

Материалы конференции Российского общества онкоурологов 7—8 июня 2007 г., Нижний Новгород (Приволжский федеральный округ)

Влияние уровня простатического специфического антигена и дифференцировки опухоли на вероятность метастатического поражения лимфатических узлов у больных раком предстательной железы

Б.Я. Алексеев, Н.В. Воробьев, К.М. Ньюшко
г. Москва

Цель исследования. Оценить вероятность выявления метастатического поражения тазовых лимфатических узлов (ЛУ) у больных, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ), в зависимости от первичного уровня простатического специфического антигена (ПСА) и дифференцировки опухоли.

Материалы и методы. В 1999—2007 гг. в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена 284 больным по поводу локализованного и местно-распространенного рака предстательной железы (РПЖ) выполнена РПЭ. При плановом гистологическом исследовании после РПЭ диагноз РПЖ не подтвержден в 3 случаях. Средний возраст оперированных больных был 61,5 года (46—78 лет). Средний уровень ПСА составил 12,5 нг/мл (1,2—55,6 нг/мл). У 40 (14,2%) больных при плановом гистологическом исследовании после РПЭ выявлено метастатическое поражение ЛУ. В зависимости от первичного уровня ПСА и дифференцировки опухоли по шкале Глисона больные распределялись следующим образом.

Результаты. В группе больных с высокодифференцированными опухолями (2—4 балла по шкале Глисона) метастазов в ЛУ выявлено не было. В группе больных с умеренно дифференцированными опухолями метастатическое поражение ЛУ выявлено при уровне ПСА до 10 нг/мл в 3,9% случаев, от 10 до 20 нг/мл — в 14%, от 20 нг/мл и выше — в 22%. В группе больных с дифференцировкой опухоли 7 баллов по шкале Глисона метастазы в ЛУ выявлены, при уровне ПСА до 10 нг/мл в 6,7% случаев, от 10 до 20 нг/мл — в 20%, от 20 нг/мл и выше — в 43,75%. В группе больных с низкодифференцированными опухолями не выявлено различий в частоте метастатического поражения ЛУ в группах с низким, средним и высоким уровнем ПСА (60, 50 и 50% соответственно).

Выводы. При высокодифференцированных опухолях метастатического поражения ЛУ не выявлено ни в од-

ном случае. В группах больных с умеренно дифференцированными опухолями и дифференцировкой опухоли 7 баллов по шкале Глисона отмечено повышение вероятности поражения ЛУ при повышении уровня ПСА. Зависимости выявления поражения ЛУ от уровня ПСА не отмечено в группе низкодифференцированных опухолей, частота выявления метастатического поражения ЛУ в этой группе составляет 53,3%.

Определение сторожевого лимфатического узла повышает диагностическую эффективность тазовой лимфаденэктомии у больных раком предстательной железы

Б.Я. Алексеев, К.М. Ньюшко, И.Г. Русаков, Е.А. Белова, Н.В. Воробьев, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, В.А. Поляков
г. Москва

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность тазовой лимфаденэктомии (ТЛАЭ) с определением сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) у больных клинически локализованным (T1b—2c) и местно-распространенным (T3a) раком предстательной железы (РПЖ) при выполнении позадилоной радикальной простатэктомии (РПЭ).

Материалы и методы. В исследование включены 48 больных локализованным и местно-распространенным РПЖ, перенесших позадилоную РПЭ с определением СЛУ. Средний возраст больных составил 61,1±6,4 года (50—74 года), средний уровень ПСА до операции — 18,3±8,5 нг/мл (5,13—36,49 нг/мл). Всем больным за 4—6 ч перед операцией производили инъекцию лимфотропного радиофармпрепарата (РФП), меченного ^{99m}Tc, под капсулу в обе доли предстательной железы под контролем ТРУЗИ. Через 2 ч после введения РФП выполняли непрямую лимфосцинтиграфию (ЛСГ) на гамма-томографе и оценивали распределение РФП в СЛУ. Во время операции выполняли прямую ЛСГ, верифицированные СЛУ маркировали и направляли на плановое морфологическое исследование. После удаления СЛУ с целью наиболее точного определения чувствительности и специфичности метода всем больным

Сумма баллов по шкале Глисона	1—10		Уровень ПСА, нг/мл		10—20		20 и более		Всего больных (%)
	N -	N +	N -	N +	N -	N +	N -	N +	
2—4	22	—	16	—	5	—	43 (15,3)		
5—6	73	3	43	7	32	9	167 (59,4)		
7	14	1	20	5	9	7	56 (19,9)		
8—10	2	3	2	2	3	3	15 (5,3)		
Итого (%)	111 (39,4)	7(2,5)	81(28,8)	14 (5)	49 (17,4)	19 (6,8)			

выполняли расширенную лимфаденэктомию с удалением обтураторных, наружных, внутренних подвздошных и в некоторых случаях пресакральных и общих подвздошных ЛУ.

Результаты. В среднем у больных удалено $17,7 \pm 7,5$ (7—33) ЛУ. СЛУ обнаружены у 46 (95,8%) больных. Среднее количество определяемых у каждого больного СЛУ составило $2,8 \pm 2$ (0—9). СЛУ обнаружены за пределами границ стандартной ТЛАЭ в 56,3% случаев, только за пределами границ стандартной ТЛАЭ — в 14,6% случаев (наиболее часто по ходу внутренней подвздошной артерии). Метастатическое поражение ЛУ верифицировано у 13 (27,1%) больных. Метастазы в СЛУ верифицированы у 12 (25%) больных. Метастатическое поражение СЛУ, расположенных за пределами границ стандартной ТЛАЭ, верифицировано у 4 (33,3%) больных, в 2 (16,7%) случаях метастатические СЛУ локализовались только за пределами границ стандартной ТЛАЭ. Наиболее часто данные СЛУ располагались по ходу внутренней подвздошной артерии. Чувствительность ТЛАЭ с определением СЛУ составила 92,3%, специфичность — 97,1%, диагностическая эффективность — 94,7%.

Выводы. Вероятность выявления метастазов в ЛУ при выполнении ТЛАЭ с определением СЛУ в нашем исследовании составила 27,1%. Метод обладает диагностической эффективностью 94,7%, что позволяет рекомендовать его для применения в клинической практике.

Вопросы стандартизации диагностики рака предстательной железы

С.М. Алферов, Д.С. Смольников, М.В. Кислякова
г. Москва

В отделении урологии с целью раннего выявления рака предстательной железы (РПЖ) у мужчин старше 50 лет нами ежегодно проводятся следующие скрининговые исследования: определение уровня простатического специфического антигена (ПСА), пальцевое ректальное исследование, трансректальное ангиографическое исследование (ТРУЗИ-АГ). Однако морфологическая верификация путем биопсии остается единственным достоверным методом диагностики РПЖ. Несмотря на значительное число работ, посвященных повторной биопсии предстательной железы (ПЖ), практических разработок в этой области пока нет и решения по каждому конкретному больному принимаются субъективно.

Цель исследования. Разработать стандартный диагностический алгоритм, позволяющий достоверно выявлять РПЖ на ранних доклинических стадиях без увеличения числа необоснованных повторных биопсий ПЖ.

Материалы и методы. Показаниями для повторных биопсий ПЖ являлось наличие у больного различных комбинаций следующих признаков: участки неоднородности в ПЖ при ректальном осмотре; эволюция гипоэхогенных и гиперваскулярных участков в ПЖ при ТРУЗИ-АГ; динамика уровня ПСА.

ТРУЗИ выполняли стандартно в режиме серой шкалы и с УЗ-ангиографической (в режиме энергетического картирования, трехмерной реконструкции сосудистого рисунка) на аппаратах HDI 5000 (Philips), EUB-6000 (Hitachi).

В нашей клинике применяется трансперитонеальная пункционная биопсия ПЖ (ТПБПЖ) из 10—12 участков. При наличии показаний выполняются повторные расширенные биопсии ПЖ из 12—14 участков. Для исключения влияния неонкологических процессов повторное обследование проводили после 3-месячного курса стандартизированной терапии: антибиотики, α_{1a} -адреноблокаторы, фитоингибиторы 5- α -редуктазы (фитостеролы) и средства, влияющие на обмен веществ в ПЖ, корректоры уродинамики. Эти препараты не влияют на уровень ПСА, что позволяло контролировать ПСА на фоне комбинированной терапии.

В исследование были включены пациенты ($n=61$) в возрасте от 64 до 79 лет (медиана $71,4 \pm 4,2$ года), которым в течение 2004—2006 гг. были выполнены 122 повторные ТПБПЖ. Средний объем ПЖ составил $42,4 \text{ см}^3$, уровень ПСА — от 4 до 10 нг/мл ($5,6 \pm 0,7$ нг/мл). Данные ТРУЗИ-АГ были разноречивы. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методик курсового лечения перед повторным обследованием.

