6. Давлетшин, А.Х. Забрюшинные гематомы при закрытой травме живота / А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 1994. – Т. 75, № 3. – С. 211-213.
7. Диагностика и лечение ранений живота с повреждением забрюшинных органов и структур / А.Н. Смоляр, М.М. Абакумов, Т.Г. Бармина [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 1. – С. 8-13.
8. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний / А.Н. Смоляр, Е.Ю. Трофимова, Т.В. Богницкая, М.М. Абакумов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 627.
9. Доброквашин, С.В. Клинико-анатомическая классификация забрюшинных кровоизлияний / С.В. Доброквашин, А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т. 83, № 3. – С. 199-201.
10. Доброквашин, С.В. Особенности клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота / С.В. Доброквашин, А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 1997. – Т. 78, № 1. – С. 53.
11. Информативность инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме, осложнившейся забрюшинным кровоизлиянием / И.К. Паладий, Е.Т. Бескиеру, А.В. Визитиу [и др.] // Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010. – С. 91-92.
12. Повреждение надпочечников при закрытой травме живота / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр, Т.Г. Бармина [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 2. – С. 4-11.
13. Смоляр, А.Н. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
14. Смоляр, А.Н. Измерение внутрибрюшного давления при разрывах аневризм брюшного отдела аорты / А.Н. Смоляр, И.П. Михайлов, А.В. Медведев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 16, № 2. – С. 77-79.
15. Трофимова, Е.Ю. Ультразвуковая диагностика забрюшинных кровоизлияний в ранние сроки после закрытой травмы живота / Е.Ю. Трофимова, Т.В. Богницкая, А.Н. Смоляр // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 5. – С. 14-19.
16. Чирков, Р.Н. Диагностика и хирургическое лечение травмы лимфатических протоков при травме живота и забрюшинного пространства / Р.Н. Чирков, М.М. Абакумов, В.Н. Блохин // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 17-21.
17. Damage control surgery and open abdominal management: recent advances and our approach / S. Kushimoto, M. Miyauchi, H. Yokota, M. Kawai // Nihon Ika Daigaku Zasshi. – 2009. – Vol. 76, № 6. – P. 280-90.
18. Diagnostic accuracy of CT scan in abdominal blunt trauma / J. Salimi, K. Bakhtavar, M. Solimani [et al.] // Chin. J. Traumatol. – 2009. – Vol. 12, № 2. – P. 67-70.
19. Endovascular management of life-threatening retroperitoneal bleeding / E. Akpinar, B. Peynircioglu, B. Turkbey [et al.] // ANZ J. Surg. – 2008. – Vol. 78, № 8. – P. 683-7.
20. Endovascular repair of an actively hemorrhaging stab wound injury to the abdominal aorta / Q. Hussain, G. Maleux, S. Heye, I. Fourneau // Cardiovasc. Interv. Radiol. – 2008. – Vol. 31, № 5. – P. 1023-5.
21. Feliciano, D.V. Abdominal vascular injury / D.V. Feliciano, J.M. Burch, J.M. Graham / Trauma / (eds) K.L. Mattox, E.E. Moore, D.V. Feliciano. - East Narwalk: Appleton & Lange, 1988. – P. 519-526.
22. Henaou, F. Retroperitoneal hematomas of traumatic origin / F. Henaou, J.S. Aldrete // Surg. Gynecol. Obstet. – 1985. – Vol. 161. – P. 106-116.
23. Kudsk, K.A. Retroperitoneal hematoma / K.A. Kudsk, G.F. Sheldon // Abdominal trauma / (eds) F.W. Blaisdell, D.D. Trunkey. – N. Y.: Thieme-Stratton, 1982. – P. 279-293.
24. Le lesioni traumatiche del retroperitoneo: inquadramento diagnostico e terapeutico. Nostra esperienza su 221 pazienti / G. Tugnoli, M. Casali, S. Villani [et al.] // Ann. Ital. Chirur. – 2006. – Vol. 77, № 5. – P. 407-10.
25. Local and systemic consequences of large retroperitoneal clot burdens / G. Loor, H. Bassiouny, C. Valentin [et al.] // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33, № 8. – P. 1618-25.
26. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? / Y.C. Chan, J.P. Morales, J.F. Reidy, P.R. Taylor // Int. J. Clin. Pract. – 2008. – Vol. 62, № 10. – P. 1604-13.
27. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage: our experience at last 10 years / V. Gimeno Argente, M. Bosquet Sanz, M. Ramirez Backhaus [et al.] // Actas Urol. Espan. – 2007. – Vol. 31, № 5. – P. 521-7.
28. The role of interventional radiology in patients requiring damage control laparotomy / S. Kushimoto, M. Arai, J. Aiboshi [et al.] // J. Trauma-Injury Infect. Crit. Care. – 2003. – Vol. 54, № 1. – P. 171-6.
29. Traumatic retroperitoneal haematoma / F. Stagnitti, S. Toccaceli, E. Spaziani [et al.] // Giornale Chirur. – 2007. – Vol. 28, № 10. – P. 356-62.
30. Xian-kai, H. Damage control surgery for severe thoracic and abdominal injuries / H. Xian-kai, Z. Yu-jun, Z. Lian-yang // Chin. J. Traumatol. – 2007. – Vol. 10, № 5. – P. 279-83.

