



Медицина в Кузбассе



Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650066,
пр. Октябрьский, 22
Тел./факс: (3842) 39-64-85
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Директор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «ТД «Азия-Принт», 650004
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35-А

Тираж: 200 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Золоев Г.К., Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответ-
ственный секретарь, Михайлуц А.П., Попонникова Т.В.
– зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово),
Баранов А.И. (Новокузнецк), Баттакова Ж.Е. (Караганда,
Казахстан), Брусина Е.Б. (Кемерово), Брюханов В.М.
(Барнаул), Глушков А.Н. (Кемерово), Ельский В.Н.
(Донецк, Украина), Ефремов А.В. (Новосибирск),
Захаренков В.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск),
Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк),
Селедцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово),
Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий),
Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк),
Шраер Т.И. (Кемерово), Elgudin Y. (Эльгудин Я.) (Кливленд,
США), Vaks V.V. (Вакс В.В.) (Лондон, Великобритания).

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии Министерства
образования и науки России от 19 февраля 2010 года № 6/6 журнал включен
в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых
должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал входит в Российский Индекс Научного Цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся в Российской Книжной Палате,
в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

Спецвыпуск № 2 - 2014

**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 2-2014: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОУРОЛО-
ГИИ.** Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Кемерово, 20 октя-
бря 2014 г. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2014. – 32 с.

*В спецвыпуске журнала представлены материалы межрегиональной научно-практической
конференции, посвященной современным аспектам онкоурологии.*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ВЫПУСКА:

**Силинская Н.В.
Вихлянов И.В.
Жаркова О.В.
Магарилл Ю.А**

Спонсоры конференции:

ООО «АстраЗенека Фармасьютикалз»
ЗАО «Байер»
ООО «ИПСЕН»

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2014 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заболелаемость раком предстательной железы в городе Новосибирске составляет 51,9 человек на 100000 населения. С каждым годом количество пациентов страдающих этим серьезным заболеванием увеличивается. Данное заболевание занимает второе место в мире по показателю смертности от всех видов рака среди мужчин. В США заболеваемость раком предстательной железы составляет более 120 человек на 100000 мужчин, а смертность — почти 20 человек на то же число мужского населения (American Cancer Society, 2011).

Цель исследования — оценить непосредственные результаты проведения различных способов лучевого и хирургического лечения локализованного рака предстательной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 года в «Центре онкологии и радиотерапии» ФГУ ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина было пролечено 987 пациентов больных раком предстательной железы в режиме стереотаксической дистанционной конформной лучевой терапии различных стадий заболевания. С 2012 года была начата программа лечения в режиме нестандартного гипофракционирования, всего было пролечено 27 пациентов. В 2014 году введены в практику методы брахитерапии рака предстательной железы (20 пациентов) и роботассистированная простатэктомия на системе Да Винчи (31 пациент).

Средний возраст пациентов получивших лечение, составил $67,3 \pm 5,8$ лет. У всех пациентов было получено информированное согласие на проведение данного вида лечения, проведение данной методики согласовано с ЛЭК института. Для оценки эффективности лечения и прогноза заболевания использовались показатели уровня простатспецифического антигена (ПСА), определение морфологической структуры опухоли по Глиссону, стадия заболевания. Критерии включения для методов лечения в режиме нестандартного гипофракционирования, брахитерапии рака предстательной железы и робот ассистированной простатэктомии: рак предстательной железы не выше T1c st (T1aN0M0 — T2cN0M0). Глисон от 2 до 7 баллов. ПСА — менее 20 нг/мл. МРТ признаки (отсутствие mts измененных лимфатических узлов в малом тазу, отсутствие распространения патологического процесса за пределы капсулы предстательной железы, отсутствие «заинтересованности» семенных пузырьков предста-

тельной железы в патологическом процессе. Сцинтиграфия костей скелета (отсутствие признаков вторичного поражения костей скелета). Степень выраженности коморбидных заболеваний пациента. Всем пациентам проводился курс неoadьювантной гормональной терапии (МAB) в течение 3-6 месяцев. Критериями исключения являлись: рак предстательной железы стадия более T3c st (T3N0M0 — T4N1-2M0), Глисон более 7 баллов, ПСА — более 20 нг/мл, МРТ признаки вовлеченности в онкопроцесс лимфатических узлов малого таза, наличие распространения патологического процесса за пределы капсулы предстательной железы, прорастание семенных пузырьков предстательной железы патологическим процессом. Пациенты с явлениями хронической задержки мочи (УЗИ), обструктивным типом мочеиспускания (по данным урофлоуметрии), наличием цистостомического дренажа. В 89 % случаев пациенты имели коморбидную патологию, из них 67 % пациентов имели сопутствующую сердечно-сосудистую патологию, 21 % — патологию органов желудочно-кишечного тракта, 15 % пациентов — заболевания ЦНС, 12 % — заболевания органов дыхания, 13 % — другую патологию. Средний объем предстательной железы 47 см³ (от 22 до 72 см³). Критерием отбора для проведения стереотаксического дистанционного 3D конформного лучевого лечения в режиме нестандартного гипофракционирования являлся отказ пациентов от возможного хирургического или брахитерапевтического метода лечения в связи с тяжелой коморбидной сопутствующей патологией, пожилой и старческой категории пациентов, а также неудовлетворительные показатели данных урофлоуметрии для проведения брахитерапии. Для проведения лечения рака предстательной железы в режиме гипофракционирования был разработан протокол обследования и лечения пациентов. Согласно протоколу перед началом лучевой терапии пациентам проводились следующие обследования: исследование стандартных общеклинических и биохимических показателей; МСКТ органов грудной клетки; МСКТ или УЗИ органов брюшной полости; исследование показателей гемостаза; исследование показателей сердечно-сосудистой системы — ЭКГ; УЗИ или ТРУЗИ предстательной железы; остеосцинтиграфия костей скелета; МРТ органов малого таза с контрастным усилением. Предлучевая подготовка включала топометрические МСКТ и МРТ исследования с контрастным усилением органов мало-

го таза. Срезы выполнялись в аксиальной плоскости, с толщиной шага 2 мм. После совмещения снимков МСКТ и МРТ по протоколу fusion, проводились оконтуривания мишени на станции Focal Pro, критическими структурами считали - мочевой пузырь, прямую кишку, простатическую часть уретры, тазобедренные суставы. В контуры GTV и CTV согласно данным визуализации входила предстательная железа без семенных пузырьков. С учетом подвижности капсулы предстательной железы было принято решение об использовании трансректальной фиксации ватным тампоном и изготовлении индивидуальной абдоминальной термопластической маски, что привело к уменьшению подвижности органов малого таза и позволило существенно сократить отступы при облучении мишени. Отступы PTV составили до 5 мм в боковые направления, а также вверх вниз и до 3 мм в сторону прямой кишки. Уменьшению отступов PTV способствовала лучшая визуализация предстательной железы за счет контрастирования мочевого пузыря. При помощи урологического катетера пациенту проводилось опорожнение мочевого пузыря, затем в полость мочевого пузыря вводилось 199 мл физиологического раствора и 1 мл контрастного вещества. Облучение пациентов проводилось на стереотаксическом медицинском линейном ускорителе Elekta Axesse с многолепестковым коллиматором (МЛК). При расчете лечебного плана использовалась методика облучения мишени с модуляцией интенсивности (VMAT), при которой удается осуществить конформное облучение с одновременной эффективной защитой окружающих здоровых тканей. Значительная фракционная доза влечет за собой повышенные требования к позиционированию пациента. Контроль положения мишени на лечебном столе осуществлялся непосредственно перед сеансом облучения с использованием системы визуализационного контроля (IGRT) под «пучком», как средствами самого ускорительного комплекса, в частности, малодозной рентгеновской установкой смонтированной на шасси ускорителя. Такая съемка позволяет производить совмещение фактического и расчетного положения органов малого таза с высокой точностью. Совмещение положения осуществлялось в режимах мягких тканей и костных структур. После проведения облучения проводилась повторная съемка для оценки точности используемого метода. Среднеквадратичная ошибка смещения мишени от первоначального положения усредненная по всем пациентам составила 2 мм, что находится в удовлетворительном согласии с выбранной при составлении лечебного плана моделью облучения. Дозиметрическая проверка плана на фантоме простаты не отличается от рутинно проводимой проверки планов облучения малого таза и демонстрирует согласие (расхожде-

ние составляет менее 2 %) расчетного и приборного измеряемого значения дозы. При оптимизации плана использовались как условия на покрытие мишени ($V95\% > 99\%$ на CTV (95% на PTV)), так и условия минимизации средней лучевой нагрузки (в процентах от очаговой дозы) на критические органы: $D < 40\%$ для прямой кишки, $D < 20\%$ для мочевого пузыря, $D < 20\%$ для головки бедренной кости. В случае наличия металлических имплантов соответствующие сектора исключались из плана облучения. Лечение проводилось 3 раза в неделю (через день) в РОД 7,5 Гр. За курс лечения СОД составила 37,5 Гр. Это соответствует 76 Гр при стандартном режиме облучения. Лечение проводилось на фоне приема противовоспалительных урологических травяных сборов. У 25 % пациентов (6 человек) для профилактики поздних осложнений со стороны мочевыводящих путей были назначены антибактериальные препараты местного действия. Для проведения лечения рака предстательной железы методом брахитерапии были отобраны пациенты следующих групп: группа низкого риска прогрессирования, стадия T1-2N0M0, индекс Глисона < 6 , ПСА < 10 нг/мл. Группа промежуточного риска: стадия T1-2N0M0 и индекс Глисона = 7 и/или ПСА 10-20 нг/мл. Всем пациентам проводился курс неoadъювантной гормональной терапии в течение 3-6 месяцев до брахитерапии и 3 месяца после. Брахитерапия была проведена 7 пациентам, к концу 2014 года планируется пролечить еще 13 пациентов. Брахитерапия микроисточниками I-125 проводится с использованием следующих дозиметрических параметров: V100 (для предстательной железы) $> 90\%$; V150 (для предстательной железы) $< 65\%$; V150 (для уретры) — 0 %; D90 (для прямой кишки) $< 80\%$. Противопоказаниями к проведению брахитерапии являлись: объем простаты > 50 см³, выраженные признаки интравезикальной обструкции (максимальная скорость потока мочи < 10 мл/сек или объем остаточной мочи > 60 мл, или суммарный балл по IPSS > 14), в анамнезе менее 6 месяцев после аденомэктомии или ТУР простаты. Источники радиоактивного излучения на основе йода-125 представляют собой капсулы, перемежающиеся через равные промежутки с рассасывающимися спейсерами внутри рассасывающейся нити. После проведения анестезиологического пособия под эпидуральной анестезией и фиксации пациента в позе Тренделенбурга производилась трансректальное ультразвуковое исследование. Получение поперечных ультразвуковых срезов предстательной железы от основания до верхушки с шагом 5 мм позволяла получить 3D изображение положения предстательной железы с режимом наложения координатной сетки на изображение. Полученные изображения предстательной железы импортировались в компьютер-

ную систему дозиметрического планирования. На основании полученных изображений был создан план имплантации. Процедура имплантации выполнялась урологом путем введения заряженных игл в предстательную железу в соответствии с планом имплантации. После проведения брахитерапии больной находился в палате стационара выделенной для нахождения пациентов, прошедших процедуру брахитерапии. На следующий день после проведения дозиметрического контроля осуществлялась выписка больного домой. Для проведения хирургического лечения рака предстательной железы были отобраны пациенты аналогичных групп как и для брахитерапии: группа низкого риска прогрессирования, стадия T1-2N0M0, индекс Глисона < 6, ПСА < 10 нг/мл. Группа промежуточного риска: стадия T1-2N0M0 и индекс Глисона = 7 и/или ПСА 10-20 нг/мл. К относительным противопоказаниям относились ранее проведенные хирургические вмешательства на органах малого таза, к абсолютным – объем предстательной железы более 80 см³, ранее проведенная лучевая либо брахитерапия. Хирургическое лечение проводилось пациентам на аппарате «da Vinci Surgical System». К концу 2014 года планируется выполнить еще 24 пациентам. Все пациенты получали курс неoadъювантной гормональной терапии в течение 3-6 месяцев, это не является обязательным условием для выполнения хирургического лечения. Пациенты отбирались из группы с уже установленным диагнозом и назначенной терапией (МАБ). Продолжительность хирургического лечения составляла около 180 ± 80 минут, объем кровопотери составил 150 ± 50 мл. Предоперационный койко-день составлял 1,3 ± 1 день. Послеоперационный койко-день – 10 ± 2 дня. Общий койко-день составлял 12 ± 2 дней. Контроль состоятельности уретровезикального анастомоза производился путем наполнения мочевого пузыря раствором с R-контраст-