У всех пациентов первичная диагностическая ТПБПЖ из 12 точек не выявила РПЖ.

После первичной ТПБПЖ пациентам I группы ($n=27$) был проведен курс противовоспалительной терапии (ципринол по 500 мг/сут 5 дней и α_{1a} -адреноблокаторы в течение 1 мес). Через 3 мес проведено контрольное обследование: у 20 (74%) пациентов уровень ПСА остался практически неизменным ($\pm 0,3$ нг/мл), у 4 (14,8%) повысился более чем на 1 нг/мл, у 3 (11,1%) снизился более чем на 1 нг/мл; картина ТРУЗИ-АГ осталась без существенной динамики. При повторной ТПБПЖ у 4 (14,8%) пациентов выявлен РПЖ.

II группе из 34 мужчин проведен трехмесячный курс стандартизированной терапии, включавшей ципринол 1000 мг/сут — 10 дней, витапрост по 1 свече в первые 10 дней каждого месяца — 3 мес, дальфаз 5 мг/сут — 3 мес, простаплант по 320 мг/сут — 3 мес, вобэнзим по 3 таблетки 3 раза в день — 3 мес.

По окончании курса выполнено повторное обследование: у 14 (41,2%) пациентов по данным ТРУЗИ-АГ было зарегистрировано изменение ультразвуковой картины — более четкая визуализация гипоэхогенных и гиперваскулярных участков, у 10 (29,4%) выявлено снижение уровня ПСА (в среднем на $1,04$ нг/мл). 7 (20,5%) пациентам, учитывая нормализацию уровня ПСА и положительную динамику ТРУЗИ-АГ, повторная биопсия не выполнялась. Остальным 27 (79,5%) больным произведена повторная ТПБПЖ. Рак ПЖ выявлен у 9 (30%) больных.

Нами проведен ретроспективный анализ результатов качественно примерно однородных групп пациентов, подвергшихся повторной ТПБПЖ за 2004—2005 гг. Различия показателей между группами соответствовали статистической достоверности, принятой для клинических исследований ($p > 0,05$). Мы разделили пациентов на три группы в зависимости от получаемой терапии между первой и повторной ТПБПЖ.

1-я группа ($n=34$): ципринол (500 мг/сут 5 дней) + омник (4 мг/сут 30 дней); 2-я ($n=37$): ципринол (500 мг/сут 5 дней) + простаплант (320 мг/сут 30 дней); 3-я

($n=41$): простаплант (320 мг/сут 30 дней) + омник (4 мг/сут 30 дней).

Через 3 мес проведено контрольное обследование. Динамика уровня ПСА и картины ТРУЗИ-АГ оказалась статистически неразличима с таковой в ранее представленной I группе, выявляемость РПЖ составила в среднем 15,2%.

Выводы. Проведение 3-месячного курса стандартизированной терапии до выполнения повторной ТПБПЖ позволило снизить роль субъективного фактора в определении показаний к ее проведению, а также избежать необоснованного проведения биопсии ПЖ. Четкая визуализация гипоехогенных и гиперваскулярных участков ПЖ по данным ТРУЗИ-АГ позволила оператору более прицельно проводить биопсию ПЖ, что способствовало объективности получаемых результатов. Полученные в ходе исследования данные позволяют нам рекомендовать курс стандартизированной терапии и перед проведением первичной биопсии ПЖ в тех случаях, когда у пациента нет четкой клинической картины РПЖ и уровень ПСА не превышает 10 нг/мл.

Следует отметить особую важность динамического наблюдения, которое включает определение уровня ПСА, проведение ТРУЗИ-АГ и ТРУЗИ с трехмерной реконструкцией. В настоящее время в клинике продолжается изучение эффективности повторных мультифокальных биопсий ПЖ для разработки алгоритма мониторинга за пациентами, перенесшими ранее одну или несколько биопсий ПЖ, не выявивших злокачественной опухоли.

Опухоль неспустившегося яичка

И.М. Антонян, В.В. Мегера, А.В. Шусь
г. Харьков

Опухоли яичка составляют около 3% всех новообразований у мужчин, опухоли неспустившегося яичка — 0,57% от всех новообразований. Доказано, что неспустившееся яичко предрасположено к развитию злокачественных опухолей больше, чем нормальное. Более частому возникновению злокачественных опухолей при крипторхизме способствуют, в частности, травматизация яичка со стороны стенок пахового канала и повышенная температура.

Среди герминогенных опухолей различают семиному, тератобластому, эмбриональный рак, хорионэпителиому. Наиболее часто встречаются семинома и смешанная форма опухоли.

Опухоль яичка, задержавшегося в брюшной полости, нередко достигает очень больших размеров. В настоящее время диагностика опухолей данной патологии не представляет особых трудностей. Данные об отсутствии одного или обоих яичек должны вызывать у хирурга онкологическую настороженность. Низведение неспустившегося в мошонку яичка не исключает возможности возникновения злокачественного новообразования.

Больным, которым поставлен диагноз опухоли яичка, задержавшегося в брюшной полости, необходимо дальнейшее обследование, направленное на установление степени распространения опухолевого процесса.

В Клинике урологии ХМАПО в 2007 г. мы наблюдали случай опухоли неспустившегося яичка.

Больной С., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза известно, что у больного крипторхизм слева. Не лечился. 2 мес назад появились боли ноющего характера внизу живота.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, нормального телосложения, кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. Пальпаторно: живот мягкий, болезненный в гипогастриальной области, где пальпируется опухолевидное образование, незначительно болезненное, подвижное, бугристое, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

При осмотре наружных половых органов: асимметрия мошонки, отсутствие левого яичка. Левый паховый канал без особенностей. В клинических анализах без патологических изменений.

При УЗИ: в брюшной полости выявлено эконегативное образование с неоднородной эхоструктурой, окруженное однородной капсулой размерами 10 × 8 см. КТ: выше мочевого пузыря визуализируется объемное образование размерами 11 × 7 × 9 см с бугристыми контурами. Увеличенных лимфоузлов и метастазов не выявлено. Рентгенография органов грудной клетки: без патологических изменений.

С диагнозом «левосторонний крипторхизм, опухоль левого яичка, задержавшегося в брюшной полости» больной взят в операционную. Произведена срединная лапаротомия, удалена опухоль левого неопустившегося яичка. При ревизии брюшной полости обнаружены измененные парааортальные лимфоузлы, произведена лимфаденэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое заключение: семинома с метастазами в лимфоузлы.

Опыт лечения двусторонних опухолей яичка

И.М. Антонян, В.В. Мегера, Д.В. Шукин, А.В. Шусь
г. Харьков

Двусторонние злокачественные новообразования яичек составляют 1,3—3,8% случаев от всех опухолей яичек. Чаше гистологическое строение опухолей обоих яичек идентично, что может служить доказательством метастатического поражения одного из них. Но многие специалисты считают, что при двустороннем поражении яичек в каждом из них может развиваться самостоятельная опухоль. В пользу этой точки зрения свидетельствуют отсутствие прямой связи между лимфатическими сосудами обоих яичек, а также длительный интервал до возникновения опухоли во втором яичке.

В Клинике урологии ХМАПО с 1992 по 2006 г. были оперированы 273 пациента с опухолями яичек, из них 8 (2,9%) с двусторонним поражением.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной К., 39 лет, поступил в клинику в декабре 2006 г. с жалобами на увеличение правого единственного яичка. Из анамнеза известно, что пациент в 1995 г. был прооперирован по поводу сеиномы левого яичка. В послеоперационном периоде получал химиотерапию. В сентябре 2006 г. появились тянущие боли в правой половине мошонки, после чего пациент обратил внимание на увеличение

правого яичка. Объективно: живот мягкий, безболезненный, почки не пальпируются, при осмотре мошонки отмечаются асимметрия, увеличение правой половины, пальпаторно — яичко безболезненное, увеличено в размерах до 6×7 см, плотной консистенции с бугристой поверхностью. В клиническом анализе крови и мочи без патологических изменений. При УЗИ в правой половине мошонки определяется гиперэхогенное образование $6 \times 7,5$ см, неоднородной эхоструктуры, данных за наличие увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Больному поставлен диагноз «опухоль правого единственного яичка». Произведено оперативное лечение — орхифуникулектomia. Гистологическое заключение — семинома.

Следует отметить, что опухоль контралатерально-го яичка развилась через 11 лет после удаления первичной опухоли. Этот факт свидетельствует о настоятельной необходимости длительного динамического наблюдения пациентов в послеоперационном периоде с целью выявления асинхронных опухолей контралатерального яичка и своевременной диагностики метастатического процесса.