УДК: 616-006.66

© Л.В. Марисов, А.З. Винаров, Ю.Г. Аляев, Г.А. Мартирисян, 2013

Л.В. Марисов, А.З. Винаров, Ю.Г. Аляев, Г.А. Мартирисян
ИНЦИДЕНТАЛЬНЫЙ РАК ПРОСТАТЫ:
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Инцидентальный рак простаты – это рак предстательной железы (РПЖ), выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденомэктомии, в случаях, когда данные дооперационного обследования (пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование) и результаты биопсии простаты не позволили выявить РПЖ. С целью оценки встречаемости инцидентального рака простаты и определения подходов к лечению нами проанализированы материалы статей зарубежных авторов, отечественных литературных источников и собственный опыт клиники. В настоящее время встречаемость инцидентального рака простаты, по данным международных и отечественных источников, колеблется в пределах от 4 до 11%. Тактика лечения пациентов с инцидентальным раком простаты до сих пор остается дискуссионной. По данным различных источников, пациентам с инцидентальным РПЖ в стадии Т1а с ожидаемой продолжительностью жизни более 15 лет целесообразно назначить регулярное обследование и в отдаленном будущем провести радикальную простатэктомию. Пациентам с инцидентальным раком в стадии Т1b целесообразно назначить радикальное хирургическое лечение в ближайшие 5 лет.

Ключевые слова: инцидентальный рак простаты, рак простаты, Т1а, Т1b.

L.V. Marisov, A.Z. Vinarov, Yu.G. Alayev, G.A. Martirosyan
INCIDENTAL PROSTATE CANCER – INCIDENCE AND TREATMENT

Incidental prostate cancer is a prostate cancer (PC) determined during morphological examination of prostate tissue received after transurethral resection (TUR) or open adenectomy, in the cases when prostate cancer was not determined by preoperative examination (digital rectal examination, transrectal ultrasound, prostate biopsy). In order to assess the occurrence of the incidental prostate cancer and treatment approaches we analyzed materials of foreign articles, domestic literature and personal experience of the clinic. The incidence of the incidental prostate cancer ranges from 4% to 11%. Approach for the management of patients with incidental prostate cancer remains controversial. In patients with stage T1a and life expectancy of more than 15 years, it is advisable to administer regular examination and in the distant future a radical prostatectomy. Patients with stage T1b are to be subjected to radical surgery in the next 5 years.

Key words: Incidental prostate cancer, prostate cancer, T1a, T1b.