ным веществом до объема 150 мл через уретральный катетер и проведением цистогграфии на 10 сутки после хирургического лечения, при отсутствии «затеков» катетер удалялся, пациенту назначался комплекс упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна. Контрольный осмотр пациентов проводился через 1 месяц после проведенного хирургического лечения, оценивался уровень ПСА, степень удержания мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведение конформной лучевой терапии методикой VMAT показало снижение ПСА во всех группах пациентов. Стереотаксическая дистанционная конформная лучевая терапия в режиме нестандартного гипофракционирования позволила провести курс лучевой терапии без расщепления – 100 % пациентов. При оценке степени выраженности непосредственных ранних и поздних лучевых реакций метод гипофракционирования можно поставить между брахитерапией предстательной железы и дистанционной лучевой терапией в стандартном режиме фракционирования. У пациентов пролеченных методом брахитерапии отмечено стабильное значение уровня ПСА после отмены терапии (МАБ). У пациентов после хирургического лечения и отмены ранее проводимой терапии (МАБ) также отмечается стойкие показатели уровня ПСА и отсутствие явлений недержания мочи.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, оценивая результаты проведенного лечения, включающее стереотаксическую гипофракционную дистанционную лучевую терапию, брахитерапию, роботизированное хирургическое лечение дает возможность выбора метода лечения, а также ведет к улучшению непосредственных результатов лечения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Lukka H. et al. Randomized trial comparing two fractionation schedules for patients with localized prostate cancer. J Clin. Oncol. 2005. Sep. 1; 23(25): 6132-8.
2. Katz AJ et al., Stereotactic body radiotherapy for organ-confined prostate cancer, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20122161?dopt=Abstract&holding=f1000_f1000m_isrcn BMC Urol. 2010 Feb 1;10:1.
3. Freeman D.E., King C.R., Stereotactic body radiotherapy for low-risk prostate cancer: five-year outcomes, Radiation Oncology 2011 Jan 10;6:3.
4. McBride S.M. et al., Hypofractionated stereotactic body radiotherapy in low-risk prostate adenocarcinoma: preliminary results of a multi-institutional phase 1 feasibility trial, Cancer. 2012 Aug 1;118(15):3681-90.
5. Filippo Alongi et al., «Linac based SBRT for prostate cancer in 5 fractions with VMAT and flattening filter free beams: preliminary report of a phase II study», *Radiation Oncology* 2013, 8:171.
6. «Выбор метода лечения локализованного рака предстательной железы, современные тенденции» Г. Братславский // экспериментальная и клиническая урология №2-3, 2011 С27-28.
7. Злокачественные новообразования в России в 2012 году – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – В.И. Чиссова, В.В. Старинского. 2013. С. 10-289.
8. Брахитерапия. Новый метод в радикальном лечении рака предстательной железы. Урология сегодня, 2014. № 2. С14-17.
9. Лечение рака простаты: сравнение методов, побочные эффекты лечения. Фармакология и медицина.
10. Рак предстательной железы: причины, симптомы, диагностика, лечение. Фармакология и медицина.

ЛАВРИКОВА Н.В., ВАЖЕНИНА А.А., АНТОНОВ М.В.
ГБУЗ ЯНАО Салехардская окружная клиническая больница.
Региональный онкологический центр
Г. Салехард, ЯНАО

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ

Рак почки — актуальная проблема современной онкоурологии. Если лечение первичной опухоли — давно и полноценно разработанная проблема, то лечение опухолевого процесса при прогрессировании и возникновении отдаленного метастазирования по настоящее время является нерешенной клинической задачей. Случаи успешного лечения данной патологии редки, и лишь использование мультитаргетной терапии позволяет надеяться на активное продление жизни больных.

Приводим следующий клинический случай: пациентка К., 56 лет, поступила в клинику 17.12.2013 г. с жалобами на появление болей в поясничной области.

An. morbi: больной себя считает с 2003 г. Диагноз: рак левой почки T1N0M0г. В условиях г. Кисловодска 25.09.03 выполнена операция в объеме — нефрэктомия слева. Гист. диагноз: светлоклеточный гипернефроидный рак. Даль-

нейшего лечения не проводилось. Динамическое наблюдение до 2009 г. — признаков рецидива опухоли, мтс — не выявлено. Настоящее ухудшение самочувствия в виде болей в поясничной области — с декабря 2013 г. При обследовании КТ ОГК, ОБП, ОМТ с внутривенным контрастированием 02.12.13 в проекции верхнего сегмента правой почки выявлено объемное образование с бугристыми контурами, неоднородной плотности +16 +35 едН, неравномерно накапливающее контрастное вещество до 42 едН, деформирующее контур почки, растущее кнаружи, выходя за пределы, размерами 96 × 53 мм. В ложе левой почки — аналогичное образование размерами 45 × 34 мм. Цитологический диагноз: светлоклеточный гипернефроидный рак. Диагноз: Рак левой почки T1N0M0, состояние после хирургического лечения (2003 г). Рецидив в ложе удаленной левой почки, мтс в правую почку.

Данные лабораторных анализов от 17.12.2013 г.:

СОЭ	33,0 мм/час
Гемоглобин	119,0 г/L
Эритроциты	4,23 × 10 ⁶ /mm ³
Цветовой показатель	0,84
Средний объем эритроцитов	84,0 мкм ³
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроц.	28,1 pg
Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	33,4 г/dL
Гематокрит	35,7 %
Ширина распределения эритроцитов по объему	13,1%
Тромбоциты	158 × 10 ³ /mm ³
Средний объем тромбоцитов	9,2 мкм ³
Величина тромбокрита	0,107 %
Ширина распределения тромбоцитов по объему	17,0 %
Лейкоциты	5,3 × 10 ³ /mm ³
Лимфоциты	3,1 × 10 ³ /mm ³ (57,6 %)
Нейтрофилы	1,7 × 10 ³ /mm ³ (33,0 %)
Моноциты	0,3 × 10 ³ /mm ³ (6,2 %)
Эозинофилы	0,1 × 10 ³ /mm ³ (2,2 %)

Базофилы	0,1 x 10 ³ /mm ³ (1,0 %)
АСТ	19 Е/л
Общий белок	60 г/л
Мочевина	5,7 ммоль/л
Креатинин	0,080 ммоль/л
Билирубин общий	4,8 мкмоль/л
Глюкоза	4,9 ммоль/л
Холестерин общий	7,8 ммоль/л
АЛТ	24 Е/л

17.12.13 г. начата таргетная терапия нексаваром 800 мг в сутки, отмечалась 3-я степень кожной токсичности в течение первых двух недель применения — влажная десквамация, волдыри с обнажением изъязвленной поверхности. Принято решение о прекращении лечения, проведения симптоматической терапии (мазевые перевязки, антигистаминные препараты). Решено произвести изменение схемы лечения. С 20.01.2014 г. пациентка принимает афинитор, лечение переносит удовлетворительно с периодическими эпизодами стоматита легкой степени, лабильности цифр АД до 150/100 mmHg, отеками нижних конечностей. При контрольном обследовании при КТ ОГК, ОБП, ОМТ с внутривенным контрастированием

от 23.04.14 г. — положительная динамика в виде уменьшения образований до размеров 50 × 10 мм и 40 × 30 мм, соответственно. Лечение афинитором продолжено.

В течение 3-х месяцев (с июня по август 20-14 г.), несмотря на настоятельные рекомендации лечащего врача о необходимости пребывания в зоне постоянного места жительства, выезжала на отдых в Армению. При контрольном обследовании КТ ОГК, ОБП 26.09.14 — ОГК — в аксиллярном сегменте (верхняя доля правого легкого) — уплотнение по типу «матового стекла» без четких контуров. В проекции верхнего сегмента правой почки — образование размерами 76 × 60 мм, в ложе левой почки — 52 × 32 мм.

Данные лабораторных анализов от 26.09.2014 г.:

СОЭ	52,0 мм/час
Гемоглобин	93,7 g/L
Эритроциты	3,94 x 10 ⁶ /mm ³
Цветовой показатель	0,71
Средний объем эритроцитов	75,0 mkm ³
Среднее содержание гемоглобина в эритроц.	23,8 pg
Средняя концентрация гемоглобина в эритроц.	31,8 g/dL
Гематокрит	29,5 %
Ширина распределения эритроцитов по объему	16,4 %
Тромбоциты	212 x 10 ³ /mm ³
Средний объем тромбоцитов	7,9 mkm ³
Величина тромбокрита	0,169 %
Ширина распределения тромбоцитов по объему	14,3 %
Лейкоциты	5,0 x 10 ³ /mm ³
Лимфоциты	1,3 x 10 ³ /mm ³ (26,7 %)
Нейтрофилы	3,1 x 10 ³ /mm ³ (61,5 %)
Моноциты	0,4 x 10 ³ /mm ³ (8,9 %)
Эозинофилы	0,1 x 10 ³ /mm ³ (1,6 %)
Базофилы	0,1 x 10 ³ /mm ³ (1,3 %)
АСТ	20 Е/л
Общий белок	62 г/л
Мочевина	6,1 ммоль/л
Креатинин	0,090 ммоль/л



Билирубин общий	3,2 мкмоль/л
Глюкоза	4,3 ммоль/л
Холестерин общий	6,7 ммоль/л
АЛТ	24 Е/л

Анализ мочи общий

Количество	50,0 мл
Цвет	светло-желтый
Прозрачность	прозрачная
Относительная плотность	1013
Глюкоза	не обнаружено
Билирубин	отрицательно
Кетоновые тела	отрицательно
Эритроциты	не обнаружено
Реакция	5,0
Белок (качественно)	не обнаружено
Уробилиноген	отрицательный
Нитриты	отрицательно
Лейкоциты	отрицательно

В настоящее время продолжает прием афинитора.

Таким образом, таргетная терапия в настоящее время является стандартом лечения мПКР. Продолжаются исследования молекулярных факторов прогноза, оптимальной по-

следовательности назначения препаратов с учетом опыта применения таргетных препаратов. Тем не менее, по настоящее время приверженность пациента к лечению и его комплаентность во многом определяет прогноз заболевания.

ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»,
Алтайский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр
им. Н.Н. Блохина» РАМН,
г. Барнаул

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

Рак предстательной железы (РПЖ) — часто встречающееся злокачественное новообразование у мужчин. В структуре онкологической заболеваемости в ряде стран РПЖ выходит на 2-3-е место. Доля РПЖ в структуре заболеваемости мужского населения России неуклонно росла и в 2000 г. составила 5,4 % (в 1989 г. — 2,8 %). В России с 1999 по 2009 гг. прирост заболевших раком предстательной железы составил 144,8 %. В России РПЖ как причина смерти занимает четвертое место, в США — второе. В Ев-

ропе уровень смертности от РПЖ достиг 23,2 на 100000 мужчин. Во всем мире заболеваемость и смертность от данной патологии неуклонно возрастают. Возраст является наиболее важным эпидемиологическим фактором. Доказательством тому служит тот факт, что у 70 % мужчин старше 80 лет имеются различные формы рака предстательной железы. Риск заболеть раком предстательной железы в 2-3 раза выше у мужчин, у ближайших родственников которых рак предстательной железы был выявлен в относительно

молодом возрасте. В последние годы в связи с внедрением ПСА-диагностики и скрининга РПЖ в ряде клиник, средний возраст больных с впервые выявленным РПЖ существенно снизился, тем не менее, средний возраст смерти больных от данного заболевания на протяжении многих лет существенно не меняется.

Цель исследования — показать заболеваемость раком предстательной железы мужского населения Алтайского края за последние 20 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании данных, полученных из канцер-регистра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», была ретроспективно отобрана группа мужчин, больных раком предстательной железы. Диагнозы злокачественных новообразований у большинства больных были морфологически верифицированными. Наряду с общеклиническим обследованием у больных применялись ультразвуковое исследование, рентгенологические методы обследования, компьютерная томография, эндоскопические исследования, биопсия. В настоящей работе использована Международная клиническая классификация злокачественных опухолей TNM (Издательство «Wiley-Liss», шестое издание, 2002 год) и соответствующая этой классификации группировка по стадиям. Для определения удельного веса больных мужчин с установленным раком предстательной железы в структуре онкоурологических злокачественных новообразований (ЗН) мочеполовой системы у мужчин использовались данные канцер-регистра КГБ УЗ АКОД. За период с 1994 по 2013 год в Алтайском крае по данным канцер-регистра было зарегистрировано впервые выявленных злокачественных опухолей предстательной железы — 6804.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Алтайском крае за последние 20 лет выявлено 6804 пациента с впервые установленным диагнозом рак предстательной железы.

За последние годы отмечено более выраженное увеличение ежегодно выявленных пациентов с впервые установленным диагнозом рака предстательной железы в Алтайском крае, особенно отчетливо это проявилось за последние три года.

