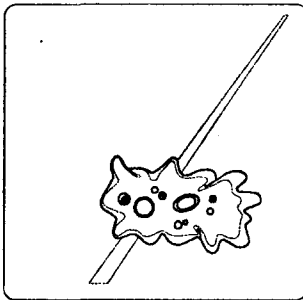


пороговый уровень в 30%, а наименьшим — 6 гистотип.

Клинико-морфологическое содержание выделяемых нами гистотипов приводится в таблице. Наиболее проблемным нам представляется 4 гистотип, в который на основе компьютерной классификации попадает эпителий с признаками ПИН-3 и ряд случаев ВДАК. Из 14 случаев, отнесенных при компьютерной классификации к 4 гистотипу, диагноз аденокарциномы был установлен у 3 больных. На наш взгляд, это, с одной стороны, свидетельствует о близости морфометрических характеристик ПИН-3 и ВДАК, и с другой, — ставит вопрос о возможности компьютерного их различ-

ния. Весьма вероятно, что это может произойти на базе иных морфологических показателей, не связанных с зЯО.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой информативной ценности компьютерной морфометрии зЯО в дифференциальной диагностике заболеваний предстательной железы. На наш взгляд, при морфометрических исследованиях, имеющих клинико-диагностическую направленность, целесообразно формулировать заключения в виде вариантов гистотипов эпителия, которые объективно отражают степень дисплазии и уровень дифференцировки злокачественных клеток.



М.И. Петричко, А.А. Карпенко А.Н. Евсеев, А.Г. Антонов

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА SABALIS SERULATAE (ПРОСТАМОЛ-УНО) У БОЛЬНЫХ С ПРОСТАТИЧЕСКОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В последние годы в связи с ростом заболеваемости раком предстательной железы большое значение придается выделению групп риска по развитию заболевания и разработке методов профилактики, связанных с воздействием на факторы роста, апоптоз и андрогены. Среди групп риска немаловажное значение имеют больные с диспластическими процессами в предстательной железе. Особое внимание привлекает гистоморфологическая форма железистого эпителия, носящее название простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН).

Основываясь на данных исследований, указывающих на схожесть морфологических, иммуногистохимических изменений в клетках ПИН и рака предстательной железы, а также эпидемиологических данных, многие авторы расценивают ПИН как наиболее вероятную прединвазивную стадию аденокарциномы, но имеющиеся данные подтверждают эту роль только для ПИН высокой степени (D.G. Bostwick, 1999; P.S. Nelson, T.P. Gleason, M.K. Brawer, 1996).

В настоящее время ведутся активные поиски химических агентов, способных предотвратить развитие рака, замедлить процесс канцерогенеза или вызвать регрессию имеющих место предзлокачественных изменений железистого эпителия (D.G. Bostwick, R. Lieberman, 2001).

Учитывая механизмы действия фитотерапевтических агентов (в частности, экстракта *Sabal serulatae*), к которым относятся антиэстрогеновый

и антиандрогенный эффект, угнетение активности 5- α -редуктазы, подавление факторов роста, мы считаем целесообразным рассматривать их как возможные профилактические агенты.

Нами проведено наблюдение 29 больных с аденоматозной гиперплазией предстательной железы в сочетании с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее сбор жалоб, оценку качества жизни по шкале IPSS, определение уровня сывороточного ПСА, пальцевое ректальное исследование, ультразвуковое сканирование и полифокальную биопсию предстательной железы под контролем трансректального ультразвукового сканирования. Средний возраст пациентов составил 69 лет, суммарный балл по шкале IPSS — от 4 до 21 балла (средний 14,45), объем предстательной железы варьировал от 17 до

Результаты применения препарата ПРОСТАМОЛ-УНО у пациентов первой группы (n=14)

Показатель	Срок обследования	
	до лечения	через 5 мес. после лечения
IPSS	14,65	10,34
QOL	3,8	2,9
Объем простаты, см ³	63,3	59,8
Qmax, мл/с	8,46	10,1
PSA, нг/мл	16,48	9,87

245 см³ (в среднем 63,3 см³), уровень ПСА — от 4,0 до 48,0 нг/мл (средний уровень 16,48 нг/мл).