Инцидентальным раком простаты считается рак предстательной железы (РПЖ), выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденомэктомии, в случаях, когда данные дооперационного обследования (пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование) и результаты биопсии простаты не позволили выявить РПЖ [1]. По классификации TNM инцидентальному РПЖ соответствуют две стадии: T1a и T1b. Диагноз рака стадии T1a ставится при случайном гистологическом обнаружении опухоли в 5% и менее резецированной ткани при операции по поводу аденомы простаты ткани, а диагноз рака стадии T1b – более чем в 5% резецированной ткани. Следует не забывать о наличии термина «латентный рак простаты», который включает в себя частоту выявления рака по данным аутопсии [2]. Стоит заметить, что частота обнаружения латентного рака простаты значительно превосходит частоту обнаружения инцидентального РПЖ. Так, например, при аутопсии мужчин в возрасте старше 50 лет у 40% были выявлены латентные формы РПЖ, из них 9,5% клинически явные формы [3]. По данным аутопсий, проводимых в США, клинически не определяемые очаги злокачественного перерождения предстательной железы выявляются у 15 – 30% мужчин старше 50 лет и у 80% мужчин старше 80 лет. По данным международного мультицентрового исследования, распространенность латентного рака простаты у мужчин в возрасте 40-49 лет составила 12%. С возрастом отмечалось повышение риска выявления рака простаты. Так, в группе 60-69 лет он составил 22%, а в группе старше 80 лет – 43%. [29] По данным Н.А. Лопаткина и соавт. [4], при аутопсиях частота выявления скрытых форм РПЖ достигает 45%. По данным М.И. Когана и соавт., латентный РПЖ обнаруживается у мужчин в возрасте 50-60 лет в 5-14% случаев, в возрасте 60-80 лет – в 20-40%. [5] Многочисленные исследования доказывают, что с увеличением числа точек

биопсии выявляемость РПЖ возрастает. По данным клиники урологии МГМСУ, среди пациентов с уровнем ПСА менее 20 нг/мл при увеличении количества образцов получаемой ткани с 6 до 18 число диагностированных случаев РПЖ возросло с 15,9 до 32,5% (рост выявляемости рака составил 16,6%) [6]. Крайне интересны результаты биопсий, проведенных пациентам с нормальным уровнем ПСА. В исследование G. Guichard и соавт. [7] были включены 1000 пациентов, которым проводилась биопсия предстательной железы из 6, 12 и 18 точек. Выявляемость РПЖ повысилась в среднем на 22% при сравнении 12-точечной биопсии с 6-точечной; у пациентов с уровнем ПСА ниже 4 нг/мл выявляемость РПЖ повысилась на 37,5%. Столь высокий уровень обнаружения латентного и инцидентального РПЖ заставляет по-новому оценивать вопросы его развития, диагностики и лечения.

Актуальность проблемы инцидентального РПЖ подтверждается частотой его обнаружения у пациентов, страдающих аденомой предстательной железы, и возможными последствиями прогрессирования раковой болезни. Частота диагностирования инцидентальных карцином предстательной железы при морфологическом исследовании после ТУР предстательной железы или открытой аденомэктомии составляет 8-10% [9]. По данным А. Arguoroulos и соавт. [1], из 786 человек, которым была произведена ТУР в период с 1999 по 2003 гг., у 34 (4,3%) пациентов был выявлен инцидентальный РПЖ. Исследования, проведенные А. Antunes и соавт. [10], показали, что из 218 человек, которым была выполнена ТУР по поводу аденомы предстательной железы, при дальнейшем морфологическом исследовании операционного материала у 13 (6,2%) пациентов был выявлен инцидентальный РПЖ, причем у 8 пациентов рак T1a стадии и у 5 – T1b. При ретроспективном исследовании, проведенном von G. Andel и соавт. [11], среди 392 больных аденомой предстательной железы у 15 (4%) пациентов был обнаружен РПЖ. По данным В. Tombal и