Из 6804 пациентов с впервые установленным раком предстательной железы у 668 мужчин рак предстательной железы выявлен в возрасте до 60 лет, что составило 9,8 % от всех пациентов. Самое большое процентное отношение пациентов с впервые выявленным раком предстательной железы в возрасте до 60 лет было выявлено в 2007 году — 15,6 %. Самое низкое в 2000 году — 6,6 %. Смертность от рака предстательной железы была наиболее высокой в 2011 году, за последние два года прослеживается снижения смертности от рака предстательной железы. Самое высокое процентное выявление пациентов в четвертой стадии зафиксировано в 2004 году — 27,1 %. В последние два года определяется тенденции на снижения выявления пациентов с раком предстательной железы в четвертой запущенной стадии.

ВЫВОДЫ:

Заболеваемость раком предстательной железы в Алтайском крае за период с 1994 по 2013 увеличилась почти в 4 раза. Более 9 % мужчин с впервые установленным диагнозом рак предстательной железы находятся в трудоспособном возрасте. Смертность от рака предстательной железы и процентное содержание выявленных пациентов в четвертой стадии в последние годы уменьшается.

ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., МАРЧЕНКО Э.С., АГАФОНОВ П.С.,
КОМАРОВА Д.К., ФЕДОСКИНА А.В., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
г. Барнаул*

СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В России РПЖ как причина смерти занимает четвертое место, в США — второе. В Европе уровень смертности от РПЖ достиг 23,2 на 100000 мужчин. Во всем мире заболеваемость и смертность от данной патологии неуклонно возрастают. В последние годы в связи с внедрением ПСА-диагностики и скрининга РПЖ в

ряде клиник, средний возраст больных с впервые выявленным РПЖ существенно снизился, тем не менее, средний возраст смерти больных от данного заболевания на протяжении многих лет существенно не меняется. Несмотря на то, что РПЖ чаще встречается в возрасте 70 лет и более, в последние годы наблюдается тенденция к возраста-

нию доли более молодых мужчин по отношению ко всему массиву больных РПЖ.

Цель исследования — показать смертность от рака предстательной железы мужского населения Алтайского края за последние 10 лет.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:

На основании данных, полученных из канцер-регистра краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», годовых отчетов КГБ УЗ АКОД проанализирована смертность от рака предстательной железы в Алтайском крае.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Смертность от рака предстательной железы была наиболее высокой в 2011 году, за последние

два года прослеживается снижения смертности от рака предстательной железы. Самое высокое процентное выявление пациентов в четвертой стадии зафиксировано в 2004 году — 27,1 %. В последние два года определяется тенденции на снижения выявления пациентов с раком предстательной железы в четвертой запущенной стадии (табл.).

Взаимосвязь улучшения ранней диагностики рака предстательной железы и снижения выявления запущенных форм рака предстательной железы связаны с проведением программ скрининга рака предстательной железы в Алтайском крае.

ВЫВОДЫ:

Смертность от рака предстательной железы и процентное содержание выявленных пациентов в четвертой стадии в последние годы уменьшается.

Таблица

Смертность от рака предстательной железы и процентное содержание выявленных пациентов в четвертой стадии в 2004-2013 гг.

Годы	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Смертность	13,0	14,8	13,6	12,1	15,9	15,8	16,9	18,0	16,0	15,7
Четвертая стадия, %	27,1	24,4	24,7	18,1	19,1	17,1	20,9	14,4	13,1	12,3

ЛЕОНОВ О.В., ВЫЮШКОВ Д.М., КОПЫЛЬЦОВ Е.И., АХМЕТЯНОВ А.Ш., СИХВАРДТ И.А.
БУЗОО «Клинический онкологический диспансер»,
г. Омск

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

В России рак почки у взрослых составляет около 3 % среди всех злокачественных новообразований, а среди всех онкологических заболеваний органов мочеполовой системы занимает третье место, уступая по частоте раку предстательной железы и мочевого пузыря. В последние годы отмечается устойчивый рост заболеваемости почечно-клеточным раком с темпом прироста 4,5 % в год. Средний возраст больных, страдающих раком почки, составляет около 60 лет.

По темпам прироста онкологической заболеваемости в России почечно-клеточный рак устойчиво занимает 3-е место (43,9 %). В структуре смертности населения России от онкологических заболеваний рак почки среди мужчин составляет 2,7 %, среди женщин — 2,1 %. Медиана общей выживаемости больных диссеминированным почечно-клеточным раком редко превышает 1 год, а ожидаемая 5-летняя выживаемость составляет менее 20 %, в связи с чем проблема лечения данной группы больных является очень актуальной для клинической онкологии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РАКОМ ПОЧКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Нами за период с 2004 по 2013 гг. проанализированы результаты диагностики и лечения 3223 больных раком почки. Абсолютное число вновь выявленных пациентов раком почки из года в год стабильно сохранялось на высоком уровне (290 в 2007 г. и 358 в 2012 г.). При распределении больных раком почки по полу отмечалось преобладание на 20 % мужчин над женщинами. Оценивая расчетные показатели необходимо отметить, что заболеваемость раком почки в Омской области возросла с 13,1 в 2004 году до 17,8 в 2013 году на 100 тыс. населения. Рак почки обладает колоссальным метастатическим потенциалом. Метастазы обнаруживались у 23-32 % пациентов на момент установления диагноза. Средняя продолжительность жизни этой категории больных составляет 6-12 месяцев, и только 10 % из них переживали 2 года. Показатель годичной летальности сохранялся на высоком уровне, составляя около 25,4-20 % в различные годы, почти совпа-



дая с запущенностью (St IV), т.е. каждый пятый пациент погибал в течение первого года после постановки диагноза.

За период с 2004-2013 гг. прослеживалась тенденция увеличения числа больных раком почки с I и II стадией опухолевого поражения из числа первично взятых на учет с 38,6 % 2004 году до 44 % в 2013 году. Достоверно отмечалось уменьшение количества пациентов с местным распространением опухолевого процесса (St III) с 29,6 % в 2004 году до 22,5 % в 2012 году. Кроме того, имело место ежегодное снижение на 7,3 % числа пациентов с IV стадией генерализованного рака почки. С сожалением приходилось констатировать факт выявления от 40 % до 64,5 % больных раком почки в III-IV стадии, когда имел место плохой прогноз для проводимого лечения.

Приблизительно у 30-50 % пациентов в различные сроки после нефрэктомии появляются метакронные метастазы. Прогноз течения заболевания при развитии метастатического процесса у больных почечно-клеточным раком крайне пессимистичный: при отсутствии специфического лечения период до прогрессирования составляет 2-4 мес., а средняя продолжительность жизни после выявления метастазов не более 10-13 мес.

ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ

Ведущим методом лечения больных раком почки являлось хирургическое вмешательство, в связи с резистентностью рака почки ко всем существующим консервативным методам терапии. Противопоказаниями к выполнению операций по поводу рака почки являлись:

1. Выраженная сопутствующая патология;
2. Наличие множественных метастазов в различные органы, сопровождавшихся выраженной раковой интоксикацией, кахексией и т.д.

Стандартом лечения больных раком почки являлось органосохраняющее оперативное вмешательство — нефрэктомия, принципы выполнения которой включали в себя раннюю перевязку почечной артерии и вены, удаление почки вне фасции Герота вместе с окружающей паранефральной клетчаткой, удаление ипсилатерального надпочечника и выполнение регионарной лимфаденэктомии. Адреналэктомия в комбинации с нефрэктомией была выполнена у 38,9 % больных. Показаниями к удалению надпочечника были:

- 1) верхнеполюсная локализация опухоли почки;
- 2) новообразования надпочечника, диагностированные до операции;
- 3) изменения в надпочечнике, выявленные интраоперационно;
- 4) кровотечение из надпочечника.

Обязательным условием являлось наличие сохраненного контралатерального надпочечника.

Метастатическое поражение надпочечника встречалось в 3,4 % наблюдений.

Выполнение лимфодиссекции до 2001 г. носило единичный характер. В последующие годы ход операции включал следующие этапы:

- 1) нефрэктомия единым блоком,
- 2) забрюшинная лимфодиссекция.

В результате стало возможно достоверное стадирование (N+/-N-) и определение факторов прогноза. Показаниями к забрюшинной лимфодиссекции являлись: измененные макроскопически и удалимые забрюшинные лимфатические узлы.

За последнее десятилетие показания к оперативному вмешательству у больных раком почки претерпели серьезные изменения. Значительно возросла частота применения органосохраняющего хирургического лечения. Нами у 265 пациентов проведена резекция почки при раке. Средний возраст больных — $52,3 \pm 4,1$ лет. Достоверно отмечалось увеличение доли органосохраняющих операций при опухолях паренхимы почки. Открытая резекция почки позволяла сохранить больший объем функционирующей почечной паренхимы, снизить риск почечной недостаточности и частоту применения гемодиализа. Показаниями к резекции почки при раке служили:

I. Абсолютные:

- во-первых, пациенты с единственной почкой: другая почка удалена по поводу рака почки; другая почка удалена по поводу неонкологического заболевания; односторонняя гипоплазия почки, нефункционирующая контралатеральная почка;
- во-вторых, двусторонний рак почек (выраженная почечная недостаточность — уровень креатинина 2,5 мг% и более);
- в-третьих, резкое нарушение функции контралатеральной почки.

II. Относительные:

- во-первых, хроническая почечная недостаточность (уровень сывороточного креатинина 1,5-2,5 мг%);
- во-вторых, адекватная функция почки (уровень креатинина менее 1,5 мг%) при наличии какого-либо урологического заболевания.

III. Избирательные: нормальная функция противоположной почки.

Оперативное вмешательство проводилось 164 мужчинам (61,8 %) и 101 женщинам (38,2 %). Резекция почки справа выполнялась 52 % пациентов ($n = 138$), слева — 42,3 % пациентов ($n = 112$) и двухсторонняя — у 5,7 % пациентов ($n = 15$). В случае двухстороннего рака паренхимы почек выполнялась резекция с обеих сторон. Обращает на себя внимание тот факт, что у 62,3 % пациентов опухоль локализовалась в верхнем, либо нижнем сегментах почки, на периферии почечной паренхимы.

Резекция почки выполнялась традиционными видами резекции при опухоли паренхимы почки. Для радикального иссечения опухолевого узла отступали от видимого края опухоли 0,8-1,0 см. При необходимости дефект лоханки и/или чашечек, кровоточащие сосуды ушивали атрауматическими нитями. Гемостаз в зоне резекции достигался наложением П-образных швов на фрагментах фасции через всю паренхиму почки. Контроль за герметичностью и гемостазом швов завершающий этап операции. Экспресс-гистология края резекции обязательный этап хирургического вмешательства, являющаяся подтверждением радикальности операции.

С позиции доказательной медицины нами проведен сравнительный анализ однородных групп пациентов с I стадией рака почки при различных объемах проведенного оперативного вмешательства: радикальная нефрэктомия (n = 29) и резекция почки (n = 21). Срок наблюдения 5 лет. Местный рецидив в обеих группах не отмечался. Ракоспецифическая 5-летняя выживаемость составила после нефрэктомии 95 % и после парциальной резекции почки 96,2 %. Таким образом, отдаленные результаты свидетельствуют о сопоставимой выживаемости пациентов после резекции почки в сравнении с нефрэктомией.

ДИСПАНСЕРНОЕ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В различные сроки после нефрэктомии при диспансерном наблюдении генерализация рака почки наступила у 21,5-48,6 % больных раком почки, диагностировались метастазы в паренхиматозные органы и кости. Хирургические технологии лечения у данной категории больных исчерпаны. Основным методом лечения оставалась лекарственная терапия, непосредственно иммунотерапия и/или таргетная терапия.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Медикаментозная терапия больных раком почки предусматривала назначение иммуномодуляторов, поскольку развитие опухолевого процесса в почках сопровождалось снижением иммунореактивности, изменении метаболизма интактных и стимулируемых нейтрофилов, снижением фагоцитарной активности нейтрофилов, уменьшением содержания иммуноглобулинов IgG и IgA, увеличением в крови циркулирующих иммунных комплексов и Т-супрессоров. Подключение иммунотерапии позволяло коррегировать все иммунологические изменения. Иммунотерапия цитокиновыми препаратами (интерферон-α) и интерлейкин-2 является в настоящее время основным методом лечения метастатического рака почки. Лечение проводилось α_{2a}-интерфероном курсовое (реаферон, роферон, интрон-А и др.):

1. курсовое введение — по 3 млн. ЕД внутримышечно 1 раз в день курсом 10 дней; выполнялось 3 курса с интервалом в 3 недели; суммарная доза 90 млн. ЕД.
2. длительное введение — по 3 млн. ЕД внутримышечно 3 раза в неделю до прогрессирования, либо непереносимой токсичности.