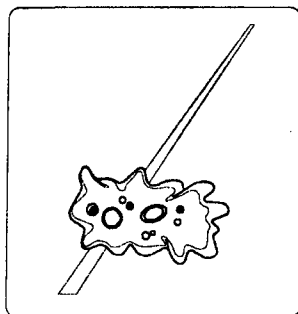
В ходе исследования больные были разделены на две группы. Пациенты первой группы (17 чел.) получали препарат “простамол-УНО” — экстракт *Sabal serrulatae* фармацевтической компании “Berlin-Chemie” по 1 капсуле (320 мг) ежедневно. Второй группе (12 чел.) проводилось лечение с применением α -адреноблокаторов.

Повторное обследование, включающее биопсию предстательной железы, проведено 7 пациентам первой группы (41,2%) и 6 пациентам второй группы (50%) в сроки 3-6 мес. от первичной биопсии.

В результате морфологического исследования у всех пациентов второй группы, которым проведена повторная биопсия, был выявлен рак предстательной железы. У пациентов первой группы

были получены следующие результаты: в 2 случаях морфологических изменений, характерных для ПИН, не выявлено, в 3 случаях отмечено снижение степени злокачественности ПИН (уменьшение многоядности железистого эпителия, снижение выраженности полиморфизма ядер, урежение распространенности ПИН в ткани предстательной железы), и в 2 случаях морфологическая картина сохранилась на прежнем уровне.

Таким образом, можно предположить, что фитотерапевтические агенты, имеющие антиандрогенный эффект, снижающие активность факторов роста и обладающие ингибирующим действием на 5- α -редуктазу, могут замедлять процесс канцерогенеза и вызывать регрессию имеющихся предзлокачественных изменений железистого эпителия предстательной железы, т.е. обладают профилактическим действием.



А.Р. Журенков, М.И. Петричко, А.Г. Антонов

ЦИСТЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Краевая клиническая больница №1,
Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Заболеемость раком мочевого пузыря (РМП) во всем мире имеет тенденцию к постоянному росту и занимает 8 место среди всего объема злокачественных новообразований. В России отмечается увеличение заболеваемости раком мочевого пузыря: в 1991 г. этот показатель составлял 3,3%, а в 1997 г. — 4,57% (Б.П. Матвеев, 2001). Особенностью РМП является частое местное рецидивирование. Рецидивы опухоли после лечения диагностируют у 75% больных с инвазивными формами опухоли.

Лечение рака мочевого пузыря представляет значительные трудности в современной урологии. Всеми авторами признано, что трансуретральная резекция (ТУР) и открытая резекция мочевого пузыря являются паллиативными операциями и в связи с высокой частотой рецидивов заболевания не обеспечивают достаточной выживаемости пациентов. Сочетания резекции мочевого пузыря с адьювантной лучевой терапией также не повышает выживаемость.

В урологическом отделении краевой больницы ежегодно получают лечение от 100 до 120 больных с различными стадиями и формами рака мочевого пузыря. Процент рецидивов опухолей в нашей клинике составляет от 45 до 55%. Большая частота

та рецидивов соответствует запущенным формам рака мочевого пузыря, поэтому в последние 3 года мы стали выполнять цистэктомию с ортотопической пластикой мочевого пузыря.

В течение последних трех лет в урологическом отделении краевой больницы выполнено 18 цистэктомий. В 5 случаях цистэктомия проведена больным с раком мочевого пузыря в стадии T_{3b-4a}, из этих больных в течение первого года после операции от рецидива опухоли умерло 3 пациента (60%). В стадии T_{2b-3a} оперировано 8 пациентов,

Сравнительная характеристика больных раком мочевого пузыря за 3 года

Клиническая группа	Период наблюдения					
	1999 г.		2000 г.		2001 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего больных	110	100	126	100	105	100
Мужчины	94	85,5	113	89,7	85	81
Женщины	16	14,5	13	10,3	20	19
Первичные	60	54,5	70	55,5	64	61
Рецидивы	50	45,5	56	44,5	41	39
Оперировано	46	41,8	47	37,3	45	42,9
Из них ТУР	22	47,8	22	46,8	19	42,2