соавт. [12], при обследовании 1648 пациентов с диагнозом аденома предстательной железы у 182 (11%) был обнаружен инцидентальный РПЖ. N. Meguro и соавт. [13] в исследовании, проводившемся на группе пациентов, состоящей из 202 человек с диагнозом аденома предстательной железы, после выполнения операции ТУР у 23 (11,38%) был обнаружен инцидентальный РПЖ в стадиях T1a (10 пациентов) и T1b (13 пациентов). Частота обнаружения инцидентального РПЖ была изучена C. Vecchioli Scaldazza [14]. При выполнении ТУР 683 пациентам с аденомой предстательной железы в полученном материале у 82 (12%) из них был обнаружен инцидентальный РПЖ. Количество пациентов со стадией рака T1a составило 50 (60,98%), со стадией T1b – 32 (39,02%). Аналогичные исследования проводились R. Zigeuner и соавт. [15]. При ретроспективном анализе данных по ТУР у 72 (6,4%) из 1127 больных аденомой предстательной железы был обнаружен инцидентальный РПЖ. По данным исследования, проведенного H. Kanno и соавт. [16], в группе из 430 пациентов с аденомой предстательной железы после выполнения ТУР у 23 (5,3%) был обнаружен инцидентальный РПЖ T1a стадии. Сходные результаты были получены L. Picurelli Oltra и соавт. [17]: у 17 (3,38%) из 503 пациентов был обнаружен инцидентальный РПЖ. По данным Magmiroli R и соавт., частота выявления инцидентального рака составила 6% [30]. В работе Yoo C и соавт. выявляемость инцидентального рака простаты составила 4,8% (78 из 1613 пациентов) [31]. Коллектив докторов под руководством Zhao Z. обнаружил инцидентальный рак простаты у 57 из 592 пациентов (9,6%). Стоит отметить, что в данном исследовании всем пациентам перед ТУР выполнялась биопсия простаты с определением экспрессии (PSCA) mRNA – РНК антигена стволовых клеток простаты. Данная экспрессия выявлена у 84 пациентов, именно у этих пациентов в дальнейшем был выявлен инцидентальный рак простаты. Однако у 27 пациентов с повышенной экспрессией (PSCA) mRNA рак простаты не обнаружен ни по данным биопсии, ни после гистологического исследования материала ТУР. Данная методика в дальнейшем может повысить эффективность диагностики рака простаты [32]. По данным Voigt S. и соавт. среди 1000 пациентов, которым выполнялась ТУР простаты (условиями отбора являлись ПСА не более 20 нг\мл и объем удаленной ткани не менее 10г), инцидентальный рак выявлен в 111 случаях (11,1%), причем у 34 (30%) паци-

ентов диагностирована стадия T1b [33]. По данным клиники урологии СГМУ в период с 1993 по 1999 годы из 1532 пациентов, которым выполнена открытая аденомэктомия, у 117 (7,6%) выявлен инцидентальный рак простаты. Высокодифференцированная опухоль выявлена у 85 пациентов (72,6%), а умеренно- и низкодифференцированная опухоль у 32 пациентов (27,4%). У 62 пациентов (52,9%) выявлены стадии T1a-b, у 33 (28,2%) – T2 и у 22 (18,8%) – T3 [36]. В нашей клинике в период с 2010 по 2012 годы было выполнено 880 трансуретральных резекций по поводу гиперплазии простаты, в 29 (3,3%) случаях выявлен инцидентальный рак простаты. Средний уровень ПСА составил 6,9 нг\мл, а средний возраст пациентов 70,7 года. Причем в 2010 году выполнено 225 операций, и инцидентальный рак выявлен у 8 (3,5%) пациентов, в 2011 году – 271 операция, 15 (5,5%) случаев РПЖ и в 2012 году 384 ТУР и 6 случаев инцидентального РПЖ. В большинстве случаев выявленный рак простаты оказался высокодифференцированным 4 балла по Глиссону и менее (21 пациент), в 7 случаях – умереннодифференцированный – 5-7, в одном случае низкодифференцированный – 8 баллов.

По результатам вышеперечисленных исследований заболеваемость инцидентальным РПЖ у больных с аденомой предстательной железы составила 7,36%. В некоторых источниках литературы приведены значения заболеваемости инцидентальным РПЖ без указания данных об исследуемой группе больных аденомой предстательной железы. Заболеваемость составила 6, 8, 10,3, 10 и 15% [11, 18–21], в среднем 9,9%.

В настоящее время широко обсуждается проблема возможного рецидива и прогрессирования инцидентального РПЖ. Опухоль предстательной железы T1a стадии считается относительно безопасной и не склонной к рецидиву, а опухоль стадии T1b – опасной, склонной к прогрессии и рецидивированию. По данным H. Leisinger и соавт. [22], риск прогрессии опухоли T1a стадии предстательной железы составляет 8-13% в течение 10 лет при отсутствии лечения (по другим данным – 16-36% [23]). По данным Lowe и соавторов риск прогрессии РПЖ T1a стадии в течение 5 лет составляет 5%, 10-13 лет – уже 50% [34]. При раке T1b стадии рецидива стоит ожидать в ближайшие 5 лет [34]. Эта информация подтверждается исследованиями M.И. Когана и соавт. [5]. Ниже приведены результаты исследований, которые помогают более точно оценить риск прогрессии инцидентальной опухоли