В результате уменьшалась выраженность вторичного иммунодефицита: нормализация содержания иммуноглобулинов, повысилась фагоцитарная активность нейтрофилов. Однако содержание Т-супрессоров оставалось повышенным. Применение цитокинов позволяло добиться у части больных частичной и реже полной регрессии метастазов, на ограниченный промежуток времени ($10,4 \pm 1,4$ мес.), но суммарный объективный ответ на лечение не превышал 14,2 %. Лучшие результаты получены в группе хорошего и умеренного прогноза MSKCC. В случае плохого прогноза MSKCC — эффективность лекарственного лечения сомнительна, осложнения в ходе терапии значительно ухудшали качество жизни.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ

Появление эффективных таргетных агентов заставляет постепенно пересматривать подходы к лечению диссеминированного рака почки. Ангиогенез является ключевым патогенетическим механизмом роста злокачественного новообразования и диссеминации опухолевого процесса, в связи с чем одними из основных целей противоопухолевой таргетной терапии являются внутриклеточные мишени, вовлеченные в процесс стимуляции ангиогенеза и опухолевого роста.

Для почечно-клеточного рака свойственны мутации VHL (Ван-Гиппель Линдау) гена в результате мутации или метилирования, что приводит к активации патогенеза по пути VEGF (внутрисосудистый эпителиальный фактор роста). В состоянии гипоксии VHL-комплекс разрушается, в результате чего отмечается накопление фактора, индуцируемого гипоксией (HIF1), что приводит к гиперэкспрессии генов, кодирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), тромбоцитарный фактор роста (PDGF), трансформирующий фактор роста (TGF-α), стимулирующие процесс ангиогенеза.

Применение таргетных препаратов является новым перспективным направлением в лечении больных метастатическим раком почки, которое позволяет повысить эффективность терапии и качество жизни у этой категории пациентов. За последние 3 года (2011-2013 гг.) по региональной программе лекарственного обеспечения больных злокачественными новообразованиями в Омской области получали таргетную терапию 59 пациентов генерализованным раком почки. Лекарственная таргетная терапия проводилась только одним из зарегистрированных современ-



ных препаратов: Сунитиниб (Сутент «Pfizer») — 19 пациентов, Бевацизумаб (Авастин «Roche») — 30 пациентов, Сорафениб (Нексавар «Bayer») — 12 пациентов, Пазопаниб (Вотриент «GlaxoSmithKline») — 9 пациентов, Эверолимус (Афинитор «Novartis») — 11 пациентов. Оценка эффективности лечения проводилась по критериям RECIST, согласно которым результат лечения можно определить понятиями:

- «выздоровление» (отсутствие болезни),
- «ответ на лечение» (улучшение),
- «стабилизация болезни» (болезнь без изменений).

Всем пациентам выполнялось хирургическое вмешательство: нефрэктомия или резекция почки путем открытого или лапароскопического доступа. Обязательным условием для назначения таргетной терапии была морфологическая верификация диагноза — почечно-клеточный рак с преобладанием (более 50 %) светлых клеток при гистологическом анализе. Паллиативное хирургическое вмешательство у первично генерализованных больных раком почки выполнялось в 35 случаях (59 %). Таргетная терапия назначалась пациентам после того, как они восстанавливались после хирургического вмешательства и/или его осложнений через $1,6 \pm 0,4$ мес. В 41 % случаев пациенты взяты на лечение при генерализации ранее протеченного рака почки с интервалом времени от 25 до 74 мес. в результате диспансерного динамического наблюдения. При отборе пациентов генерализованным раком почки на лекарственное лечение первично оценивались таргетные и нетаргетные очаги на снимках грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Динамика полученных клинических результатов лечения отслеживалась при контрольной компьютерной томографии каждые 3 мес.

Первую линию таргетной терапии получили все 100 % пациентов. Две линии таргетной терапии получили 21 больной (35,6 %), три линии — 4 пациента (6,8 %). Среднее количество курсов лечения в 1 линии терапии составило 9, во второй линии — 8 курсов и в третьей линии — 7 курсов. В результате проведенной терапии полных ответов нами не отмечено. В 33,7 % наблюдений ($n = 29$) достоверно подтвержден частичный ответ — регресс опухолевых очагов на 20 %. В 66,3 % случаев ($n = 57$) наблюдалась стабилизация опухолевого процесса. Длительность ответа составила $15,1 \pm 0,7$ мес.

В одном наблюдении Эверолимус (Афинитор «Novartis») использован с опухолью единственной

почки в 4 курсах неоадьювантного лечения. Резорбция опухоли составила 36,8 % (с 38 мм до 24 мм в диаметре) от начальных значений (срок наблюдения 5 мес.). Значительная положительная динамика обеспечивала возможность проведения органосохранного хирургического вмешательства — резекции единственной почки. При визуальном интраоперационном осмотре почки опухолевый субстрат не определялся. Дополнительная интраоперационная ультразвуковая топометрия опухолевого очага ограничивала объем операционной травмы почки. При иссечении опухолевого узла отступали от видимого края опухоли 0,5 см. Дефект чашечек и кровоточащие сосуды ушивали атрауматическими нитями. Негативный край поля резекции являлся подтверждением радикальности операции. Выполнение адреналэктомии на стороне поражения не усложняло оперативное вмешательство. В послеоперационном материале гистологически получены метастазы почечно-клеточного светлоклеточного рака. Гемостаз в зоне резекции достигался наложением узловых швов с применением раневого покрытия «Серджисел» в ложе удаленной опухоли и «ТахоКомб» для предупреждения капиллярного кровотечения. Длительность оперативного вмешательства составила 82 мин., длительность ишемии паренхимы почки 7 минут. Объем кровопотери 640 мл. Длительность стационарного лечения составила 12 суток. После операции больного активизировали на 3-е сутки. Длительность инфузионной и антибактериальной терапии составила 7 сут. За период диспансерного динамического наблюдения за больным после проведенного комбинированного противоопухолевого лечения данных за прогрессирование и/или генерализацию рака почки не выявлено. Остаточной опухоли при УЗИ и МСКТ у пациента не выявляется. Ракоспецифическая выживаемость составляет 28 мес.

Таким образом, проведение хирургического вмешательства у больных раком почки является «золотым» стандартом лечения. Пациенты, первично выявленные с диссеминированным раком почки, а также с генерализацией рака почки в результате диспансерного наблюдения нуждаются в лекарственном лечении. Стандартные методы иммунотерапии имеют эффективность у пациентов соответственно при хорошего и умеренного прогноза по шкале MSKCC. Использование в лекарственном лечении таргетных препаратов обеспечивает стабилизацию опухолевого процесса.

ФИЛИППОВА Ю.Г., ИГНАТЬЕВ Ю.Т., ХАРЧЕНКО Т.В., ПОДКОРЫТОВ С.В.,
ЛЕОНОВ О.В., КОПЫЛЬЦОВ Е.И.

ГБОУ ВПО ОмГМА,
БУЗОО «Клинический онкологический диспансер»,
г. Омск

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПСЕВДОКАПСУЛЫ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ

Доля почечно-клеточного рака (ПКР) составляет 1-3 % от всех злокачественных образований среди взрослого населения, и примерно 85-90 % первичных опухолей почек. Широкое использование современных диагностических методов, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), привело к случайному обнаружению до 30-50 % опухолей почки. В данном случае, выявленные новообразования, как правило, небольшого размера, и поэтому имеют лучший прогноз.

В настоящее время МСКТ считается методом выбора для обнаружения и подтверждения диагноза злокачественной опухоли почки. Появление современных компьютерных томографов с высоким пространственным разрешением позволяет создавать высококачественные многоплоскостные реформации, лишенные артефактов и с отличной визуализацией анатомических структур, что в свою очередь обеспечивает улучшение предоперационной оценки рака почки.

Наличие псевдокапсулы, окружающей опухоль, считается гистологической особенностью ранних стадий заболевания. Гистологически почечная псевдокапсула состоит из волокнистой соединительной ткани и компремированной почечной паренхимы. Инкапсулированная опухоль, как правило, небольшого размера, что позволяет выполнить органосохраняющую операцию.

В связи с вышеизложенным появилась клиническая необходимость определять наличие или отсутствие псевдокапсулы опухоли почки на предоперационном этапе с целью планирования хирургического вмешательства. В литературных источниках сообщается о возможностях ангиографии, ультразвукового исследования (УЗИ), МРТ с применением Т2-взвешенных последовательностей в обнаружении псевдокапсулы опухоли почки. Но лишь единичные публикации освещают потенциальные возможности МСКТ в данном вопросе. Учитывая стремительное развитие диагностических методик, представляется целесообразным провести анализ возможностей 64-детекторной МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в диагностике псевдокапсулы опухоли почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в ретроспективное исследование было включено 24 пациента с гистологически подтвержденным почечно-клеточным раком. В 22 случаях была выполнена радикальная нефрэктомия и 2 случаях была выполнена резекция почки (одна в условиях лапароскопии и одна при лапаротомии). Все пациенты были прооперированы менее чем через 2 недели после МСКТ. Всего было обследовано 12 мужчин, 12 женщин, средний возраст составил 52 года (диапазон от 36 до 79 лет). У 15 из 24 пациентов не было никаких клинических симптомов, и опухоль была обнаружена случайно при УЗИ. У двух пациентов опухоль почки была случайно обнаружена при МСКТ. У одного пациента был диагностирован метастаз во вторую почку. У 7 пациентов были выявлены кисты почек, из них в 2 случаях киста определялась в пораженной опухолью почке.

Все МСКТ исследования были выполнены на 64-детекторном сканере (Brilliance, Philips Healthcare) с толщиной выделяемого слоя 0,8 мм и интервалом реконструкции 0,5 мм. Перед исследованием выполнялось пероральное контрастирование по стандартному протоколу. После нативного сканирования осуществлялось внутривенное введение 100 мл неионного йодсодержащего контрастирующего препарата (iopromid, Ультравист 370) с получением изображений в следующие фазы: артериальную, портальную и нефрографическую — экскреторную фазу. Для получения артериальной фазы выполняли сканирование с задержкой 25 секунд, портальной фазы 70 секунд и нефрографической-экскреторной 180 секунд.

Интерпретация изображения осуществлялась врачом-рентгенологом на рабочей станции компьютерного томографа. Выполнялась оценка нативных сканов в аксиальной проекции и мультипланарных реконструкций в коронарной и сагиттальной плоскостях, в нативную фазу и во все фазы контрастирования. Анализировались следующие параметры: локализация опухоли, максимальный диаметр (по результатам измерения в трех плоскостях), наличие псевдокапсулы.

Наличие непрерывного «кольца» с высокой или пониженной плотностью вокруг опухоли определялось как псевдокапсула. Визуализацию

псевдокапсулы опухоли оценивали следующим образом: 0 — определенно отсутствует; 1 — возможно отсутствует, 2 — возможно представить и 3 — безусловно, присутствует. Соответственно, показатели 0 и 1 оценивались как отрицательный результат, а 2 и 3 — как положительный результат наличия псевдокапсулы.

Чувствительность, специфичность, положительная прогностическую ценность, отрицательная прогностическая ценность и общую точность МСКТ в обнаружении почечной псевдокапсулы были рассчитаны, принимая в качестве стандарта гистопатологические данные.

Статистический анализ осуществлялся с помощью SPSS для Microsoft Windows, пакета программного обеспечения (версия 11.5.0). Разница в обнаружения псевдокапсулы опухоли в каждую фазу контрастирования МСКТ и на мультипланарных реконструкциях (в поперечной, коронарной и сагиттальной плоскостях) оценивалась с помощью критерия Хи-квадрат. Значение $p < 0,05$ считали статистически значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам проведенного исследования максимальный диаметр опухоли составил 34 мм (диапазон варьировал от 22 мм до 110 мм). Из них 87 % (21 из 24) новообразований были 4 см или меньше диаметре. Девять опухолей были локализованы в верхнем полюсе, четыре в межполюсной области, и одиннадцать в нижнем полюсе почки. Размер опухоли и локализация совпадали с данными морфологического исследования (интраоперационными данными при резекции) во всех случаях. В 10 случаях из 24 (43 %) псевдокапсула была выявлена при МСКТ и подтверждена гистологически. Гистологически все опухоли представлены светлоклеточным почечно-клеточным раком. При гистопатологическом анализе псевдокапсула была обнаружена в 12 из 24 новообразований (50 %), все двенадцать опухолей (100 %) были меньше 4 см в диаметре.

Чувствительность МСКТ составила 83 %, специфичность 91 %, положительная прогностическая ценность 90 %, отрицательная прогностическая ценность 84 %, а общая точность 92 % при обнаружении псевдокапсулы опухоли. Анализ изображений в нефрографическую фазу показал наивысшую точность в обнаружении псевдокапсулы со статистически значимым различием для коронарной и сагиттальной реформации. На коронарных мультипланарных реконструкциях псевдокапсула была обнаружена в 7 из 10 (70 %) как область повышенной плотности, окружающая опухоль. В портальную фазу также высока точность обнаружения псевдокапсулы со значимыми статистическими различиями для коронарной и сагиттальной реконструкции. На коронарных

реконструкциях в портальную фазу псевдокапсула в 6 случаях из 10 (60 %) визуализировалась как область повышенной плотности и в 1 случае (10 %) — как кольцо пониженной плотности, окружающее опухоль. На нативных изображениях псевдокапсула опухоли почки не визуализировалась во всех наблюдениях. В двух наблюдениях псевдокапсула не была определена при МСКТ, тогда как гистологически ее наличие было подтверждено. В одном ложноположительном случае нормальная ткань почечной паренхимы была принята за наличие псевдокапсулы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Органосохраняющие операции выполняются с начала 1980-х и относятся к безопасным и эффективным методикам лечения ряда пациентов с раком почки. Абсолютные показания для органосохраняющей хирургии включают в себя: опухоль единственной почки, двусторонний синхронный рак почки, почечная недостаточность или вероятность возникновения опухоли контралатерально. Новообразования малого размера также являются показанием для органосохраняющей операции. Такого рода хирургические вмешательства показывают удовлетворительные результаты лечения небольших, инкапсулированных опухолей, сопоставимые с радикальной нефрэктомией.