Микроэлементный состав предстательной железы при доброкачественной и злокачественной гистологической структуре

О.Г. Базаринский, В.В. Россихин, Т.В. Базаринская
г. Харьков

Цинк играет защитную роль для ткани предстательной железы (ПЖ) у мужчин, так как он блокирует цис-аконитазу в цикле Кребса эпителиальных клеток ПЖ и тормозит размножение опухолевых клеток. Так, цинк защищает дисульфидные связи и ядерную деконденсацию спермальных клеток, влияет на концентрацию гормонов: добавление его к рациону здоровых людей повышает уровень тестостерона в крови, а также содержание гормонов гипоталамо-гипофизарной системы у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Цинк стабилизирует мембраны и ДНК в спермальных, но блокирует дыхание в соматических клетках. Кадмий можно рассматривать как специфический антиметаболит цинка относительно накопления в почках и ПЖ.

Цель исследования. Изучить особенности содержания микроэлементов в ткани ПЖ с доброкачественной и злокачественной гистологической структурой у мужчин, проживающих в Слобожанском районе и подвергающихся воздействию радиационных факторов (радон и продукты его распада, природный уран и его изотопы) и тяжелых металлов (высокая экологическая загрязненность воздуха и воды).

Материалы и методы. Изучено содержание Fe, Mn, Cu, Zn, Ni, Pb, Cd в ткани ПЖ у 29 мужчин в возрасте от 54 до 83 лет (средний возраст $69,56 \pm 7,11$ года) с доброкачественной гистологической структурой ПЖ. Исследование проводилось атомно-абсорбционным способом по стандартной методике. В четырех случаях наблюдалась малигнизация (начальные проявления злокачественного роста — $C_{\min}$, в двух случаях — значительное распространение злокачественной ткани в ПЖ — $C_{\max}$). Забор материала осуществляли во время аденомпростатэктомии.

Выводы:

1. В ПЖ мужчин, проживающих в Слобожанском регионе, в максимальном количестве содержится Zn, что обусловлено особенностями метаболизма данного микроэлемента и его тропностью к ткани ПЖ.

2. В условиях Слобожанского региона в ПЖ мужчин обнаружено значительное содержание микроэлемента Fe, что может быть связано с его накоплением под влиянием окружающей среды и производства.

3. При малигнизации ткани ПЖ на ранних стадиях, при начальном развитии опухолевого процесса, в ней отмечается повышение уровня Fe, Zn и Cu, а в дальнейшем, при прогрессировании опухолевого процесса, в злокачественной ткани наблюдается значительное снижение уровня Fe, Cu, особенно Zn.

4. Не наблюдалось статистически значимых изменений содержания токсических микроэлементов (Ni, Pb и Cd) как при доброкачественной, так и при злокачественной гистологической структуре в ПЖ у мужчин, проживающих в Слобожанском регионе.

Рак предстательной железы: актуальность проблемы

Г.Г. Бояджан, С.А. Худяшов,
М.В. Кондратьев, О.А. Устинова
г. Москва, г. Кемерово

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований, занимая в структуре мужской онкологической заболеваемости 3-е место, уступая лишь раку легкого и желудка; при этом сохраняется быстрый прирост заболеваемости, достигающий в среднем 3% в год.

Диагностика РПЖ на ранних стадиях процесса имеет определенные трудности, так как при небольших поражениях (при объеме опухоли меньше 1 см^3), не имеющих инфильтрирующего компонента, редко наблюдаются выраженные клинические проявления заболевания и отсутствуют симптомы интоксикации. По данным литературы, у 30% 50-летних и 50% 70-летних мужчин обнаруживается латентный РПЖ, однако при наблюдении за такими пациентами в течение 8—10 лет лишь у каждого пятого развивается инвазивный рак. Это объяснимо с учетом того, что РПЖ относится к медленно прогрессирующим заболеваниям: ежедневно пролиферируют 3% опухолевых клеток и 2% погибают через механизм апоптоза.

Из-за отсутствия специфичных симптомов злокачественные опухоли предстательной железы часто распознаются на стадии генерализации процесса, пациенты при поступлении в специализированные учреждения имеют запущенные стадии РПЖ, что не позволяет полностью избавиться их от этого заболевания. Самое коварное в этом заболевании — отсутствие ранних симптомов болезни и непредсказуемость клинического течения.

В настоящее время пациент и его врач могут выбирать между хирургическим лечением — радикальной простатэктомией (РПЭ), наружной лучевой терапией, брахитерапией, криоаблацией, андрогенной блокадой и комбинацией этих методов. РПЭ выполняется в тех случаях, когда ожидаемая продолжительность жизни пациента составляет не менее 10 лет. Это обусловлено тем, что радикальная простатэктомия связана с возможностью доста-

точно серьезных интра- (массивная кровопотеря) и послеоперационных осложнений (стриктуры везикулоуретрального анастомоза, нарушение мочеиспускания). К тому же от 29 до 59% клинически локализованных опухолей, удаляемых посредством РПЭ, имеют экстрапростатическое распространение при послеоперационном изучении и не могут быть излечены полностью одной лишь РПЭ. Необнаруженная экстракапсулярная опухолевая экстензия может привести к неполному иссечению опухоли и повышает риск рецидивирования. В связи с этим РПЭ используется только при РПЖ в стадиях T1N0M0, T2N0M0, реже T3N0M0, в возрасте до 70 лет и при уровне простатического специфического антигена (ПСА) меньше 20 нг/мл.

С точки зрения практической онкоурологии важной остается проблема диагностики признаков рецидива РПЖ после РПЭ, так как результаты дальнейшего лечения и продолжительность жизни во всех случаях зависят от своевременной диагностики возможного местного рецидива опухоли.

Авторы рекомендуют контрольные исследования уровня простатического специфического антигена (ПСА) проводить 1 раз в 3 мес в течение первого года после РПЭ и далее не реже 1 раза в 6 мес и предлагают сочетать определение уровня ПСА с трансректальным ультразвуковым исследованием (ТРУЗИ) ложа предстательной железы.

При подозрении на наличие рецидива выполняется пункционная биопсия из подозрительного участка, и после подтверждения рецидива заболевания пациенту, как правило, проводят комплексное лучевое и химиотерапевтическое лечение или гормонотерапию.

Применение энергетического доплеровского сканирования в клиническом стадировании рака предстательной железы

Е.И. Велиев, А.Б. Богданов

г. Москва

Введение. Несмотря на все успехи диагностики остается проблема занижения реальной степени распространения опухолевого процесса во время клинического обследования пациентов с локализованными формами рака предстательной железы (РПЖ), в связи с чем оперативное лечение РПЖ сопровождается значительным числом местных рецидивов заболевания.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 47 пациентов в возрасте от 45 до 73 лет (средний возраст 59 лет), перенесших радикальную простатэктомию по поводу РПЖ в стадии T1c—3aN0M0. Данные, полученные при трансректальном энергетическом доплеровском сканировании предстательной железы биплановым датчиком 7,5 МГц на дооперационном этапе, сравнивали с результатами патологоанатомического исследования предстательной железы. В частности, оценивали все очаги гиперваскуляризации более 5 мм в максимальном измерении, их протяженность, расположение согласно зональной анатомии предстательной железы, отношение к капсуле.

Результаты. У пациентов с подтвержденным по данным биопсии РПЖ с суммой Глисона 6 и уровнем общего простатического специфического антигена (ПСА) от 10

до 20 нг/мл при выявлении очага гиперваскуляризации 9 мм и более в максимальном измерении в случае его локализации в периферической зоне с нарушением визуализации капсулы предстательной железы на данном участке можно прогнозировать экстракапсулярную экстензию. При таком сочетании дооперационных параметров чувствительность метода составила 72,4%, специфичность — 94,6%.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения энергетического доплеровского сканирования в сочетании с оценкой степени дифференцировки новообразования и определением уровня общего ПСА с целью прогнозирования местно-распространенной стадии РПЖ. Вероятно, что обнаружение очага гиперваскуляризации более 9 мм в максимальном измерении, располагающегося в периферической зоне предстательной железы, при наличии верифицированной умеренно дифференцированной аденокарциномы предстательной железы, сопровождающейся повышением уровня общего ПСА с 10 до 20 нг/мл, с высокой степенью вероятности указывает на наличие местно-распространенной формы заболевания.

Тактика лечения рака полового члена в зависимости от клинико-морфологических факторов прогноза

М.И. Волкова

г. Москва

Рак полового члена (РПЧ) — редкое онкологическое заболевание, встречающееся с частотой 0,1—7,9 на 100 000 мужского населения. В Европе его частота составляет 0,1—0,9 на 100 000, в США — 0,7—0,9 на 100 000; однако в некоторых регионах Азии, Африки и Южной Америки данный показатель достигает 19 на 100 000. В этих странах РПЧ составляет 10—20% всех злокачественных опухолей у мужчин.

Развитию РПЧ способствуют фимоз, расстройства мочеиспускания и, как следствие, плохое соблюдение правил личной гигиены. Доказана корреляция риска заболевания с инфицированием вирусом папилломы человека 16-го и 18-го типов, который выявляется у 50% больных; при базалиоидном и веррукозном вариантах РПЧ этот показатель достигает 90%.

