б. Матвеев, 2004).

Среди причин, влекущих это грозное осложнение, следует выделить 2 группы — хирургические и эндогенные. К первым относятся: методика формирования анастомоза, используемый шовный ма-

териал, объем сопутствующей лимфодиссекции и протяженность скелетирования мочеточника, постановка дренажных систем и продолжительность дренирования, способ и продолжительность дренирования резервуара. К эндогенным причинам нужно отнести общесоматический статус (истощение, ожирение, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, атеросклероз абдоминального отдела аорты), наличие уростаза в верхних мочевых путях (стадия уретерогидронефроза, диаметр мочеточника), неoadьювантную ЛТ и ХТ, сегмент желудочно-кишечного тракта, используемый для деривации мочи.

Мы располагаем информацией о 2 случаях недостаточности анастомозов мочеточника (3-и и 7-е сутки после операции), выполненных атравматической рассасывающейся хирургической нитью на наружном мочеточниковом стенте 7Ch, у пациентов без эндогенных факторов риска.

**Выводы.** Патогенез несостоятельности анастомоза мочеточника и разработка мер профилактики этого осложнения требует более глубокого изучения.

## ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА МОЧЕТОЧНИКА

**С.В. Шкодкин,  
Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов**  
*ГУЗ Областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа, Белгород*

Такое раннее послеоперационное осложнение, как несостоятельность анастомоза мочеточника, не имеет тенденции к снижению (А.С. Переверзев, 2001; М.И. Коган, 2005), приводит к необходимости выполнения дренирующих (Ю.Г. Аляев, 2003) и реконструктивных (С.Б. Петров, 2004) вмешательств, увеличивает сроки госпитализации, а иногда приводит к потере почки.

В литературе не приводится единая тактика в отношении профилактики несостоятельности анастомозов мочеточников. Большинство авторов (М.И. Коган, 2003; В.Б. Матвеев, 2005; В.Н. Крупин, 2007) рекомендуют шинировать зону анастомоза внутренним или наружным стентом. Первый опасен в отношении пузырно-мочеточникового рефлюкса и увеличения гидростатической нагрузки на анастомоз, особенно при неадекватной проходимости или нарушении дренирования пузырно-уретрального сегмента. Второй вследствие большой длины и малого внутреннего диаметра может obturироваться детритом или сгустками крови, что

также нарушает пассаж мочи и увеличивает нагрузку на анастомоз. Бездренажное ведение пациентов практически не рассматривается (О.Б. Лоран, 2001), напротив, некоторые авторы (А.Г. Мартов, 2002) рекомендуют превентивную пункционную нефростомию как дополнение к внутреннему дренажу, особенно при наличии уростаза в верхних мочевых путях. В работах, посвященных профилактике несостоятельности анастомозов мочеточников (О.Б. Карякин, 2003; Д.Ю. Пушкар, 2004), не рекомендуется выполнение антирефлюксных анастомозов, как опасных в отношении стриктуры и несостоятельности.

**Выводы.** Проблему несостоятельности нельзя считать решенной, требуется разработка способов профилактики и алгоритмов ведения данной категории пациентов.

## ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС ПОСЛЕ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

**С.В. Шкодкин,  
Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов**  
*ГУЗ Областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа, Белгород*

**Введение.** В связи с ростом частоты уротелиальных опухолей МП (Б.П. Матвеев, 2005) и расширением показаний к радикальному их лечению (Б.Ш. Камолов, 2003; М.И. Коган, 2005) возникает необходимость как выбора способа деривации мочи, так и разработки методики соединения мочеточника с сегментом кишки.

Предложенные многочисленные методики уретерокондуитоанастомоза можно разделить по принципу формирования (внутри- и внеконduitные), а также по обеспечению антирефлюксной защиты: прямые (без антирефлюксной защиты) и антирефлюксные. Отношение онкоурологов к выбору той или иной методики противоречиво: одни (Н.А. Лопаткин, 2002; С.Х. Аль-Шукри, 2006) настойчиво рекомендуют проведение антирефлюксной защиты, другие (М.И. Коган, 2003; О.Б. Лоран, 2004) не рассматривают пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) как угрожающее осложнение и рекомендуют прямые анастомозы, которые более безопасны в плане послеоперационных стриктур.