Опухоли почки, как правило, не имеют истинной капсулы, но окружены так называемой псевдокапсулой. Формирование псевдокапсулы является результатом роста опухоли, что приводит к компрессии, ишемии и некрозу окружающей почечной паренхимы и, следовательно, ее фибризации. Псевдокапсула часто определяется на ранних стадиях рака при малых размерах опухоли. Для данной группы пациентов органосохраняющие операции (резекция или энуклеация) являются более предпочтительными.

По литературным данным МРТ признается самым надежным методом выявления псевдокапсулы почечно-клеточного рака с точностью от 74 % до 93 %. Псевдокапсула визуализируется на T2-взвешенных изображениях как область низко-интенсивного сигнала, окружающая опухоль. Ямасита и соавт., по результатам МРТ обследования 52 пациентов с почечно-клеточным раком псевдокапсула была выявлена в 66 % опухолей с диаметром менее 4 см и в 28 % опухолей с размером более 4 см в диаметре. В более раннем исследовании Ямасита и соавт. сообщалось о выявлении псевдокапсулы в 58 % ПКР при сонографии в виде гипоэхогенного ободка, окружающего очаговое образование почки и в 25 % опухолей при селективной почечной ангиографии, когда псевдокапсула визуализируется в виде полупрозрачного рентгеногегативного ободка вокруг гипervasкулярных опухолей. Такахаси и соавт. в исследовании 42 пациентов с почечно-клеточ-



ным раком сообщает о наличии псевдокапсулы в 26 % опухолей при компьютерной томографии, в 67 % новообразований в виде наличия рентгено-негативного ободка, при ангиографии, и у 93 % опухолей зона гипоинтенсивного сигнала вокруг опухоли определялась на T2-взвешенных МР-томограммах. По данным Н.А. Григорьева с соавт. при сравнении возможности МСКТ и МРТ в визуализации ПКР, псевдокапсулу при МСКТ не удалось визуализировать ни при одном наблюдении. Современные возможности УЗИ с использованием контрастных препаратов в предоперационном периоде для обнаружения псевдокапсулы у пациентов с почечно-клеточным раком показаны в ряде работ. По данным Асценти Е.Т. и соавт., чувствительность УЗИ с использованием ультразвукового контрастного препарата второго поколения для обнаружения псевдокапсулы составила 85,7 %.

В нашем исследовании получены высокие показатели диагностической эффективности МСКТ в определении псевдокапсулы опухоли почки при использовании внутривенного болюсного контрастирования и интерпретации мультипланарных реконструкций. Использование коронарной и сагиттальной проекции в портальную и нефрографическую фазы контрастирования для визуализации псевдокапсулы является более информативным.

К основным преимуществам МСКТ относятся короткое время исследования, эффективность использования контрастных средств и выполнение ультратонких срезов. Полученные изображения позволяют с высоким качеством выполнять мультипланарные реконструкции. Достаточно короткое время исследования и относительно широкая доступность делает данный метод привлекательным для использования.

Также, МСКТ с внутривенным контрастированием позволяет получить необходимую информацию для эффективного предоперационного планирования. Нативные изображения являются основой для измерения характеристик контрастирования после внутривенного введения контрастирующего препарата. Артериальная фаза является полезной для визуализации почечных артерий и сосудистых аномалий. Портальная

фаза позволяет определить наличие опухолевого тромба в почечной вене, нижней полой вене. Нефрографическая фаза, как уже было отмечено, является наиболее информативной для обнаружения и характеристики опухоли почки, поскольку позволяет лучше дифференцировать почечную паренхиму и опухолевую ткань. Для получения оптимального контрастирования в нефрографическую фазу рекомендуется выполнять сканирование с задержкой 80-180 секунд.

К отрицательным моментам МСКТ относится достаточно высокая лучевая нагрузка на пациента. Тем не менее, этот фактор не может быть определяющим в выборе метода обследования и польза-вред должны быть обязательно соотнесены. В последующих работах планируется оценить пути снижения лучевой нагрузки и оптимизации протокола многофазного сканирования. А также, сопоставление полученных данных с другими диагностическими методами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выполнение МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием и анализом изображений на мультиплоскостных реконструкциях в ходе предоперационного обследования пациентов с почечно-клеточным раком позволяет определить наличие или отсутствие псевдокапсулы и, следовательно, позволяет решить вопрос о возможности выполнения органосохраняющей операции.

Получены высокие показатели диагностической эффективности данного метода в обнаружении псевдокапсулы, однако требуется дальнейшее сравнение полученных результатов с другими диагностическими методами, такими как МРТ и УЗИ, а также результатами патоморфологического исследования большего ряда пациентов с различными гистологическими вариантами строения опухолей. Учитывая стремительное совершенствование медицинских технологий диагностики и лечения, потенциально важным является также выбор метода для оценки результатов органосохраняющих операций с целью более точного предоперационного стадирования онкологического процесса и соответственно планирования хирургического лечения.



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ С ИШЕМИЕЙ И БЕЗ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК

В настоящее время малоинвазивные хирургические вмешательства при опухолях почек нашли широкое применение в урологических клиниках. При этом тенденцией последних лет является увеличение частоты применения лапароскопической резекции почки по сравнению с классическим открытым доступом.

Цель исследования — сравнить результаты лапароскопической резекции почки с применением тепловой ишемии и лапароскопической резекции почки, выполненной без ишемии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения урологии «ФГУ онкологии им. Н.Н. Петрова» в период с 2012 по август 2014 года было выполнено 126 органосохраняющих операций на почке, из них 94 (74,6 %) — лапароскопические резекции с тепловой ишемией и 32 (25,3 %) — лапароскопические резекции без ишемии. Средний размер опухоли в группе пациентов, взятых на лапароскопическое оперативное вмешательство с ишемией (52 мужчин, 42 женщины; средний возраст — $53,4 \pm 5,8$ лет) составил $3,4 \pm 1,2$ см, в большинстве своем (95 %) опухоль была верифицирована как почечно-клеточный рак, со степенью дифференцировки G2. У пациентов, которым выполнялась лапароскопическая резекция почки без ишемии (17 мужчин, 15 женщин; средний возраст — $58,2 \pm 7,9$ лет), средний размер новообразований был $2,6 \pm 0,5$ см. Гистологически также доминировал почечно-клеточный рак (90 %), степень дифференцировки G2. У всех пациентов оценивался объем кровопотери, продолжительность операции, длительность дренирования, срок нахождения в стационаре, послеоперационные осложнения по шкале Clavien-Dindo и функциональное состояние почек через 6 месяцев после операции методом ангиофросцинтиграфии. Кроме того, оценивалось наличие положительного хирургического края резекции по данным гистологического исследования. У пациентов первой группы также оценивалась продолжительная ишемия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе пациентов, у которых оперативное вмешательство производилось с использованием ишемии средняя длительность ишемии почки составила 14 ± 4 минут при объеме кровопоте-

ри 160 ± 20 мл. В послеоперационном периоде 7 больным (7,4 %) данной группы потребовалось стентирование мочеточника. Средняя продолжительность дренирования послеоперационной раны составила 3 ± 1 сутки, длительность нахождения в стационаре — 7 ± 2 сутки. По данным ангиофросцинтиграфии через 6 месяцев в большинстве случаев (88 %) определялись признаки умеренного снижения фильтрационной и замедления экскреторной функции оперированной почки. По данным гистологического исследования положительный край резекции был обнаружен в 5 случаях (5,3 %). У пациентов, которым проводилась резекция почки без ишемии, кровопотеря составила 310 ± 40 мл, дренирование в среднем осуществлялось 4 ± 1 сутки. Длительность стационарного лечения пациентов в среднем составила 8 ± 2 суток. Оценка функции почки, произведенная через 6 месяцев после оперативного вмешательства свидетельствовала о незначительном снижении фильтрационной функции резецированной почки и незначительном замедлении экскреторной ее функции у большинства пациентов (72 %). Положительный микрохирургический край обнаружен не был. Послеоперационные осложнения по шкале Clavien-Dindo у группы пациентов, перенесших лапароскопическую резекцию почки с ишемией были следующими: low grade (Clavien 1-2) имели 12 чел. (12,7 %), high grade (Clavien 3-5) — 14 чел. (14,8 %). Послеоперационные осложнения по шкале Clavien-Dindo у группы пациентов, перенесших лапароскопическую резекцию почки без ишемии, были следующими: low grade (Clavien 1-2) имели 3 чел. (9,3 %), high grade (Clavien 3-5) — 1 чел. (3,1 %).

ВЫВОДЫ:

Лапароскопическая резекция почки является эффективным малотравматичным оперативным вмешательством, которое успешно может быть использовано для лечения пациентов с опухолями почек небольшого размера. Лапароскопическая резекция почки без ишемии должна применяться в центрах с высоким уровнем опыта хирургов. Достоинствами данной методики является лучшая функция почки в послеоперационном периоде. Однако, необходимы дальнейшие исследования, которые позволят определить четкие маркеры выбора оптимальной методики резекции почки.

РАННИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В последние годы развитие технологий и хирургической техники привело к улучшению результатов радикального лечения больных мышечно-инвазивным и местно-распространенным раком мочевого пузыря (РМП). Тем не менее, частота ранних послеоперационных осложнений остается крайне высокой, достигая в ряде исследований 70-80 % в первые 90 дней после радикальной цистэктомии (РЦЭ).

Цель исследования — сравнение частоты послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической, видеоассистированной и открытой радикальной цистэктомии у больных раком мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный анализ результатов лечения 51 больного с мышечно-инвазивным и местнораспространенным РМП, которым была выполнена РЦЭ в период с февраля 2012 года по март 2014 года в отделении онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург. 21 пациенту выполнена открытая операция, такому же количеству — лапароскопическое вмешательство и еще 9 больным выполнена ВАЦЭ. Средний возраст пациентов составил 64 года (от 38 до 81 года) и был сопоставим во всех группах, так же как и патологическая стадия. Проведен анализ частоты послеоперационных (в течение 30- и 90-дневного периода) осложнений согласно классификации Clavien, длительности нахождения

в стационаре — общей и в отделении реанимации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общий койко-день был ниже после лапароскопических операций (27,8, 32,6 и 22,6 дней после открытой, видеоассистированной операции и ЛЦЭ), однако длительность нахождения в отделении реанимации достоверно не отличалась и колебалась от 2,1 дня при ЛЦЭ до 5,1 при ОЦЭ. Периоперационная летальность составила по одному пациенту в каждой из групп и в целом составила 5,8 %. Гемотрансфузия потребовалась у 19,6 % больных и частота ее проведения была выше при ОЦЭ (33,3 %) по сравнению с 4,7 % при ЛЦЭ. В зависимости от времени развития, частота осложнений составила у 19 (37,2 %) в первые 30 дней после операции и у 27 (52,9 %) в 90-дневный период. Наибольшие различия в группах отмечены в частоте гастроинтестинальных осложнений (прежде всего, динамической кишечной непроходимости) со значительно меньшим процентом после ЛЦЭ (14,2 %) по сравнению с ОЦЭ (47,6 %) и ВАЦЭ (55 %).

ВЫВОДЫ:

ЛЦЭ является безопасным радикальным методом лечения РМП, ассоциированного с меньшей частотой ранних послеоперационных осложнений (в том числе, динамической кишечной непроходимости), приводящим к уменьшению сроков госпитализации.