ли предстательной железы различных стадий, а также вероятность развития рецидива в зависимости от степени злокачественности опухоли. Для оценки этих параметров применяются индекс Глисона и время «безопухолевого периода». При исследовании группы, состоящей из 34 больных инцидентальным РПЖ, было обнаружено 17 больных в стадии T1a и 17-е стадии T1b. 11 пациентов имели индекс Глисона 7-10 баллов, все они относились к группе больных РПЖ T1b стадии [1]. По данным исследования D. Robinson и соавт. [24], более благоприятный прогноз имеют больные раком в стадии T1a с индексом Глисона 5 баллов и ниже. По данным В. Tombal и соавт. [12], из 182 больных инцидентальным РПЖ лишь у 8% опухоли в стадии T1a рецидивировали со средним временем «безопухолевого» периода 73 месяцев и у 29% опухоли T1b стадии рецидивировали в средние сроки – 17 месяцев. В другом исследовании, проведенном М. Allue Lopez и соавт. [25], из 40 больных инцидентальным РПЖ (T1a – 16 больных, T1b – 24) рост опухоли не был зарегистрирован в группе больных раком T1a стадии при среднем времени наблюдения 90 месяцев. В группе больных раком T1b стадии прогрессия наблюдалась у 12,5% пациентов со средним временем «безракового» периода 70 месяцев. В группе из 27 пациентов с диагнозом инцидентального РПЖ (22 – T1a, 5 – T1b) у пяти больных был диагностирован рецидив опухоли в средние сроки 47,6 месяца [26]. Некоторые ученые связывают такой невысокий процент рецидивов в группе больных раком T1a стадии с тем, что во время операции по поводу аденомы предстательной железы удаляется вся опухолевая ткань. На этот факт указывают N. Masue и соавт. [27], которые проводили исследования среди больных с обнаруженным инцидентальным РПЖ. После выполнения радикальной простатэктомии операционный материал тщательно исследовался. Из восьми больных со стадией T1a патологические стадии pTx, pT0 и pT2 были диагностированы у одного, пяти и двух соответственно, из 15 прооперированных больных со стадией T1b – у шести, восьми и одного. По данным Caritano и соавт., у пациентов с инцидентальным раком простаты, которым выполнена радикальная простатэктомия, у 4-21% выявлена стадия pT0, у 47-85% – локализованный рак простаты [23]. В аналогичном исследовании, проведенном А. Heidenreich и соавторами [28], среди 106 случаев инцидентального РПЖ – 59 (55,7%) в стадии T1a, 47 (44,3%) стадии T1b – после операции у 20

(18,8%) пациентов не обнаружили опухоли, у 79 (74,6%) обнаружен РПЖ в стадии T2 и у 7 пациентов – в стадии T3. Приведенные примеры показывают, что в 50% случаев первичная опухоль не обнаруживается, однако остаются еще 50% вероятности обнаружить злокачественную опухоль вплоть до T3 стадии. Такие «находки» более характерны для пациентов с инцидентальным раком в стадии T1b, что в очередной раз доказывает его большую злокачественность и более высокую вероятность рецидива. В работе Morita и соавт. оценивалась эффективность «радикальной» трансуретральной резекции гиперплазии простаты, которая выполнялась после первичной ТУР, выявившей инцидентальный рак простаты. [35] Из 51 пациента, у которого был диагностирован инцидентальный РПЖ, проводился мониторинг уровня ПСА, только у 3 пациентов отмечено повышение уровня ПСА. У 48 пациентов ПСА оставался на нормальных значениях от 0,1нг в 24 случаях до 0,4 нг\мл в 3 случаях. Шанс отсутствия рецидива составил 100% в группе с низким онкологическим риском, 94,7% – с умеренным риском и 88,2% – с высоким риском.