В 95% случаев опухоли данной локализации представлены плоскоклеточным раком. Первичная опухоль чаще всего локализуется на головке полового члена (48%) и крайней плоти (21%), реже поражается тело полового члена. РПЧ метастазирует в основном лимфогенно. Отдаленные метастазы появляются казуистически редко, в 3% случаев, и являются результатом гематогенного распространения опухоли. Диссеминация опухолевого процесса развивается постепенно. При этом в первую очередь поражаются паховые, затем тазовые лимфоузлы, и лишь после этого появляются отдаленные метастазы. Развитие тазовых и отдаленных метастазов при отсутствии поражения паховых лимфоузлов практически не встречается.

Пальпируемые паховые лимфоузлы имеются у 58% (20—96%) пациентов, при этом только у 17—45% из них имеются регионарные метастазы. У остальных больных увеличение лимфоузлов обусловлено лимфаденитом, вы-

званным персистенцией инфекционных агентов в первичной опухоли. В 20% случаев в непальпируемых паховых лимфоузлах обнаруживаются микрометастазы. Для РПЧ характерно двустороннее поражение лимфоузлов, что объясняется наличием многочисленных лимфатических коллатералей, перекрещивающихся у корня пениса. Метастазы в тазовые лимфоузлы выявляются у 22—56% пациентов, имеющих поражение двух и более паховых лимфоузлов.

В связи с низкой частотой РПЧ и отсутствием рандомизированных исследований в данной области существует масса противоречий относительно оптимальной тактики у этой категории больных. Выбор метода лечения РПЧ определяется прежде всего локализацией, размерами и типом роста первичной опухоли, категориями T, N, M и степенью анаплазии G. Кроме того, необходимо принимать во внимание наличие ангиолимфатической инвазии и прорастание капсулы лимфатических узлов.

Лечение первичной опухоли

Интраэпителиальная неоплазия

В случаях интраэпителиальной неоплазии рекомендуется органосохраняющее лечение. При этом могут применяться лазерная абляция (CO₂-, Nd-YAG-лазер), криотерапия, фотодинамическая терапия, аппликации 5-фторурацила — 5-ФУ (крем), хирургическое удаление опухоли, микрохирургическое удаление опухоли по Moh.

РПЧ Ta-1G1-2

Больным РПЧ Ta—1G1—2, имеющим возможность находиться под тщательным наблюдением, может быть рекомендовано органосохраняющее лечение, т.е. лазеротерапия, удаление опухоли с последующей реконструкцией, дистанционная лучевая терапия или брахитерапия. Полный эффект с сохранением полового члена при использовании консервативных методов (лазер, лучевая терапия) достигается в 55—84% случаев.

Частота местных рецидивов после лазеротерапии, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии, микрохирургического удаления опухоли по Moh составляет 15—25%. Риск локального рецидивирования после традиционных органосохраняющих операций колеблется в более широких пределах — от 11 до 50%. Срочное гистологическое исследование хирургического края снижает эти показатели до 9—24%. Местный рецидив является показанием к немедленному лечению. Пациентам, которые не могут находиться под наблюдением, рекомендуется частичная пенэктомия.

РПЧ T1G3, T>1Gx

Больным РПЧ T1G3, T>1 показаны частичная пенэктомия, ампутация полового члена или эмаскуляция в зависимости от степени распространенности первичной опухоли. Обычно рекомендуется выполнять хирургический разрез, отступив на 2 см от края опухоли. Однако недавние исследования показали, что при новообразованиях G1—2 достаточным является отступ 1 см, G3 — 1,5 см.

Органосохраняющее лечение может выполняться тщательно отобранным пациентам с поражением крайней плоти или менее половины головки пениса, имеющим возможность находиться под строгим наблюдением.

В рамках исследований возможно применение индукционной химиотерапии с последующим органосохра-

няющим вмешательством в случаях полного или частичного ответа на системное лечение. Наибольшую эффективность продемонстрировал режим, основанный на цисплатине и 5-ФУ (3—4 курса).

В ряде случаев при инфильтративных опухолях прекрасные результаты дают дистанционная лучевая терапия и брахитерапия. Применение каждого метода в монорежиме более эффективно, чем их сочетание.

В случаях местных рецидивов повторное органосохраняющее вмешательство может быть выполнено при отсутствии инфильтрации кавернозных тел. Инфильтративный локальный рецидив и рецидивная опухоль больших размеров служат показаниями к частичной или полной пенэктомии.

Следует отметить, что РПЧ является, пожалуй, единственной опухолью, для которой категория T не является фактором прогноза выживаемости при условии радикального лечения первичного очага. Появление локального рецидива также не влияет на выживаемость. Данные факты подчеркивают значимость рационального выбора лечебной тактики в отношении первичной опухоли.

Лечение больных с регионарными метастазами РПЧ

Наиболее значимым фактором прогноза выживаемости при РПЧ является категория N. Паховая лимфаденэктомия — эффективный метод лечения регионарных метастазов. Стандартными границами паховой лимфодиссекции являются паховая связка, мышца, отводящая бедро, и портняжная мышца, глубина лимфаденэктомии ограничена бедренными артерией и веной. Данное вмешательство ассоциировано с высокой частотой осложнений. С целью уменьшения травматичности вмешательства предложена модифицированная методика, предполагающая сохранение подкожной вены бедра и уменьшение зоны лимфодиссекции на 1—2 см со стороны латеральной и нижней границ. Однако даже при выполнении модифицированной паховой лимфаденэктомии послеоперационные осложнения регистрируются у 30—50% больных. Это ограничивает широкое использование паховой лимфодиссекции при клинически отрицательных лимфоузлах с профилактической целью. Рациональная формулировка показаний к лимфаденэктомии требует тщательного исследования зон регионарного метастазирования и учета факторов прогноза лимфогенной диссеминации опухоли.

К факторам, позволяющим предсказать метастатическое поражение непальпируемых паховых лимфоузлов, относятся такие признаки первичной опухоли, как локализация, размеры, инвазия кавернозных тел, степень анаплазии G. Помимо этого, важными прогностическими факторами, особенно в группе умеренного риска, являются сосудистая и лимфатическая инвазия, глубина инвазии и тип роста первичной опухоли, что должно приниматься во внимание при формулировке показаний к лимфодиссекции. В настоящее время многие исследователи изучают прогностическую значимость молекулярных маркеров при РПЧ. Наиболее перспективной представляется оценка экспрессии мутантного p53, гиперэкспрессия которого ассоциирована с повышенным риском поражения регионарных лимфоузлов.

На основании данных многофакторного анализа значимости перечисленных признаков выделены группы хорошего, умеренного и плохого прогноза. В группе низкого риска (pTis, pTaG1-2 или pT1G1) вероятность наличия микрометастазов в неизмененных регионарных лимфоузлах составляет менее 10%, поэтому данной категории больных рекомендуется динамическое наблюдение. При отсутствии возможности наблюдения показана модифицированная лимфаденэктомия.

В группе умеренного риска (T1G2) решение о показаниях к регионарной лимфаденэктомии должно приниматься в зависимости от наличия ангиолимфатической инвазии. Наличие опухолевых клеток в кровеносных и/или лимфатических сосудах требует выполнения модифицированной лимфодиссекции. При отсутствии этого неблагоприятного прогностического признака возможно динамическое наблюдение. Возрастающее количество публикаций, посвященных динамической биопсии сторожевого лимфоузла, заставляет думать о том, что данная методика со временем может заменить в клинической практике используемые прогностические факторы.

В группе высокого риска (T>1 или G3) обязательно выполнение модифицированной лимфаденэктомии, так как риск наличия метастазов в регионарных лимфоузлах достигает 68—73%.

При обнаружении положительных узлов во время модифицированной лимфодиссекции объем операции должен быть расширен до стандартного.

Пациентам с положительными пальпируемыми лимфоузлами показана двусторонняя радикальная паховая лимфаденэктомия. С контралатеральной стороны при отсутствии увеличенных лимфоузлов возможно использование модифицированной методики с последующим расширением объема лимфодиссекции до стандартного при наличии положительных лимфоузлов.

При рентгенологически не определяемых внутритазовых лимфоузлах единой точки зрения на показания к тазовой лимфаденэктомии и сроки ее выполнения нет. Как правило, немедленная или отсроченная тазовая лимфодиссекция рекомендуется всем пациентам с поражением двух и более паховых лимфоузлов, а также при капсулярной инвазии метастатической опухоли. В подобных случаях риск поражения тазовых лимфоузлов достигает 30%. Наличие метастазов в двух—трех паховых лимфоузлах ассоциировано с риском вовлечения внутритазовых лимфоузлов в 23% случаев, более трех — в 56%. Тазовые метастазы часто имеют небольшие размеры и могут быть удалены радикально в 14—54% случаев.