ГАНОВ Д.И., ПОБЕДЕННЫЙ М.С., АВЕРЬЯНОВА М.В.
КГБ УЗ Алтайский краевой онкологический диспансер,
Алтайский филиал ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рак мочевого пузыря составляет 2-4 % среди всех злокачественных новообразований человека и достигает 70 % среди опухолей мочеполовой системы. По частоте заболеваемости у мужчин рак мочевого пузыря встречается

в 4 раза чаще, чем у женщин. На развитие рака мочевого пузыря оказывают следующие факторы: курение, инфекционные и хронические заболевания мочевого пузыря, длительный контакт с некоторыми химическими веществами, встречаю-

щимися в химической, газовой промышленности, полиграфическом производстве и др., возраст, наследственность, а также особенности питания. Основным методом лечения является комбинированный метод, т.е. сочетание оперативного лечения с химиотерапией. Далеко не последнее место для пациента занимает вопрос о доступе оперативного лечения, а также дальнейшее развитие рецидива заболевания после лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании данных, полученных путем клинических наблюдений в течение 1 года за пациентами, а также данными из канцер-регистра государственного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», была отобрана группа из 20 человек с диагнозом: переходно-клеточный рак мочевого пузыря, без инвазии. В данной группе было сформировано две подгруппы. В первой наблюдались пациенты после комбинированного лечения, которым была проведена операция трансуретральная резекция (ТУР), а во второй группе были пациенты после трансвезикальной резекции мочевого пузыря и внутрипузырной химиотерапии. Для химиотерапии использовался препарат — митомицин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для начала рассмотрим данные первой подгруппы, где наблюдались пациенты после ТУР и адьювантного однократного введения химиопрепарата (митомицин 40 мг внутрипузырно). Из 10 пациентов, поступивших в отделение на проведение ТУР с рецидивом заболевания, было 6 пациентов (60 %), первичных пациентов — 4 (40 %). Из 6-ти пациентов с рецидивом заболевания дво-

им (33,3 %) проведена ТУР в 3-й раз, трем — во 2-й раз (50 %), одному — в 4-й (16,7 %). Промежутки времени между рецидивами составляли от 1 месяца до 1 года. Пациентам проведено: ТУР мочевого пузыря и однократное введение митомицина 40 мг внутрипузырно. Во второй подгруппе наблюдались пациенты после комбинированного лечения (оперативное лечение в объеме резекции мочевого пузыря и 2 курса внутрипузырной химиотерапии). Из 10 пациентов с рецидивом заболевания было прооперировано трое, что составило 30 % от общего числа этой подгруппы. Всем пациентам с рецидивом заболевания было ранее проведено оперативное лечение в объеме резекции мочевого пузыря с дальнейшей внутрипузырной химиотерапией, одному из пациентов была проведена ТУР (до 1-й резекции мочевого пузыря). После анализа временного промежутка между операциями, было выявлено: двое пациентов (66,7 %) поступили с рецидивом заболевания через 2 года, один пациент (33,3 %) через 6 месяцев после лечения. Данным пациентам была проведена трансвезикальная резекция мочевого пузыря, 2 курса внутрипузырной химиотерапии митомицином.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, методом клинического наблюдения было выявлено, что ТУР мочевого пузыря является менее травматичной операцией, после которой возникает до 60 % рецидивов. Безрецидивный промежуток колеблется от 1 месяца до 1 года. После трансвезикальной резекции мочевого пузыря безрецидивный промежуток колеблется от 6 месяцев до 2-х лет. На профилактику развития рецидивов также влияет проведение внутрипузырной химиотерапии.

ГАНОВ Д.И., ПОБЕДЕННЫЙ М.С., АВЕРЬЯНОВА М.В.

*КГБУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер,
Алтайский филиал ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рак мочевого пузыря составляет 2-4 % среди всех злокачественных новообразований человека и достигает 70 % среди опухолей мочеполовой системы. Рак мочевого пузыря — наиболее частое злокачественное заболевание мочеполовой системы у мужчин. По частоте заболеваемости у мужчин рак мочевого пузыря на 7-8 месте, у женщин занимает — 14 место. Факторами риска являются: табакокурение (у курильщиков риск заболевания возрастает 6-8 раз); инфекционные и хронические заболевания моче-

вого пузыря (папилломатоз, цистит), длительный контакт с некоторыми химическими веществами (анилиновыми красителями, красками, растворителями), встречающимися в химической, газовой промышленности, полиграфическом производстве и др.; возраст (наиболее подвержены заболеванию люди в возрасте от 45 до 70 лет); наследственность, а также особенности питания (повышенное содержание в рационе нитратов, мясной и жирной пищи способствует развитию болезни).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании данных, полученных из канцер-регистра государственного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», а также путем клинических наблюдений в течение 1,5 лет отобрана группа из 12 человек с диагнозом: инвазивный рак мочевого пузыря. Диагнозы злокачественных новообразований у 100 % больных были морфологически верифицированными. Клиническое наблюдение проводилось за пациентами после электрокоагуляции опухоли мочевого пузыря с верификацией диагноза, в последующем получившими 3 курса системной химиотерапии по схеме CMV.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастная группа пациентов от 54 до 70 лет. Жалобы при поступлении на гематурию предъявляли 5 больных (41,67 %), на учащенное мочеиспускание, чувство дискомфорта внизу живота — 3 пациента (25 %), не предъявляли жалоб, рецидив заболевания был установлен при контрольном осмотре у онколога — 4 пациента (33,3 %). Обратились за медицинской помощью при появлении гематурии 3 пациента — через 1 месяц (25 %), через 2 месяца — 1 пациент (8,33 %), в течение 1 недели — 1 пациент (8,33 %).

Наличие факторов риска, в частности, курения имеет место у 7 пациентов (58,3 %), бросили курить более 5 лет назад 3 пациента (25 %), никогда не курили 2 пациента (16,7%). Рецидив заболевания был диагностирован у 6-ти пациентов: 4 больных после трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря в анамнезе, один пациент после 3-х трансуретральных резекций и 1-й резекции мочевого пузыря, один пациент после резекции мочевого пузыря в анамнезе. Данные пациенты на протяжении 3-х месяцев (с мая по июль) были госпитализированы в отделение онкоурологии. Было проведено оперативное лечение

в объеме — электрокоагуляция опухоли мочевого пузыря. Затем с промежутком времени в 3-4 недели пациенты получили 3 курса системной химиотерапии по схеме CMV. Лечение перенесли удовлетворительно, без осложнений. В течение года пациенты находятся на амбулаторном контроле в поликлинике. За этот период времени рецидивы были выявлены у 5-ти пациентов (41,7 %). У пациента С., 67 лет — через 4 месяца после операции (через 1 месяц после окончания химиотерапии), у пациента М., 59 лет — через 5 месяцев после операции, у пациента В., 66 лет — через 4 месяца после оперативного лечения, у пациента К., 60 лет — через 7 месяцев, у пациента Д., 63 лет — через 8 месяцев. Пациенты были госпитализированы для проведения оперативного лечения. Пациентам С. и К. было проведено лечение в объеме электрокоагуляции мочевого пузыря с дальнейшим проведением 3-х курсов системной химиотерапии по схеме CMV. Пациенту М. проведена резекция мочевого пузыря. Пациентам Д. и В. проведена перевязка внутренних подвздошных артерий в связи с невозможностью купирования кровотечения, с дальнейшей симптоматической терапией.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, с целью снижения заболеваемости раком мочевого пузыря необходима борьба с курением среди населения. Своевременная диагностика первичных опухолей и рецидивов заболевания, а также своевременное обращение пациентов оказало бы существенное влияние на прогноз заболевания и выбор тактики лечения. Диагноз инвазивной опухоли мочевого пузыря значительно ухудшает прогноз заболевания. При инвазивном раке мочевого пузыря достаточно высокий процент рецидивов, что требует более пристального внимания на поликлиническом уровне к таким пациентам.

ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
г. Барнаул*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНАЛОГА СОМАТОСТАТИНА ОКТРЕОТИДА-ДЕПО У ПАЦИЕНТОВ С КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В России, как и в большинстве развитых стран мира, рак предстательной железы (РПЖ) является одним из основных онкологических заболеваний у мужчин. В России в

2012 году зарегистрировано 27046 новых случаев РПЖ. В структуре заболеваний в ряде стран РПЖ выходит на 2-3 место после рака легких и желудка, а в США — на 1 место. Вместе с тем



смертность от РПЖ среди прочих онкологических заболеваний занимает 2 место после рака легкого. Несмотря на улучшение методов диагностики данной патологии, заболеваемость запущенными формами РПЖ в России остается высокой. Одну из самых тяжелых групп пациентов с РПЖ составляют мужчины с кастрационно-резистентным раком предстательной железы (КРРПЖ). Неудачи терапии рака предстательной железы (РПЖ) во многом обусловлены развитием резистентности опухоли к осуществляемому медикаментозному воздействию. Этиопатогенез гормонорезистентности РПЖ до сих пор остается недостаточно ясным. Современные концепции развития гормональной резистентности базируются на трех основных теориях: клонального доминирования, стволовой клетки и адаптивной. Основой первой теории является положение об изначальной гетерогенности клеточной композиции РПЖ, включающей в себя как гормонально зависимые, так и гормонально независимые клоны клеток в различных пропорциях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 года в Алтайском онкологическом диспансере 30 пациентов в возрасте от 57 до 79 лет с кастрационно-резистентным раком предстательной железы получали лечение октреотидом-депо. Диагнозы у всех пациентов верифицированы, гистологически выявлена аденокарцинома. Средний уровень сывороточного тестостерона составлял 0,6 нг/мл. Помимо гормонального лечения в различных режимах, которое ранее получали все без исключения пациенты, им так же проводили другие методы специального лечения. Октреотид-депо вводился внутримышечно по 20 мг каждые 28 дней в сочетании с пероральным применением дексаметазона 4 мг в течение первого месяца, 3 мг — 2 мес, 2 мг — 3 мес, 1 мг — 4 мес. Оценка результатов лечения проводилась согласно «Новым предложениям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по стандартиза-

ции оценки результатов лечения онкологических больных».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При контроле ПСА выявили, что у 20 больных отмечена положительная динамика на фоне комбинированного лечения, у 6 отмечена стабилизация опухолевого процесса, и только у 4 пациентов отмечен отрицательный ответ на лечение. Таким образом, более 80 % больных положительно ответили на комбинированное лечение по схеме октреотид + дексаметазон ($p < 0,005$). У большинства пациентов отмечено снижение ПСА на фоне лечения. У пациентов, принимающих лечение, снижения основных показателей крови не выявлено.

Средний индекс шкалы Карновского до лечения составлял 70 %. Средний индекс после 6 месяцев лечения составил 80 %. Изучив болевой синдром, отмечали частичную, а у некоторых больных полную регрессию болевого синдрома. Средний уровень индекса боли по шкале Колмана за время исследования снизился в 1,5 раза, что является, безусловно, хорошим результатом у этой категории больных. У 20 пациентов отмечали снижение уровня ПСА, у 18 пациентов отмечали уменьшение или отсутствие болевого синдрома, у 4 пациентов выявлены новые метастазы в течение 6 месяцев лечения. Из 30 пролеченных пациентов у 26 прогрессирования заболевания в течение первых 6 месяцев на проводимое комбинированное лечение октреотидом-депо не получено. Из них регрессию ПСА отмечали у 20 больных. Общая средняя продолжительность времени до прогрессирования равнялась 8 месяцев.

Осложнений от лечения практически не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Октреотид-депо показал положительные результаты с отсутствием побочных эффектов у большинства больных с кастрационно-резистентным раком предстательной железы.

ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ФЕДОСКИНА А.В., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
*КГБУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер,
Алтайский филиал ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Алтайский государственный медицинский университет,
Россия, г. Барнаул*

НЕОБХОДИМОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В России на долю рака простаты приходится 5 % всех злокачественных новообразований у мужчин, согласно данным Европейской ассоциации урологов, в 2011 году заболеваемость

в Европе составила 214 случаев на 1000 мужчин. Прирост смертности за последние 10 лет при раке простаты составил 57,56 %. В России согласно эпидемиологическим данным Чиссова В.

И. в последние годы ежегодно выявляется около 25 тысяч мужчин больных раком предстательной железы. Всего под наблюдением с диагнозом рак простаты на 2010 находилось 107942 больных, из которых на долю локализованных форм приходилось 44,9 %, местнораспространенный рак простаты занимал 35,3%, а метастатический — 17,8 %. Возможности и характер объема медицинской помощи при распространенном раке предстательной железы имеют цель облегчить страдания больного (Карелин М.И., 2001).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании данных, полученных из канцер-регистра государственного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», отобрана группа — 127 мужчин больных раком предстательной железы с впервые установленным диагнозом метастатического рака предстательной железы в возрасте 60 лет. Диагнозы злокачественных новообразований у всех 127 больных были морфологически верифицированными.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Почти 20 % пациентов, с впервые выявленным раком предстательной железы в возрасте до 60 лет имели метастазы опухоли и были должны сразу получать паллиативную помощь. Основными проблемами больных в четвертой стадии рака предстательной железы на момент установления диагноза явились: метастатические боли — 40-60, почечная недостаточность — 20-30 %, нарушение

оттока мочи — 30-40 %, анемия — 30-40 депрессия — 90-100 %, лимфостаз нижних конечностей — 20-30 %. Пациенты получали паллиативную антиандрогенную терапию и при необходимости паллиативный курс лучевой терапии на костные метастазы. Использование физиотерапевтического комплекса «Магнитор-АМП» в качестве паллиативного метода лечения больных раком предстательной железы четвертой стадии нашло широкое применение. Применение общей магнитотерапии улучшает качество жизни пациентам, получающим паллиативную лучевую и антиандрогенную терапию по поводу метастатического рака простаты, снижает выраженность лимфостаза, сглаживает выраженность постлучевых осложнений, положительно влияет на общее состояние пациентов, улучшает показатели крови, обладает обезболивающим эффектом.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, паллиативная медицинская помощь мужчинам с метастатическим раком предстательной железы молодого и среднего возраста должна быть назначена сразу при установлении диагноза. Мероприятия паллиативной помощи должны включать воздействия как на опухоль и ее метастазы, так и на осложнения, вызванные заболеванием. Пациентам необходима доступность консультации в противоболевом кабинете. Только при соблюдении всех этих условий мы можем говорить о эффективности помощи мужчинам с метастатической стадией рака предстательной железы.