Основываясь на данных исследований, Европейская ассоциация урологов выработала тактику лечения больных инцидентальным РПЖ. Так, у относительно молодых пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни после обнаружения инцидентального РПЖ более 15 лет (стадия T1a) целесообразно радикальное хирургическое лечение. Для стадии T1b ожидаемая продолжительность жизни должна составлять не менее 10 лет. М.И. Коганом и соавт. [5] были выработаны меры, во многом схожие с рекомендациями Европейской ассоциации урологов. У мужчин в возрасте 60 лет и моложе с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет шанс прогрессии умереннодифференцированного и тем более низкодифференцированного инцидентального РПЖ в стадии T1a достаточно велик. Таким больным показано регулярное обследование не реже двух раз в год с последующим рассмотрением вопроса о радикальном хирургическом лечении. Прогрессия рака в стадии T1b у большинства мужчин прогнозируется в течение пяти лет. Радикальная простатэктомия является оптимальным методом лечения в данной ситуации [5]. Не стоит забывать, что некоторый процент инцидентального РПЖ (особенно в стадии T1a) можно считать полностью удаленным уже после ТУР. В данном случае таких пациентов стоит отнести в группу с повышенным риском ре-

цидива РПЖ и также организовать регулярное наблюдение.

Заключение. Инцидентальный РПЖ является распространенным заболеванием среди мужчин с аденомой простаты. Распространенность инцидентального РПЖ составляет 4-11%. Пациентам с инцидентальным РПЖ в стадии Т1а с ожидаемой продолжи-

тельностью жизни более 15 лет целесообразно назначить регулярное обследование и в отдаленном будущем провести радикальную простатэктомию. Пациентам с инцидентальным раком в стадии Т1b целесообразно назначить радикальное хирургическое лечение в ближайшие 5 лет

Сведения об авторах статьи:

Марисов Леонид Валерьевич – аспирант НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Винаров Андрей Зиновьевич – д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, зам. директора НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека по научной работе. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Аляев Юрий Геннадьевич – профессор, член-корр. РАМН, директор НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Мартirosян Гурген Арменович – аспирант кафедры урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