Стандартными границами тазовой лимфодиссекции при РПЧ являются бифуркация общей подвздошной артерии, подвздошно-паховый нерв, obturatorный нерв.

Больным с фиксированными паховыми лимфоузлами и/или определяемыми при КТ и МРТ тазовыми лимфоузлами может быть проведено индукционное лечение с последующей пахово-подвздошной лимфодиссекцией. В качестве индукционной химиотерапии может использоваться режим, основанный на цисплатине и 5-ФУ (3—4 курса), позволяющий добиться объективного ответа в 56—66% случаев и радикально удалить регионарные метастазы у 31—38% больных. Отдаленная выживаемость данной ка-

тегории больных составляет около 23%. Эффективность предоперационной лучевой терапии сомнительна.

При появлении пальпируемых паховых лимфоузлов в процессе наблюдения возможно два тактических подхода. Первый — выполнение двусторонней радикальной паховой лимфаденэктомии. При длительном безрецидивном периоде возможна односторонняя паховая лимфодиссекция. Риск последующего появления поражения с контралатеральной стороны составляет около 10%. При наличии более одного пораженного лимфоузла в удаленном во время односторонней лимфодиссекции материале вероятность развития метастазов с контралатеральной стороны достигает 30%, что требует выполнения двусторонней лимфодиссекции.

Адьювантное лечение следует назначать при вовлечении в опухолевый процесс более одного лимфоузла и при капсулярной инвазии. В исследованиях II фазы продемонстрировано улучшение результатов лечения при использовании адьювантной химиотерапии (цисплатин, 5-ФУ — 2 курса или винкристин, метотрексат, блеомицин 1 раз в неделю в течение 12 нед). Радикальная лимфаденэктомия с адьювантной химиотерапией обеспечивает преимущество 5-летней выживаемости по сравнению с только хирургическим вмешательством (82 и 37% соответственно). У пациентов с поражением только одного лимфоузла адьювантная химиотерапия не приводит к снижению частоты рецидивов.

Имеются работы, свидетельствующие об эффективности адьювантной лучевой терапии, увеличивающей отдаленную выживаемость до 69%.

В группе пациентов, имеющих регионарные метастазы при первичном обращении, удаление первичного опухолевого очага и лимфодиссекция выполняются симультанно. При наличии тазовых лимфоузлов на первом этапе лечения проводится индукционная химиотерапия. Радикальное хирургическое вмешательство или лучевая терапия назначаются в зависимости от эффекта индукции.

При появлении отдаленных метастазов можно попытаться провести химиотерапию или паллиативное лечение в зависимости от соматического статуса пациента. Наиболее распространенными режимами являются цисплатин, 5-ФУ и метотрексат, блеомицин, винкристин. Частота полных регрессий составляет 32% при летальности, ассоциированной с лечением, достигающей 12%.

Общая 5-летняя выживаемость больных РПЧ составляет 52%. В ранних сериях наблюдений 3- и 5-летняя летальность пациентов, не получавших лечения, составляла 93,7 и 97,4% соответственно. Размеры первичной опухоли и категория T не влияют на продолжительность жизни. Наиболее значимыми факторами прогноза выживаемости при РПЧ являются категория N, количество и локализация пораженных лимфоузлов, а также опухолевая пенетрация капсулы лимфоузлов. Среди пациентов с категорией N0 5 лет переживают 53—100%, N1—2 — 27%, N3 — 0—38,4%. 5-летняя выживаемость больных с поражением одного лимфоузла составляет 50%, 2 и более — 7%. В большинстве наблюдений опухоль прогрессирует медленно. Основными причинами смерти являются местные осложнения опухолевого процесса (инфекция, кровотечение).

Ультразвуковая диагностика опухолей яичка*В.А. Волчек, Н.Ю. Кучумова,**М.И. Давидов, А.П. Шилов**г. Пермь*

В двух урологических клиниках с общим фондом 160 коек в течение пяти лет изучали эхографическую семиотику злокачественных опухолей яичка. Обследование проводили на аппарате ACUSON-ASPEN линейным мультчастотным датчиком с частотой 5–10 МГц с применением цветового доплеровского картирования и импульсного доплера, а также на аппарате SSD-5000 ALOKA. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполняли в положении больного на спине, мошонку пациент фиксировал рукой в приподнятом положении.

За 5 лет УЗИ мошонки проведено у 478 пациентов, при этом злокачественные опухоли яичка выявлены у 19 больных, что составило 4% от всех УЗИ мошонки. У одного пациента при проведении УЗИ семиному яичка не больших размеров выявить не удалось, диагноз установлен другими методами. Таким образом, диагностическая точность УЗИ при злокачественной опухоли яичка составила 95%. У всех больных диагноз затем был подтвержден гистологически после орхифуникулэктомии. Семинома обнаружена у 13 пациентов, другие герминогенные опухоли — у 6.

При небольших опухолях яичка (у 3 больных) его размеры не были увеличены, но в толще определялся неомогенный узел пониженной эхогенности с изо- и гиперэхогенными включениями.

У 16 больных яичко было увеличено (от 5,5 до 9 см по наибольшему размеру), паренхима была неоднородной. Визуализировался узел (реже — узлы) неоднородной эхоструктуры с преобладанием гипоехогенных участков и потерей характерной для яичка нежно-зернистой структуры. При несеминомных опухолях в узле обнаруживали анэхогенные (жидкостные) образования неправильной формы.

Большие опухоли выходили за пределы белочной оболочки, яичко приобретало неправильную форму, контуры его были неровные. Цветовое доплеровское картирование сосудов у большинства больных со злокачественной опухолью яичка выявляло наличие участков гиперваскуляризации в яичке. Реактивный выпот в оболочках яичка визуализировался редко и был небольшим.

У 5 (26,3%) из 19 больных обнаружены метастазы в регионарных (парааортальных и паракавадных) лимфоузлах, в том числе у двух в виде больших конгломератов; у одного пациента выявлены метастазы в печени.

Таким образом, УЗИ является ценным методом диагностики опухолей яичка.

Анализ запущенности рака полового члена*М.М. Газымов, Ю.Д. Ильянов,**М.В. Ермолаев, Д.В. Иванов, Д.С. Филиппов**г. Чебоксары*

В практике районных хирургов и урологов рак полового члена встречается нечасто, поэтому врачами первичного звена здравоохранения заболевание нередко диагностируется со значительным опозданием.

В 2004–2006 гг. в Республиканском клиническом онкологическом диспансере г. Чебоксары проведено лечение 19 пациентов, из них с I стадией заболевания — 6, II — 5, III — 4 и IV — 4.

Морфологически у всех больных был верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак: в 14 случаях — умеренно дифференцированный, в 4 — низкодифференцированный, в 1 — высокодифференцированный.

Всем пациентам проведено комбинированное лечение, включающее оперативное (ампутация полового члена) с пред- и послеоперационной лучевой терапией. У 13 больных операция дополнена двусторонней паховой лимфодиссекцией.

Запущенный рак полового члена (III и IV стадии) был у 8 (42%) больных. Анамнестически и при осмотре больных установлено, что у всех головка полового члена была закрытого типа, неоднократно отмечался воспалительный процесс в области крайней плоти, по поводу которого больные к врачам не обращались, занимаясь самолечением.

Причиной запущенности заболевания, кроме поздней обращаемости больных за медицинской помощью из-за психологического барьера и отсутствия информированности о заболевании (5 пациентов), была неправильная диагностика (3 больных): врачи первичного звена здравоохранения длительное время продолжали лечение этих больных с диагнозами рецидивирующего баланита, уретрита, болезни Пейрони.

Из вышеизложенного видно, что для своевременной диагностики рака полового члена необходимо повышение квалификации врачей общей практики и поликлиник по вопросам онкологии, в частности уроонкологии.

Рекомендуется повысить информированность мужского населения о заболеваниях органов мошонки и полового члена, что будет способствовать уменьшению частоты запущенных случаев.

Трансректальное ультразвуковое исследование при раке предстательной железы на аппаратах различного класса*П.В. Глыбочко, М.Л. Чехонацкая, В.Н. Приезжева,**Л.Н. Седова, А.Н. Понукалин, Т.Г. Хмара**г. Саратов*

В настоящее время рак предстательной железы (РПЖ) является самой распространенной опухолью у мужчин, однолетняя летальность от которого составляет 23,9% (Б.П. Матвеев, 2003). Поэтому вопросы ранней диагностики РПЖ остаются актуальными в онкоурологии.

Целью настоящей работы явилось изучение роли современных методов ультразвукового исследования в диагностике РПЖ.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе был проведен ретроспективный (за период с 1998 по 2001 г.) анализ результатов обследования 373 пациентов в возрасте от 44 до 83 лет, которым проводили пальцевое ректальное исследование (ПРИ), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) на аппарате Logic 500 MD с датчиком частотой 7,5 МГц с использованием серой

шкалы. Из 373 больных у 65 (17,4%) был морфологически верифицирован РПЖ, а у 308 (82,6%) — доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Информативность ТРУЗИ при этом составила 63%.