ГАНОВ Д.И., ГЛОТОВ С.С., ГОЛУБЦОВ В.Т., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
*КГБУЗ Алтайский краевой онкологический диспансер,
Алтайский филиал ФГБУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул*

МАГНИТОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лучевая терапия рака предстательной железы применяется, когда хирургическое лечение невозможно по причине распространения раковой опухоли за пределы простаты или когда есть противопоказания по сопутствующей патологии.

Дистанционная лучевая терапия выполняется на аппарате, где пациент лежит в течение нескольких минут во время каждого сеанса облучения. Несколько ежедневных сеансов облучения обычно распределяются на четыре или шесть недель. Пациенты обычно проходят лучевую тера-

пию амбулаторно, в некоторых случаях лечение проводится в условиях стационара. Лечение занимает такое же время, которое требуется обычно для восстановления после радикальной простатэктомии. Обычно лечение занимает несколько месяцев

Цель работы — показать результаты применения лучевого лечения рака предстательной железы с применением общей магнитотерапии при лечении поздних постлучевых отеков половых органов у мужчин среднего возраста с раком простаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно отобрана группа — 17 мужчин больных раком предстательной железы с впервые установленным диагнозом в возрасте от 55 до 65 лет, получивших радикальный курс ДЛТ по поводу рака предстательной железы. У всех мужчин в интервале от 13 месяцев до 17 выявлено позднее постлучевое осложнение — отек половых органов. Медикаментозное лечение в течение 2 месяцев эффекта не дало. Пациентам была предложена общая магнитотерапия с синусоидальной формой поля, напряженность поля 10-15 эрстед, время нарастания и спада 30 секунд, количество сеансов не менее десяти.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты получили курс ДЛТ СОД 70-74 ГР. Лучевая терапия проводилась в два этапа, с перерывом две недели. При появлении отеков уровень ПСА у всех пациентов не повышался. Явления лимфостаза лобковой области, половых органов у пациентов, получавших об-

щую магнитотерапию начали уменьшаться после пятого-седьмого сеанса, боли не беспокоили пациентов. Выраженного плотного постлучевого отека половых органов через 7 сеансов у всех данных пациентов не было. После проведенного курса лечения пациенты продолжили медикаментозную терапию. При осмотре через месяц, клинически значимого отека половых органов у пациентов не было. После приема общей магнитотерапии пациенты отмечали улучшения общего самочувствия, появления оптимизма, веры в излечения.

ВЫВОДЫ:

Применение общей магнитотерапии положительно влияет на общее состояние пациентов получавших радикальный курс дистанционной лучевой терапии по поводу рака предстательной железы. Эффективность применения магнитотерапии для лечения поздних постлучевых отеков половых органов после ДЛТ рака предстательной железы у мужчин среднего возраста доказана клинически.

ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., МАРЧЕНКО Э.С., АГАФОНОВ П.С.,
КОМАРОВА Д.К., ЛАЗАРЕВ А.Ф.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,
г. Барнаул*

ДЖЕВТАНА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГОРМОНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одной из наиболее сложных проблем в лечении РПЖ является выбор оптимальной терапии у больных с кастрационно-рефрактерным опухолевым процессом (КР РПЖ). Фазу кастрационной резистентности регистрируют при развитии признаков прогрессирования РПЖ во время проведения андроген-депривационной терапии (агонисты или антагонисты ЛГРГ, хирургическая кастрация). Критериями КР РПЖ являются:

1. Кастрационный уровень тестостерона сыворотки (менее 1,7 нмоль/л или 50 нг/дл).
2. Три последовательных повышения уровня ПСА (с интервалом определения не менее 1 недели), при этом уровень маркера должен увеличиться более чем на 50 % от надира и не должен быть менее 2,0 нг/мл.
3. Если больному проводили максимальную андрогенную блокаду, необходимо отменить антиандроген и через 4 недели зафиксировать «синдром отмены».

В 2010 г. FDA одобрила для клинического применения у пациентов КР РПЖ, получивших

химиотерапию с включением доцетаксела, новый препарат из группы таксанов — кабазитаксел. В 2012 г. кабазитаксел (Джевтана) был зарегистрирован в России.

Цель исследования — оценить результаты лечения пациентов с метастатическим гормоно рефрактерным раком предстательной железы препаратом Джевтана (кабазитаксел).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 10 пациентов с метастатическим гормонорефрактерным раком предстательной железы. Препарат вводили внутривенно в дозах 25 мг/м² один раз в три недели. Пациенты получали преднизолон 10 мг в сутки. Максимально допустимое количество введений составило 10 циклов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана периода наблюдения в исследовании была 7 месяцев. Медиана выживаемости без биохимического прогрессирования составила 5,5 месяцев. Следует отметить, что прогрессирование

в исследовании определяли не только как объективную прогрессию по данным лучевых методов диагностики, но и как рост уровня ПСА или усиление болевого синдрома. Объективный ответ по уровню ПСА составил 48 %. Основной причиной для прекращения терапии было прогрессирование заболевания у 4 пациентов на фоне лечения, повышение уровня креатинина и мочевины. У двух пациентов — повышение печеночных проб. К наиболее часто встречающимся негематологическим осложнениям у больных, получавших терапию кабазитакселом, относили диарею (6 %), усталость (5 %) и астению (5 %). Частота отмены лечения в связи с развившейся токсичностью составила 12 %. В процессе лечения умерли 4 пациента.

Следует отметить, что при детальном анализе исследования отмечается, что большинство смертей, связанных с токсичностью кабазитаксела, наблюдались в течении первых 4 циклов лечения у больных с печеночной и почечной недостаточностью. Шесть пациентов прожили семь месяцев на лечении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кабазитаксел (Джевтана) в комбинации с преднизолоном является современным стандартом лечения больных КР РПЖ. Активная профилактика и лечение токсических эффектов кабазитаксела позволяет существенно уменьшить частоту развития осложнений и частоту отмены препарата.

СОЛОВЬЕВ А.В., ДИАНОВ М.П., ОСИНЦЕВ А.А., ЖУРАВЛЕВ Ю.И.
ГАОЗ КОКБ,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

В настоящее время основным методом лечения инвазивного рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомия. Показаниями к радикальной цистэктомии, наряду с инвазивным раком, являются рак мочевого пузыря T1G3, а также неэффективность лечения поверхностных опухолей. Основной проблемой данного оперативного вмешательства является выбор метода деривации мочи. Предложено множество различных методик деривации мочи после цистэктомии, однако золотым стандартом является создание ортотопического резервуара выполняющего функцию мочевого пузыря с восстановлением естественного акта мочеиспускания. В урологическом отделении ГАОЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (КОКБ) радикальная цистэктомия проводится с 2002 г. Освоение новых методик заняло достаточно короткий период. В данной работе мы попытались оценить общую выживаемость больных перенесших радикальную цистэктомию в зависимости от распространенности опухолевого процесса и вида деривации мочи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2002-2013 гг. на базе урологического отделения ГАОЗ «Кемеровская областная клиническая больница» радикальная цистэктомия выполнена 356, из них 311 мужчин и 45 женщин. Возраст больных колебался от 31 до 79 лет. Степень распространенности опухолевого процесса

оценивалась рентгенологическими методами обследования, такими как экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, методами ультразвуковой диагностики, всем пациентам выполнялась видеоцистоскопия с биопсией мочевого пузыря и простатического отдела уретры. Переходноклеточный рак диагностирован в 89,9 %, плоскоклеточный — в 7,8 %, аденокарцинома мочевого пузыря — в 2,8 %. При анализе степени дифференцировки наиболее часто встречался умереннодифференцированный рак — 63,2 % недифференцированный рак диагностирован в 19,8 % случаев и высокодифференцированные опухоли встречались в 17 %. При исследовании удаленного органа опухоль, не распространяющаяся за пределы мочевого пузыря (pT1-2, pN0M0), была выявлена у 151 пациента (42,4 %). У 205 больных (57,6 %) опухоль распространялась за пределы мочевого пузыря. Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов (pN1-3) выявлено у 59 больных (16,5 %). У 139 пациентов, в связи с тяжелой сопутствующей соматической патологией, не позволяющей осуществить реконструктивную операцию, либо с распространенностью опухолевого процесса методом выбора деривации мочи была избрана уретерокутанеостомия. Операция Mainz-Rouch II выполнена 24 больным, у которых диагностировано поражение проксимального отдела уретры. В 193 случаях выполнялась операция по созданию ортотопического мо-



чевого пузыря из сегмента подвздошной кишки. На этапе освоения методики илеоцистопластики пациентам выполнена операция Studer, при которой резервуар располагался внутрибрюшинно. В дальнейшем были освоены методики забрюшинного расположения кишечного сегмента - Hautman и Samay.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Большинство операций выполнялось под комбинированной спиноэпидуральной анестезией. Продолжительность операции зависела от метода деривации мочи и на начальных этапах при ортотопической цистопластики, занимала до 7 часов. С накоплением опыта длительность операции снизилась до 4,5 часов. Интраоперационные осложнения были у 4 пациентов (1,1 %), у 2 пациентов отмечено выраженное кровотечение из дорзального венозного комплекса. У 2-х выявлено ранение прямой кишки, ушито во время операции. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 69 больных (19,3 %). Наиболее частыми были гнойно-септические осложнения, которые купировались антибактериальной терапией. Эвентерация тонкого кишечника и тонкокишечная непроходимость, развившаяся у 6 больных (1,7 %), четверем из которых была выполнена цистэктомия, с одномоментной илеоцистопластикой, а 2-м — уретерокутанеостомия. У 1 больного (0,3 %) развилась стриктура неоцистоуретроанастомоза, потребовавшая повторного оперативного вмешательства. Летальный случай зафиксирован в 4 случаях: 1 перитонит, развившийся вследствие

несостоятельности тонкокишечного анастомоза, желудочно-кишечное кровотечение — 1, острое нарушение мозгового кровообращения — 1, тромбоз легочной артерии — 1. Все пациенты находились в возрастном промежутке от 60 до 70 лет. У более молодого возраста летальных исходов не было.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При изучении зависимости общей выживаемости больных от различных показателей выявлено, что выживаемость мужчин и женщин после радикальной цистэктомии статистически значимо не отличалась. Выживаемость больных в возрасте не достигшем 60 лет была достоверно выше, чем у пациентов, более старшего возраста. Из этого следует, что возраст больных не должен определять показания к оперативному лечению, а пожилой возраст больного не может быть основанием в отказе от оперативного вмешательства. Общая выживаемость больных с первичными и рецидивными опухолями мочевого пузыря была практически идентичной. Установлено, что основными факторами, влияющими на прогноз больного, являются местная распространенность опухолевого процесса, степень дифференцировки опухоли, и наличие метастазов в регионарные лимфоузлы. При анализе отдаленных результатов после радикальной цистэктомии было отмечено, что пациенты, у которых в качестве метода деривации мочи, были выбраны пластические операции, отмечали более высокий уровень жизни, а также более быструю социальную адаптацию.

СОЛОВЬЕВ А.В., ОСИНЦЕВ А.А., ЖУРАВЛЕВ Ю.И., ДИАНОВ М.П., БАСАЛАЕВ С.К.
ГАОЗ КОКБ,
г. Кемерово

АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Представлены результаты проведенных 162 радикальных цистэктомий у больных с раком мочевого пузыря с сформированным искусственным мочевым пузырем по нескольким методикам (Hautman, Studer, Mainpouch, Samay). Проведена оценка выявленным осложнениям в раннем и позднем послеоперационных периодах. Выявлена зависимость осложнений, в том числе приведших к смерти пациентов, от стадии онкологического процесса и тяжести сопутствующей патологии и отсутствие связи с

формирование искусственного мочевого пузыря. Ожидаемая пятилетняя выживаемость таких пациентов составила порядка 65 % (в зависимости от стадии онкологического процесса). Проанализирован уровень качества жизни с помощью анкет-опросников EORTC-QLQ-C-30, что доказало невысокую зависимость от метода илеоцистопластики.

По статистике, среди всех онкологических заболеваний населения России 8-е место среди мужчин и 18-е — среди женщин занимает рак

мочевого пузыря (РМП). Самым часто поражаемым органом из мочевыделительной системы является мочевой пузырь, что составляет порядка 2-2,5 % всех онкоурологических процессов. Ежегодный прирост РМП составляет порядка 13 %, а в период с 2000 по 2012 гг. заболеваемость РМП увеличилась на 35,7 %.