ЛИТЕРАТУРА

- Argyropoulos A., Doumas K., Farmakis A. et al. Characteristics of patients with stage T1b incidental prostate cancer. Scand J Urol Nephrol 2005;39(4):289-93.
- Murphy G., Khour S., Partin A., Denis L. Prostate cancer 1999.
- Prostate cancer: A killer among us. Cancer 2006; http://www.health.am/ab/more/prostate_cancer_a_killer_among_us/
- Лопаткин, Н.А. Урология / Н.А. Лопаткин, А.Ф. Даренков, В.Г. Горюнов – М.: «Медицина», 1995. – 496 с.
- Коган, М.И. Радикальная хирургия рака предстательной железы / М.И. Коган, О.Б. Лоран, С.Б. Петров – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2006. – 352 с.
- Пушкарь, Д.Ю. Простатспецифический антиген и биопсия предстательной железы / Д.Ю. Пушкарь. М.: Медпресс— информ, 2003. - 159 с.
- Медицинские Диссертации <http://medical-diss.com/medicina/puti-povysheniya-effektivnosti-biopsii-predstatelnoy-zhelezy#ixzz2W64KMIhZ> Guichard G., Larre S., Gallina A. et al. Extended 21-sample needle biopsy protocol for diagnosis of prostate cancer in 1000 consecutive patients. Eur Urol 2007;52(2):430-5.
- Anim J.T., Ebrahim B.H., Sathar S.A. Benign disorders of prostate: A histopathological study. Ann Saudi Med 1998;18(1):22-7.
- Урология/ под ред. Ю.Г. Аляева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 640 с.
- Antunes A.A., Freire Gde C., Aiello Filho D. et al. Analysis of the risk factors for incidental carcinoma of the prostate in patients with benign prostatic hyperplasia. Clinics 2006;61(6):545-50.
- van Andel G., Vleeming R., Kurth K., de Reijke T.M. Incidental carcinoma of the prostate. Semin Surg Oncol 1995;11(1):36-45.
- Tombal B., De Vischer L., Cosyns J.P. et al. Assessing the risk of unsuspected prostate cancer in patients with benign prostatic hyperplasia: a 13-year retrospective study of the incidence and natural history of T1a-T1b prostate cancers. BJU Int 1999;84(9):1015-20.
- Meguro N., Maeda O., Saiki S. et al. Clinical significance of prostate specific antigen (PSA) and PSA density in the detection of T1a and T1b prostate cancer. Hinyokika Kyo 1998;44(9):639-43.
- Vecchioli Scaldazza C. Incidental carcinoma of the prostate. Study of 683 patients operated upon for benign prostatic hypertrophy. Minerva Urol Nefrol 1992;44(2):109-12.
- Zigeuner R.E., Lipsky K., Riedler I. et al. Did the rate of incidental prostate cancer change in the era of PSA testing? A retrospective study of 1127 patients. Urology 2003;62(3):451-5.
- Kanno H., Umemoto S., Izumi K. et al. Prostate cancer development after transurethral resection of the prostate histopathological studies of radical prostatectomy specimens. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi 2006;97(4):649-59.
- Picurelli Oltra L., Sendra Torres A., Fernandez Rodriguez A. et al. Incidental prostatic adenocarcinoma in the ere of the PSA. Actas Urol Esp 1997;21(4):354-6.
- Herranz Amo F., Diez Cordero J.M., Verdu Tartajo F. et al. Incidental prostatic cancer Actas Urol Esp 1999;23(10): 848-52.
- Mai K.T., Isotalo P.A., Green J. et al. Incidental prostatic adenocarcinomas and putative premalignant lesions in TURP specimens collected before and after the introduction of prostate-specific antigen screening Arch Pathol Lab Med 2000;124(10):1454-6.
- Monda J.M., Barry M.J., Oesterling J.E. Prostate specific antigen cannot distinguish stage T1a (A1) prostate cancer from benign prostatic hyperplasia. J Urol 1994;151(5):1291-5.
- Paul R., Knebel C., van Randenborgh H. et al. Incidental carcinoma of the prostate: can we and should we recommend radical prostatectomy. Urologe A 2005;44(9):1052, 1054-8.
- Leisinger H.J. Cancer of the prostate stage T1. Incidental carcinoma. Review of the literature and an appraisal of the classification. Ann Urol (Paris) 1994;28(4): 229-34.
- Capitano U., Scattoni V., Freschi M. et al. Factors predicting pathological stage in patients submitted radical retropubic prostatectomy due to incidental (T1a-T1b) prostate cancer. Eur Urol 2007;(Suppl).
- Robinson D., Aus G., Bak J. et al. Long-term follow-up of conservatively managed incidental carcinoma of the prostate: a multivariate analysis of prognostic factors. Scand J Urol Nephrol 2007;41(2):103-9.
- Allue Lopez M., Allepuz Losa C., Borque Fernando A. et al. Incidental prostatic cancer: T1a-T1b. Our experience after observation/radical surgery and literature review Actas Urol Esp 2006;30(8):749-53; discussion 753.
- Bostwick D.G. The pathology of incidental carcinoma. Cancer Surv 1995;23: 7-18.
- Masue N., Deguchi T., Nakano M. et al. Retrospective study of 101 cases with incidental prostate cancer stages T1a and T1b Six-year follow-up of untreated T1 carcinoma of prostate. Int J Urol 2005;12(12):1045-9.
- Heidenreich A., Aus G., Abbou C.C. et al. Guidelines on prostate cancer. EAU Guidelines; 2007.
- C.M. Coley, M.J. Barry et al. Clinical guideline: Part I. Early Detection of Prostate Cancer. Part I: Prior Probability and Effectiveness of Tests. Ann Intern Med 1997;126:394-406.
- Marmiroli R., Antunes AA, et al. Standard surgical treatment for benign prostatic hyperplasia is safe for patients over 75 years: analysis of 100 cases from a high-volume urologic center. Clinics (Sao Paulo). 2012 Dec;67(12):1415-8.
- Yoo CZhao Z, Ma W, Zeng G, Qi D. PSCA mRNA expression in preoperatively negative prostate biopsies predicts incidental prostate

cancer in patients undergoing transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. Department of Urology, Minimally Invasive Surgery Center, The First Affiliated Hospital, Guangzhou Medical College, Guangzhou, Guangdong Province, China. zgzhao@yahoо.com.cn

32. Oh CY, Kim SJ et al. Preoperative clinical factors for diagnosis of incidental prostate cancer in the era of tissue-ablative surgery for benign prostatic hyperplasia: a Korean multi-center review. Department of Urology, Hallym University College of Medicine, Chuncheon, Korea.