На втором этапе (с 2005 по 2007 г.) были обследованы 214 пациентов в возрасте 44—85 лет с применением следующего алгоритма: ПРИ, определение уровня простатического специфического антигена в сыворотке крови, ТРУЗИ с использованием режимов цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования, трансабдоминальное ультразвуковое исследование печени, лимфатических узлов. Исследование проводилось на аппарате SA 9900 Medison с использованием датчиков 3,5 и 12 МГц. Полученные результаты сопоставляли с данными морфологических методов исследования.

При ТРУЗИ оценивали размер железы, состояние ее контуров, наличие узловых элементов, их структуру, пространство в соседние органы, состояние лимфатических узлов. При ТРУЗИ в режиме ЦДК изучали симметричность кровотока, степень васкуляризации как самой железы, так и выявленных узловых элементов. Из 214 пациентов диагноз РПЖ морфологически верифицирован у 154 (71%), а у 60 (31%) — доброкачественная гиперплазия простаты. Ультразвуковые признаки РПЖ были обнаружены у 125 (81%) больных из 154. У 8 (6,4%) пациентов диагностирована стадия Т1, у 10 (8%) — Т2, у 107 (85,6%) — Т3—4. У 29 пациентов при ТРУЗИ был получен ложноотрицательный результат, из них у 22 больных после трансректальной биопсии простаты установлен РПЖ в стадии Т2—3. У остальных 7 больных при аденомэктомии был обнаружен микроскопический рак, который нельзя считать ошибкой ТРУЗИ. У этих больных до операции отсутствовали лабораторные и ультразвуковые признаки РПЖ, а преобладали симптомы инфравезикальной обструкции.

Основными симптомами, свидетельствующими об опухолевом поражении предстательной железы, явились зоны изо- и гипоехогенной структуры с неоваскуляризацией, дезинтеграцией рисунка, протоков, сосудов. При диффузной форме преобладало нарушение архитектоники протоков, сочетающееся с участками неоваскуляризации, располагающимися по ходу пораженных протоковых структур.

Анализ клинических данных показал, что ультразвуковое исследование в 2 раза информативнее, чем ПРИ, а использование ЦДК и энергетического картирования при ТРУЗИ повышает информативность метода диагностики РПЖ с 63 до 81%, что, несомненно, улучшает раннюю диагностику РПЖ.

Трансуретральная резекция и годовичная выживаемость больных раком предстательной железы

П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин, Л.А. Михайлова, А.Ю. Королев, Т.Д. Ким
г. Саратов

Рак предстательной железы (РПЖ) является самым частым онкологическим заболеванием у мужчин в возрасте старше 50 лет. По темпам роста РПЖ занимает 1-е место, годовой прирост в 2004 г. в России составил 63,9%. Более половины больных РПЖ госпитализируются с ме-

стно-распространенным процессом в стадии Т3—4, поэтому годовичная летальность при РПЖ составляет 23,9% (Б.П. Матвеев, 2003).

В настоящее время у больных РПЖ с лечебной и диагностической целью широко применяется трансуретральная резекция (ТУР). В то же время в литературе дискутируется вопрос о роли ТУР в диссеминации РПЖ. Это связано с иссечением опухоли на фоне зияющих венозных сосудов, что в сочетании с резорбцией промывной жидкости из мочевого пузыря может привести к попаданию раковых клеток в кровяное русло (А.С. Портной, А.В. Бегунов, 1997).

Цель исследования. Изучить влияние ТУР на годовичную выживаемость больных РПЖ.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 88 больных РПЖ, находившихся на лечении в НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии ГОУ ВПО Саратовского ГМУ Росздрава с 2004 г. Возраст больных — от 48 до 84 лет (в среднем 69 лет). Все больные разделены на две группы. В 1-ю вошли 34 больных РПЖ, которым в связи с инфравезикальной обструкцией опухолью выполнялась ТУР предстательной железы. 2-я группа ($n=54$) была контрольной, в ней больные получали лечение без применения ТУР. Группы были сопоставимы по возрасту, сопутствующим заболеваниям, стадии поражения и виду гормонального лечения. Для сравнения была взята годовичная выживаемость, так как именно в эти сроки наиболее вероятно прогрессирование РПЖ, причиной которого может являться ТУР. Больным обеих групп проводилось лечение в объеме максимальной андрогенной блокады (хирургическая кастрация и антиандрогены).

Результаты. Из 34 больных 1-й группы в течение года умерли четверо больных. Причиной смерти была раковая интоксикация. Другие 30 (88%) пациентов 1-й группы живы, лечение и наблюдение за ними продолжаются. Прогрессирования ракового процесса у них нет. Следует отметить, что уровень простатического специфического антигена в послеоперационном периоде во всех случаях снижались и коррелировал с объемом удаленной при ТУР ткани.

Во 2-й группе из 54 больных живы 45 (88%). В течение года в этой группе умерли 9 пациентов. В 7 случаях причиной смерти была раковая интоксикация, а в двух — интеркуррентные заболевания. Годовичная выживаемость в данной группе составила 83%. Сравнительный анализ показывает, что статистически достоверных различий между сравниваемыми группами нет ($t<2$).

Заключение. Наши наблюдения свидетельствуют, что ТУР предстательной железы не способствует снижению годовичной выживаемости у больных РПЖ при проведении адекватного комбинированного лечения.

Результаты лечения больных раком полового члена

П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин
г. Саратов

Лечение больных раком полового члена (РПЧ) остается предметом дискуссий, особенно в отношении органосохраняющих методик, которые могут быть не всегда радикальными (Б.П. Матвеев, 2003).

Цель исследования. На основании анализа историй болезни и отдаленных результатов уточнить показания к органосохраняющему лечению у больных РПЧ.

Материалы и методы. С 1995 по 2000 г. в Клинике урологии СГМУ находились на лечении 14 больных РПЧ (возраст от 34 до 72 лет; в среднем 53 года), что составило 0,85% от всех онкоурологических заболеваний за этот период. При клинко-гистологическом исследовании у 1 (7,1%) больного диагностирована Tis, у 4 (28,5%) — T1, у 3 (21,4%) — T2, у 4 (28,5%) — T3 и у 2 (14,2%) — T4 стадии плоскоклеточного РПЧ разной степени дифференцировки. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 8 человек с Tis и стадией T1–2, которым проводилось комплексное лечение. Оно состояло из предоперационной внутривенной или внутриартериальной химиотерапии (блеомин, цисплатин, метотрексат); оперативного лечения — циркумпозиции с электрорезекцией спонгиозного тела головки полового члена (5 больных) или операции К.П. Сапожкова (2 больных) и послеоперационной лучевой терапии. Во 2-й группе пяти больным осуществлена пенэктомия, одному выполнена эмаскуляция. У 8 из 14 больных обеих групп выполнена операция Дюкена. В 5 (62,5%) случаях в удаленных лимфоузлах обнаружены метастазы.

Результаты. Из 8 пациентов 1-й группы у троих (33,3%) в стадии T2N1M0G1 возник рецидив заболевания. Всем этим больным были произведены пенэктомия и операция Дюкена. Одному больному после пенэктомии выполнена фаллопластика по Богоразу. Таким образом, у 5 (62,5%) больных был сохранен половой член. 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила 75%, во 2-й — 50%.

Заклучение. Проведенное комплексное лечение позволило сохранить орган у 62,5% больных РПЧ в стадии Tis–1N0G1. При правильном отборе больных органосохраняющая тактика не ухудшает отдаленных результатов лечения РПЧ по сравнению со стандартной пенэктомией.

Диагностика и лечение рака яичка

*П.В. Глыбочко, А.Н. Понукалин, Л.А. Михайлова,
А.В. Каргальская, А.Ю. Королев
г. Саратов*

Частота рака яичка (РЯ) составляет 1–2% всех новообразований, однако смертность от этого заболевания занимает 1-е место среди злокачественных опухолей у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет (В.Г. Джонсон, 2000). Несмотря на наружную локализацию, более половины больных РЯ госпитализируются в III–IV стадии заболевания через 4–6 мес от появления первых симптомов болезни (Е.В. Данелия и соавт., 1992), поэтому улучшение ранней диагностики опухолей яичка является актуальной задачей.