Золотым стандартом в лечении инвазивного РМП остается радикальная цистэктомия (РЦ). Также опухоли в стадии (T1 G3 и БЦЖ-резистентный Tis) и обширный папилломатоз, являются показанием к проведению РЦ. Перед такими пациентами очень остро встает вопрос выбора метода деривации мочи. В настоящее время, ортотопический мочевой пузырь лучший метод отведения мочи, так как он позволяет осуществлять акт самостоятельного мочеиспускания и добиться высокого уровня качества жизни пациентов после РЦ. Это выражается в полной социальной, физической и психической реабилитации пациентов после РЦ. Большую часть исследования занимают пациенты с диагностированным инвазивным раком. Оперативное лечение проводилось как в один этап (РЦ с кишечной пластикой), так и в два этапа (РЦ с уретерокутанеостомией).

Во всех случаях выполнялась лимфаденэктомия, так как она позволяет более точно стадировать опухолевый процесс, а в некоторых случаях (удаление вероятных регионарных метастазов) является лечебной процедурой. Также выполнялась расширенная лимфаденэктомия, которая включает в себя удаление запирательных, наружных, внутренних и общих подвздошных лимфоузлов и лимфоузлов в области бифуркации аорты.

У 46 пациентов мужского пола выполнялась РЦ с удалением простаты, семенных пузырьков и околопузырной клетчаткой единым блоком. В свою очередь, 54 пациентам проводилось частичное сохранение предстательной железы (после ТУР биопсии), что позволяло в дальнейшем удерживать мочу при натуживании пациента, а также давало шанс для восстановления потенции, так как сохранялись сосудисто-нервные волокна.

В свою очередь, у всех 14 женщин было выполнено удаление мочевого пузыря с покрывающей его висцеральной брюшиной и околопузырной клетчаткой, шейки матки и матки с придатками.

Из всех 114 пациентов у 3 выполнялись симультанные операции — нефруретерэктомия с РЦ, так как были диагностированы в 2 случаях рак лоханки с распространением в мочеточник и в мочевой пузырь, а в 1 случае почечно-клеточный рак.

У 60 пациентов в нашей клинике выполнялась илеоцистопластика по Hautmann, она позволяет пеританизировать брюшную полость и отграничить неопист в малом тазу. Также не менее популярна и методика по Studer, данная

методика использована у 29 больных. В основном применяли ее как второй этап оперативного лечения, так как после уретерокутанеостомии длина мочеточников не позволяет выполнить другие модификации цистопластики. U-образная цистопластика из нерассеченного сегмента тонкой кишки применялась в 8 случаях, ввиду анатомических особенностей брыжейки (короткая), в связи с чем связаны проблемы по наложению уретрокишечного анастомоза. У 17 пациентов выполнялась операция Mainz-pouch II ввиду поражения опухолью проксимального отдела уретры и иссечение последней.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде у 17 пациентов (15,3 %) развились осложнения, которые потребовали как консервативной терапии, так и повторного оперативного вмешательства, и у 3 пациентов (2,6 %) явились причиной смерти (2 — ТЭЛА, 1 — острый инфаркт миокарда). У 4 пациентов (3,4 %) возникла эвентрация, у 2 — несостоятельность кишечного анастомоза конец в конец, что явилось причиной перитонита, у 1 — спаечная кишечная непроходимость, у 3 — диагностирована гнойная форма пиелонефрита, что привело у 1 пациента к нефрэктомии, а у 2 — к нефростомии. В свою очередь, консервативная терапия применялась у 4 пациентов, 3 из которых проводилась терапия по поводу острого восходящего пиелонефрита, а у 1 пациента развился восходящий илеофemorальный тромбоз. Несмотря на все осложнения, у всех пациентов удалось восстановить самостоятельное мочеиспускание естественным путем.

В поздних сроках послеоперационного периода от 3 месяцев до 5 лет умерли 18 пациентов. Причиной смерти большинства пациентов (12) явился продолженный рост и генерализация опухолевого процесса, а у 6 — возникли такие осложнения как острое желудочное кровотечение — 1, острое нарушение мозгового кровообращения — 2, уросепсис — 1 пациент и 2 пациента с обширным инфарктом миокарда.

Также отмечено, что у 10 пациентов на достаточном отдаленном послеоперационном сроках проводились повторные операции. У 2 пациентов проводилось оперативное лечение ventральных грыж, 4 — выполнялась уретроскопия с частичным ТУТ оставленной части простаты (для сохранения потенции и лучшего удержания мочи при натуживании), 1 — выполнена нефрэктомия по поводу почечно-клеточного рака, а у 2 больных выполнена контактная цистолитотрипсия в неописте и у 1 пациента сформирована неопистостома, ввиду полной облитерации уретрального анастомоза. Также консервативная терапия применялась у пациентов с пиелонефритами и явлениями ХПН, но без применения диализа.



С помощью анкет-опросников (EORTC-QLQ-C-30) для изучения уровня качества жизни пациентов перенесших РЦ с различными методами илеоцистопластики, доказано что качество жизни таких пациентов остается на высоком уровне. Так как у пациентов с частично сохраненной предстательной железой отмечено восстановление эрекции, а остальным мужчинам при их согласии проведено интракавернозное фаллоэндопротезирование.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время РЦ остается одним из самых обширных методов оперативного лечения в урологии. Но не смотря на тяжесть послеоперационного периода основными факторами риска развития послеоперационных осложнений и летальных исходов являются распространенность опухолевого процесса, наличие тяжелой сопутствующей патологии, а не возраст пациентов и наличие инвазивно-мышечного РМП. Опираясь на данные литературы, от 11-70 % пациентов развиваются как ранние, так и поздние послеоперационные осложнения, которые в 2,7-26,9 % служат причиной летальных исходов К этим осложнениям относят длительный парез кишечника, ранняя спаечная кишечная непроходимость, несостоя-

тельность межкишечных анастомозов, инфекция, эвентрация, сепсис (уросепсис), ТЭЛА, инфаркт миокарда, инсульт.

Характер проведенной работы показал, что у пациентов, у которых наблюдались осложнения, присутствовали тяжелая сопутствующая патология и распространенность опухолевого процесса. Соответственно, прослеживается связь возникновения осложнений с распространенностью процесса и сопутствующей патологией, но не с методом илеоцистопластики. Поэтому таким пациентам целесообразнее проводить РЦ с илеоцистопластикой, а не РЦ с уретерокутанеостомией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из самых трудоемких методов оперативного лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является РЦ с кишечной пластикой. Поэтому проведенная работа доказывает, что факторами риска развития послеоперационных осложнений является распространенность опухолевого процесса и наличие тяжелой сопутствующей патологии, а не метод деривации мочи и возраст пациента. Идеального метода деривации мочи не существует, однако илеоцистопластика позволяет пациентам вернуться к обычной общественной и трудовой деятельности.

АБАШИН С.Ю.

*ФГБУ «Федеральный Научно-Клинический Центр Детской Гематологии, Онкологии и Иммунологии имени Д.Рогачева» МЗ РФ,
г.Москва*

РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В ПРОГРАММАХ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Печень, как самый крупный орган человека, выполняет очень много жизненно важных функций. Печеночные клетки играют важную роль в обеспечении жизнедеятельности здорового организма и заболевшего пациента. В процессе жизнедеятельности, печень подвергается агрессивному воздействию продуктов питания и лекарственных препаратов, зачастую носящих кумулятивный характер.

Для онкологических пациентов адекватная работа печени носит принципиальный характер в программах противоопухолевого лечения. С учетом того, что злокачественные опухоли ассоциированы с возрастом человека, субклиническая гепатотоксичность достаточно часто встречается у онкологических пациентов уже к началу лечения. Эффективная профилактика и лечение лекарственной гепатотоксичности у онкологических пациентов имеет важное значение

в достижении результатов противоопухолевой терапии.

Янтарная кислота является энергообеспечивающим интермедиатом цикла Кребса. Янтарная кислота в комбинации с соль-стабилизирующим агентом N-метилглуксамин (меглумин), метионином, никотинамидом, электролитами (натрия хлорид, магния хлорид, калия хлорид) оказывает антигипоксическое действие, интенсифицирует клеточное дыхание, обеспечивая утилизацию кислорода тканями на фоне восстановления НАД-зависимого клеточного дыхания. При поражении печени ксенобиотиками янтарная кислота повышает устойчивость мембран гепатоцитов к перекисному окислению. Кроме того, предполагается, что янтарная кислота может выступать как паракринный фактор, выделяемый поврежденными гепатоцитами (например, при ишемии) и оказывающий воздействие на перициты (клетки Ито)



в печени через специфические G-сопряженные рецепторы (GPR91). Это обуславливает активацию перипитов, обеспечивающих синтез компонентов внеклеточного матрикса, участвующих в метаболизме и регенерации клеток печеночной паренхимы.

Лекарственный препарат Ремаксол представляет собой уникальную метаболическую композицию, благодаря входящему в его состав, наряду с янтарной кислотой, S-аденозил-L-метионину, участвующему в таких важных биохимических реакциях, как реакции трансметилирования (важный этап синтеза фосфолипидов — фосфатидилхолина, играющую роль в синтезе желчи); реакции транссульфурирования (синтез глутати-

она — важнейшего клеточного антиоксиданта); в синтезе полиаминов (предшественников тиоловых соединений, таких как цистеин, таурин, коэнзим А). Препарат также активизирует окислительно-восстановительные процессы в гепатоцитах, снижая цитоллиз и способствуя уменьшению проявлений холестаза. Способность Ремаксол активировать образование эндогенных детоксикантов обосновывают его при нарушении функциональной активности печени в качестве препарата, обладающего антитоксическим, антихолестатическим и мембраностабилизирующим действием, что является весьма востребованным у онкологических пациентов в программах противоопухолевого лечения.





ОГЛАВЛЕНИЕ

ЯРМОЩУК С.В., АНИКЕЕВА О.Ю., ВОРОБЬЕВА Т.Г., БЕДНЫЙ И.В. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	3
ЛАВРИКОВА Н.В., ВАЖЕНИНА А.А., АНТОНОВ М.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ.....	6
ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ.....	8
ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., МАРЧЕНКО Э.С., АГАФОНОВ П.С., КОМАРОВА Д.К., ФЕДОСКИНА А.В., ЛАЗАРЕВ А.Ф. СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	9
ЛЕОНОВ О.В., ВЫЮШКОВ Д.М., КОПЫЛЬЦОВ Е.И., АХМЕТЯНОВ А.Ш., СИХВАРДТ И.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	10
ФИЛИППОВА Ю.Г., ИГНАТЬЕВ Ю.Т., ХАРЧЕНКО Т.В., ПОДКОРЫТОВ С.В., ЛЕОНОВ О.В., КОПЫЛЬЦОВ Е.И. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПСЕВДОКАПСУЛЫ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРИВЕННЫМ БОЛЮСНЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ.....	14
НОСОВ А.К., ПЕТРОВ С.Б., САМАРЦЕВА Е.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ С ИШЕМИЕЙ И БЕЗ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК.....	17
ПЕТРОВ С.Б., РЕВА С.А., НОСОВ А.К., ДЖАЛИЛОВ И.Б. РАННИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	18
ГАНОВ Д.И., ПОБЕДЕННЫЙ М.С., АВЕРЬЯНОВА М.В. ЛЕЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	18
ГАНОВ Д.И., ПОБЕДЕННЫЙ М.С., АВЕРЬЯНОВА М.В. ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	19
ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНАЛОГА СОМАТОСТАТИНА ОКТРЕОТИДА-ДЕПО У ПАЦИЕНТОВ С КАСТРАЦИОННО-РЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	20
ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., ФЕДОСКИНА А.В., ЛАЗАРЕВ А.Ф. НЕОБХОДИМОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	21
ГАНОВ Д.И., ГЛОТОВ С.С., ГОЛУБЦОВ В.Т., ВАРЛАМОВ С.А., ЛАЗАРЕВ А.Ф. МАГНИТОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	22



ГАНОВ Д.И., ВАРЛАМОВ С.А., МАРЧЕНКО Э.С., АГАФОНОВ П.С., КОМАРОВА Д.К., ЛАЗАРЕВ А.Ф. ДЖЕВТАНА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ГОРМОНОРЕФРАКТЕРНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	23
СОЛОВЬЕВ А.В., ДИАНОВ М.П., ОСИНЦЕВ А.А., ЖУРАВЛЕВ Ю.И. РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	24
СОЛОВЬЕВ А.В., ОСИНЦЕВ А.А., ЖУРАВЛЕВ Ю.И., ДИАНОВ М.П., БАСАЛАЕВ С.К. АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.....	25
АБАШИН С.Ю. РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В ПРОГРАММАХ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	27

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОУРОЛОГИИ

[illegible]