33. Voigt S, Hüttig F et al. Risk factors for incidental prostate cancer-who should not undergo vaporization of the prostate for benign prostate hyperplasia? Prostate. 2011 Sep;71(12):1325-31. doi: 10.1002/pros.21349. Epub 2011 Feb 9.

34. Lowe BA, Listrom MB. Incidental carcinoma of the prostate: an analysis of the predictors of progression. J Urol. 1988 Dec;140(6):1340-4. Department of Surgery, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque.

35. Morita M, Matsuura T. Successful Treatment of Incidental Prostate Cancer by Radical Transurethral Resection of Prostate Cancer. Clin Genitourin Cancer. 2012 Nov 5. pii: S1558-7673(12)00212-1. doi: 10.1016/j.clgc.2012.09.012.

36. П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин и соавторы. Прогностические факторы у больных инцидентальным раком предстательной железы Онкоурология 1 ' 2 0 0 8 ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава; НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии.

УДК 616-006.6:618.11

© И.Р. Рахматуллина, Г.В. Хамитова, Л.В. Халикова, 2013

И.Р. Рахматуллина¹, Г.В. Хамитова², Л.В. Халикова¹
**СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
 РАКА ЯИЧНИКОВ**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Казань

Рак яичников в структуре злокачественных новообразований женских половых органов характеризуется неоднозначным прогнозом и самым высоким показателем смертности. Среди прочих факторов, определяющих данный феномен, ведущими являются особенности метастазирования опухоли. Метастазирование рака яичника происходит на ранних стадиях развития заболевания и проходит различными путями: контактно, внутрибрюшинно, гематогенно и через лимфатическую систему. Такие особенности метастазирования определяются топографией, анатомическим строением, кровоснабжением и лимфатическим руслом женской половой железы. Определенную барьерную роль на пути развития патологического процесса по брюшной полости играет большой сальник. Неблагоприятный прогноз и неудовлетворительные результаты лечения на современном этапе требуют пересмотра подходов к хирургическому лечению рака яичников. В связи с этим уточнение особенностей метастазирования рака яичника дает возможность для поиска новых путей блока распространения злокачественных клеток.

Ключевые слова: раковые клетки, рак яичников, лимфатическая система, хирургическое лечение.

I.R. Rakhmatullina, G.V. Khamitova, L.V. Khalikova
**CURRENT REALITIES AND THE POSSIBILITY
 OF SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN CANCER**

Ovarian cancer in the structure of the female genital organs malignancy is characterized by an ambiguous forecast and the high-est mortality rate. The leading factors determining this phenomenon are the features of tumor metastasis. Metastasis of ovarian cancer occurs at the early stages of the disease and runs a variety of ways: contact, intraperitoneal, haemacirculatory and through the lymphatic system. Such features are determined by the topography of metastatic disease, anatomy, blood supply and lymphatic channel of the female reproductive gland. The greater omentum plays the barrier role in the development of the pathological process of the abdomen. At present poor prognosis and poor treatment outcomes require reviewing approaches to the surgical treatment of ovarian cancer. In this connection defining the features of ovarian cancer metastasis provides an opportunity to find new ways to disable malignant cells distribution.

Key words: cancer cells, ovarian cancer, lymphatic system, surgical treatment.

Среди всех других видов злокачественных поражений женских половых органов рак яичников характеризуется неоднозначным прогнозом и самыми высокими показателями смертности [1,2,3,4,5,6,10,12,24]. В структуре онкологической заболеваемости женщин в Российской Федерации удельный вес рака яичников составляет 4,9%. Стандартизованный показатель заболеваемости (на 100 000 женского населения) в 1990 году составил 9,2, в 2005 году – 10,7. Общий прирост за указанный период был 5,1%, в том числе в связи с изменением численности и возрастной струк-

туры населения – 1,3%, в связи с изменением риска заболеть – 3,8% [8,9,15].

Известно, что на момент диагностики большинство пациентов имеют запущенные формы заболевания. Заболевание является распространенным уже при IC стадии, и после проведения стандартного лечения – операции и системной химиотерапии, – как правило, рецидивирует [7]. Это усложняет прогноз при данном заболевании. В связи с этим самым важным прогностическим фактором у этих пациентов является остаточная опухоль после первичной операции [31,41,44,45,60,62].