Цель исследования. Провести анализ поздней диагностики и отдаленных результатов лечения больных РЯ.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 28 больных РЯ, которые находились на лечении в Клинике урологии с 1993 по 2000 г. Возраст больных составлял от 18 до 71 года (в среднем 31 год). В 60,7% случаев опухоль была обнаружена при самообследовании, в 11 (39,5%) — врачом при вынужденном обращении больного в поли-

клинику, в 2 (7,1%) случаях опухоль при брюшной форме крипторхизма обнаружена во время лапаротомии. Размеры опухоли варьировали от 4,7 × 3,5 до 30 × 25 см. В 54% случаев больные поступали в стационар через 4–12 мес от начала заболевания из-за отсутствия симптоматики. Неправильные и клинические диагнозы совпали только у 13 (46,4%) больных, а в 15 (53,6%) наблюдениях неправильный диагноз был ошибочным (орхиэпидидимит, туберкулез яичка, гидроцеле, киста и др.). Всем 28 больным выполнена орхифуникулэктомия. Были установлены следующие гистологические формы РЯ: семинома у 16 (57,1%) больных, эмбриональный рак у 5 (17,8%), хорионэпителиома у 3 (10,7%), экстрагонадная тератокарцинома у 1 (3,5%). Стадии заболевания распределились следующим образом: T1 у одного (3,5%) больного, T2 у 7 (25%), T3 у 13 (46,4%) и T4 у 7 (25%). У 18 (69,2%) больных обнаружены метастазы: в лимфоузлы у 16, в печень у 4, в легкие у одного. Таким образом, в 71% случаев заболевание соответствовало стадии T3–4. После радикальной орхифуникулэктомии у 7 (25%) больных с несеминомными опухолями выполнена забрюшинная лимфаденэктомия. В 6 из 7 наблюдений в удаленных паракавадных лимфоузлах были обнаружены метастазы. В послеоперационном периоде 18 (64,2%) больным проведена химио- и лучевая терапия.

Результаты. Из 28 больных РЯ после проведенного комплексного лечения 5 лет и более живы 14 (50%) пациентов. Более высокая 5-летняя выживаемость отмечена у больных семиномой (69,2%), при эмбриональном раке она составила 40%, а при хорионэпителиоме — 0%.

Заклучение. Причины поздней госпитализации больных РЯ кроются в скудной, безболевого симптоматики заболевания, а также в большом проценте диагностических ошибок в амбулаторной практике. Неблагоприятными прогностическими факторами 5-летней выживаемости являются несеминомные опухоли яичка в стадии T3–4.

Сочетание предраковой интраэпителиальной неоплазии с доброкачественной гиперплазией и раком предстательной железы

*Е.Н. Горбунова, В.Н. Крупин, А.А. Артифкесова
г. Нижний Новгород*

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и рак предстательной железы (РПЖ), по данным гистологического материала, сочетаются в той или иной степени с предраковой патологией ткани предстательной железы (ПЖ) — простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН). По данным разных авторов, ПИН встречается в 3–32% случаев при ДГПЖ и в 82% — при РПЖ.

Цель исследования. Определить частоту выявления ПИН при ДГПЖ и РПЖ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 2192 историй болезни пациентов с ДГПЖ и РПЖ, которым в 2000–2006 гг. на базе урологической клиники ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко выполнялись операции на ПЖ (аденомэктомия, трансуретральная резекция ПЖ, трансректальная биопсия ПЖ, радикальная простатэктомия).

В нашей работе применялась двухступенная градация ПИН. ПИН низкой степени — 2—3-слойное утолщение эпителиального пласта ацинусов желез предстательной железы. При ПИН высокой степени ацинусы выстланы 4—6 слоями хаотично расположенных полиморфных секреторных клеток с округлыми большими просветленными ядрами, в которых находятся гиперхромные большие ядрышки. Базальные клетки прерывистым слоем лежат на базальной мембране. ПИН высокой степени имеет 4 гистологических варианта: плоскостной, микропапиллярный, криброзный и пучковой. Последний встречается чаще.

Проанализировано 1578 случаев ДГПЖ и 614 случаев РПЖ.

В гистологическом материале 207 больных РПЖ имелась перифокальная ткань ПЖ.

Результаты. По нашим данным, РПЖ сочетался с гиперплазией без атипии в 145 (70,05%) случаях, тогда как с ПИН I степени — в 5 (2,41%) и с ПИН II степени — в 57 (27,54%). Общая частота выявления ПИН I и II степени при РПЖ составила 29,95%.

Из 1578 пациентов с ДГПЖ ПИН I степени обнаружена у 148 (9,38%), II — у 133 (8,43%). Таким образом, общая частота выявления ПИН I и II степени при ДГПЖ составила лишь 17,81%.

Частота выявления ПИН I и II степени при ДГПЖ сопоставима, соотношение ПИН I и II степени составило 10:9, в то время как при РПЖ ПИН II степени определялась в перифокальных очагах в большем проценте случаев и соотношение ПИН I и II степени составило 10:114.

Заключение. Нами определено процентное отношение ПИН к общему числу гистологического материала при ДГПЖ и РПЖ. При доброкачественной гиперплазии ПИН I и II степени встречается приблизительно с равной частотой, в то время как с РПЖ сочетается преимущественно ПИН высокой степени.

Гистологические спутники рака предстательной железы

*Е.Н. Горбунова, В.Н. Крупин, А.А. Артифксова
г. Нижний Новгород*

Введение. Интересен фон, на котором происходят процессы малигнизации ткани предстательной железы (ПЖ). Многими авторами доказана предраковая природа простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН). Однако существуют иные морфологические субстраты, которые могут спровоцировать канцерогенез (хроническое воспаление, фиброз стромы ПЖ).

Цель исследования. Определить частоту сочетания рака предстательной железы (РПЖ) с различными состояниями ткани ПЖ по данным гистологического исследования.

Материалы и методы. Выполнен анализ гистологического материала, полученного у больных РПЖ после операций на ПЖ, выполненных в период 2000—2006 гг. на базе урологической клиники ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко. Характер вмешательств: трансректальные биопсии ПЖ, радикальные простатэктомии, трансуретральные резекции ПЖ, чреспузырные аденомэктомии.

Нами было оценено 614 случаев РПЖ, из которых в 207 случаях для гистологического анализа была доступ-

на перифокальная ткань ПЖ. РПЖ сочетался с доброкачественной гиперплазией ПЖ, ПИН I и II степени, фиброзом стромы ПЖ, признаками хронического простатита той или иной степени выраженности.

Результаты. Из 207 случаев в 29,95% обнаружено сочетание РПЖ с ПИН I и II степени, причем ПИН II степени преобладала (27,54%). Однако наряду с дисплазией часто встречались фиброз стромы — 38 (18,36%) случаев, умеренные проявления хронического простатита — 17 (8,21%), выраженные проявления хронического простатита — 13 (6,28%).

Рассмотрены также суммы признаков, т.е. сочетание ПИН I и II степени, а также гиперплазии без атипии с признаками хронического простатита (умеренно выраженного и выраженного хронического воспаления) и фиброзом стромы. Получены следующие данные: ПИН I степени (5 случаев) сочеталась с умеренным хроническим воспалением в одном (20%) случае, не встречалось сочетание с фиброзом стромы и выраженным хроническим воспалением. ПИН II степени (57 случаев) сочеталась в 9 (15,79%) случаях с выраженным хроническим простатитом, в 3 (5,26%) случаях с фиброзом стромы и лишь в одном (1,75%) случае с умеренным воспалением. При наличии в перифокальных тканях ПЖ гиперплазии без атипии ей в 6 (4,14%) случаях сопутствовал выраженный простатит, в 13 (8,97%) — умеренное воспаление и в 35 (24,14%) — фиброз стромы ПЖ.

Выводы. Таким образом, получены данные о сочетании РПЖ с ПИН, хроническим простатитом и фиброзом стромы ПЖ.

Наши данные позволяют предположить, что наряду с дисплазией в канцерогенезе и создании фона онкопроцесса при РПЖ имеют значение выраженное хроническое воспаление ткани ПЖ и фиброз ее стромы.

Неoadъювантная гормонотерапия больных раком предстательной железы при планировании радикальной простатэктомии

*В.Н. Григоренко, В.В. Мрачковский,
Н.Д. Соснин, П.Г. Яковлев
г. Киев*

Наиболее эффективным методом лечения рака предстательной железы (РПЖ) является хирургическая операция — радикальная простатэктомия (РПЭ). Идеальными кандидатами для РПЭ принято считать пациентов с заболеванием в стадии T1—2N0M0. Однако больные с новообразованием в стадии T1—3N0—1M0 после неoadъювантной гормональной терапии (ГТ) также могут стать кандидатами для оперативного лечения. Кроме того, клиническая стадия заболевания, установленная до операции, может не совпадать с заключительным диагнозом после гистологического исследования удаленной опухоли, что следует учитывать как фактор, оказывающий влияние на результаты простатэктомии.

Проведение неoadъювантной ГТ позволяет уменьшить размеры опухоли и стадию заболевания, снизить частоту положительного хирургического края, достичь биохимической ремиссии, увеличить период до прогрессирования и, что немаловажно, значительно уменьшить симптоматику заболевания и улучшить качество жизни.