**Материалы и методы.** Нами диагностирован ПМР у 7 пациентов с уретероцисто- и уретерокондуитоанастомозами. Наличие и стадия последнего подтверждены при УЗИ и рентгенологически. При этом только 4 из 13 анастомозов были сфор-

мированы по прямой методике Le Duc, остальные выполнялись с антирефлюксной защитой (7 — по методике Лидбеттера — Политано, 2 — по методике А.С. Переверзева). По 3 пациента имели II и III стадии ПМР, у 1 диагностирована IV стадия заболвания.

**Выводы.** Патологический заброс мочи, приводящий к нарушению уродинамики верхних мочевых путей, возможен при различных вариантах формирования анастомоза мочеточника. Не утратила своего значения необходимость разработки мер, предупреждающих ПМР.

## ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС КАК ПРИЧИНА ВОСХОДЯЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С.В. Шкодкин,  
Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов  
ГУЗ Областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа, Белгород

**Введение.** Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) в общей урологии давно признан, как основной фактор развития рефлюкс-нефропатии, персистирующего пиелонефрита, исходом которых является нефросклероз и ХПН (М.Ф. Трапезникова, 2003; В.Н. Крупин, 2007). Данные о частоте развития ПМР у пациентов после реимплантации мочеточника по поводу лечения опухолей МП единичны (И.Г. Русаков, 2002).

**Материалы и методы.** Мы располагаем опытом лечения упорно рецидивирующего пиелонефрита у 7 пациентов с уретероцисто- и уретерокондуитоанастомозами. Причиной развития пиелонефрита была восходящая инфекция, обусловленная ПМР. Наличие и стадия ПМР подтверждены при УЗИ и рентгенологически. Этиологически у 3 (42,9%) больных была высеяна синегнойная палочка, у 2 (28,6%) — энтерококк, у 1 (14,3%) — клебсиелла и у 1 (14,3%) — полирезистентная кишечная палочка.

**Выводы.** ПМР предрасполагает не только к уродинамическим нарушениям в верхних мочевых путях, но и к персистенции мочевой инфекции в почках. Как минимум у 85,7% пациентов диагностируется полирезистентная госпитальная инфекция. Не потеряла актуальности разработка мер антирефлюксной защиты имплантируемых мочеточников.

## РОЛЬ ДРЕНАЖЕЙ В РАЗВИТИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ МОЧЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

С.В. Шкодкин,  
Ю.Б. Идашкин, В.В. Фентисов  
ГУЗ Областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа, Белгород

**Введение.** Использование современной антибиотикопрофилактики, закрытых дренажных систем и сокращение сроков дренирования не обеспечивают элиминации госпитальных штаммов в урологических стационарах (Т.С. Перепанова, 2006), а иммунодефицит у онкоурологических больных, вызванный основной патологией, наличием ХПН, потенцируемый неoadьювантной ЛТ и ХТ, ведут к развитию субклинических деструктивных форм поражения почечной паренхимы (Д.Ю. Пушкарь, 2002; В.Б. Матвеев, 2004).

**Материалы и методы.** Исследована бактериология мочи у 25 пациентов с наружными дренажами: эпицистостомическим (14 больных), нефростомическим (7) и мочеточниковым наружным стентом (4). Бактериологическое исследование проводилось на аэробную флору до постановки дренажа, на 4, 7 и 14-е сутки.

Исходная бактериурия <1 млн КОЕ/л выявлена у 4 (16%) пациентов и в 3 (12%) случаях была представлена кишечной палочкой, в 1 — бактериальной ассоциацией без антибиотикорезистентности. К 4-м суткам положительная бактериурия (> 1 млн КОЕ/л) определялась у 8 (32%) пациентов, через 1 нед после операции урокультура выделена у 22 (88%) больных, а к концу 2-й недели все 100% из группы наблюдения были инфицированы. При этом в послеоперационном периоде не высеивалось сапрофитной флоры, а резистентность внутрибольничных штаммов увеличивалась параллельно со временем, прошедшим со дня операции. В целом из 55 положительных посевов в 27 (49,1%) выявлена синегнойная палочки, в 13 (23,6%) — клебсиелла, в 8 (14,5%) — фекальный стафилококк и в 7 (12,7%) — энтерококк. При этом клинические проявления пиелонефрита отмечены лишь у 7 (28%) пациентов.

**Выводы.** Использование наружных дренажей неминуемо ведет к контаминации штаммов госпитальной флоры.