Материалы и методы. В исследование включены 52 пациента с локализованным РПЖ и 6 — с местно-распространенным. Возраст больных от 43 до 69 лет. У всех пациентов диагноз был подтвержден гистологическим исследованием биоптатов. У 4 больных была установлена стадия T1bN0M0, у 35 — T1cN0M0, у 13 — T2aN0M0, у 6 — T3aN0M0. После проведения трехмесячного курса ГТ выполняли позадионную РПЭ в модификации клиники, предусматривающую сохранение простатического отдела уретры и шейки мочевого пузыря и фиксацию уретровезикального анастомоза к тазовой фасции, благодаря чему все пациенты удерживают мочу или имеют возможность контролировать акт мочеиспускания. Неоадьювантная ГТ проводилась по различным схемам: 8 больных получали андрокур, 24 — аналоги лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона и селективные антиандрогены в соответствии с концепцией максимальной андрогенной блокады, 18 — низкодозную эстроген-антиандрогенную терапию, 2 — 2% синэстрол, 6 — касодекс. У всех больных отмечены улучшение симптоматики заболевания, уменьшение выраженности дизурических явлений, нормализация уровня простатического специфического антигена, уменьшение размеров предстательной железы по данным пальцевого ректального исследования и трансректального УЗИ.

После операции установлены следующие стадии: pT1a — 3 больных, pT1b — 4, pT1c — 18, T2a — 6, T2b — 5, T3a — 4, T3b — 6, T4 — 7, T2bN1 — 3, T3aN1 — 2.

Всем пациентам с местно-распространенными и генерализованными процессами выполнена двусторонняя орхизектомия с последующим облучением ложа удаленной предстательной железы и тазовых лимфоузлов.

Результаты. За период наблюдения от 6 мес до 3 лет 49 больных живы, 5 пациентов умерли от прогрессирования заболевания через 8, 23 и 24 мес соответственно после оперативного лечения. У 4 пациентов через 11 и 14 мес соответственно наступил биохимический рецидив заболевания.

Выводы. Неоадьювантная ГТ является эффективным фактором подготовки больных РПЖ к РПЭ и целесообразна для снижения стадии заболевания и перевода больного в операбельное состояние. Циторедуктивная простатэктомия с последующей адьювантной терапией позволяет контролировать течение заболевания и улучшить качество жизни больных.

Ранняя диагностика рака предстательной железы

*М.И. Давидов, М.В. Токарев, П.Н. Митягин,
Д.Н. Аникин, И.В. Шуренков, Д.В. Михайленко
г. Пермь*

В течение 1998—2002 гг. урологами Пермского края были широко внедрены в работу определение уровня простатического специфического антигена (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), мультифокальная биопсия простаты автоматическим устройством Pro Mag, магнитно-резонансная томография (МРТ) и другие современные методики диагностики рака предстательной железы (РПЖ). Однако это пока не принесло значительных результатов в ранней диагностике РПЖ. Так, за последние 5 лет к моменту установления диагноза локализованные формы РПЖ имели лишь 28% больных.

По нашему мнению, ключ к успеху в ранней диагностике РПЖ лежит в проведении государственных мероприятий и профилактических осмотров всех мужчин старше 40 лет. Для примера приводим результаты профилактических осмотров рабочих Чусовского металлургического завода, проведенных в декабре 2006 г. Выездная бригада состояла из четырех урологов высшей категории, которым были приданы 2 аппарата УЗИ и учреждение «Лабораторная диагностика» со всем штатом и оборудованием. В план обследования входили: физикальный осмотр, ректальное пальцевое исследование, анализы мочи, УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы, ТРУЗИ, определение уровня ПСА. По показаниям выполнялись биопсия предстательной железы, сцинтиграфия костной системы, компьютерная томография, МРТ и другие необходимые исследования. Всего обследовано 1082 мужчины в возрасте от 24 до 70 лет (большинство старше 40 лет). У 580 человек урологическая патология не обнаружена. Различные урологические заболевания (мочекаменная болезнь, простатит, эректильная дисфункция, бесплодие и др.) выявлены у 502 (46,4%) обследованных. При этом у 97 (9,0%) мужчин были обнаружены признаки, подозрительные на РПЖ (повышение уровня ПСА, уплотнения и др.). Эти пациенты углубленно дообследованы в Перми, в результате чего РПЖ в I или II стадиях диагностирован у 28 (2,6%) из них.

С сентября по декабрь 2006 г. проводились профилактические осмотры мужчин по программе «Мужское здоровье» в четырех сельских районах Пермского края. Урологами выездных бригад было осмотрено 4655 мужчин старше 40 лет. При этом по данным пальцевого ректального исследования, УЗИ и определения уровня ПСА опухоль предстательной железы была заподозрена у 6,1%, в дальнейшем в лечебных учреждениях Перми путем биопсии диагноз РПЖ установлен у 1,8%. Таким образом, в результате профилактических осмотров мужчин старше 40 лет РПЖ выявляется в 2,6% случаев среди городского населения и в 1,8% — в сельской местности. Эти показатели считаются высокими. В масштабах государства целесообразны массовые профилактические осмотры всего мужского населения, учитывая высокую выявляемость РПЖ, эректильной дисфункции, бесплодия и другой урологической патологии.

Метастатический рак полового члена с развитием приапизма

*М.И. Давидов
г. Пермь*

Метастатические опухоли полового члена встречаются очень редко. К 1971 г. в мировой литературе был описан 171 случай, к 2007 г. — 265 наблюдений. Первичная опухоль чаще всего (в 30% случаев) располагается в предстательной железе, мочевом пузыре или прямой кишке, реже — в легких, яичках, печени и других органах. Метастазирование происходит гематогенно. Как правило, метастазы локализуются в кавернозных телах. Обычно они одиночные, в виде отдельного плотного малобольного узла овально-продолговатой формы. Иногда метастатические опухоли множественные и очень редко диффузно поражают оба кавернозных тела. В 66% случаев

развивается приапизм в острой или (чаще) подострой форме. В основе метастатического приапизма лежат не только разрастания раковой ткани в пещеристых телах полового члена, но и присоединившиеся расстройства кровообращения в виде стаза крови и тромбоза кавернозных тел. Считается, что оперировать метастатический приапизм нецелесообразно.

За 30 лет в 140-кочной урологической клинике мы наблюдали лишь одного больного с метастатической опухолью полового члена.

У 78-летнего мужчины возник приапизм, по поводу которого он госпитализирован в клинику. При сборе анамнеза выяснено, что пациент имеет макрогематурию в течение 1 года, в последние недели беспокоят ноющие неинтенсивные боли в левой поясничной области. За 3 мес до госпитализации обратил внимание на множественные малоблезненные плотные узлы в пенисе. Половой жизнью давно не живет. Либидо, адекватные и спонтанные эрекции отсутствуют более 10 лет. Около недели назад медленно возникла патологическая эрекция полового члена, которая приняла постоянный характер. Сексуального влечения нет. К врачу по поводу указанных жалоб не обращался. При объективном исследовании: пальпируется большая бугристая неподвижная левая почка. Эрегированный под углом 90° половой член достигает длины 20 см, диаметра 5 см. Оба кавернозных тела по всей длине имеют очень плотную консистенцию, дорсальные поверхности их местами содержат неровности, бугристости. Участков некроза кожи нет. Мочеиспускание практически не нарушено. Предстательная железа слегка увеличена, эластической консистенции. При полном урологическом обследовании установлен диагноз рака левой почки в стадии T4N2M1. Неоперабельный больной в стационаре и в дальнейшем амбулаторно получал симптоматическую терапию, находясь под наблюдением уролога и онколога. Постоянная патологическая эрекция сохранялась до летального исхода, наступившего от раковой болезни и кахексии через 11 мес. На аутопсии подтвержден диагноз почечно-клеточного рака с множественными метастазами в кавернозные тела полового члена, легкие, лимфоузлы.

**Заболеваемость и смертность
при раке предстательной железы на Западном Урале**
*И.Л. Катков, М.И. Давидов, Д.В. Кузнецов,
Б.Н. Балинский, А.В. Щербинин*
г. Пермь

Рак предстательной железы (РПЖ) является в настоящее время одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований в мире. По заболеваемости РПЖ занимает 1-е место в США и 2-е место (после рака легкого) в странах Западной Европы. В России опухоли предстательной железы занимают 4-е место в структуре онкологической заболеваемости мужского населения после рака легкого, желудка и кожи.

Мы проанализировали статистические данные по РПЖ на Западном Урале (Пермский край, Коми-Пермяцкий автономный округ). За 5-летний период (с 2001 по 2005 г.) число ежегодно выявляемых больных на Западном Урале возрастало с каждым годом — от 231 в 2001 г. до

266 в 2005 г. В 2005 г. заболеваемость РПЖ, с учетом полтора миллиона мужского населения на данной территории, составила 17,7 на 100 тыс., что на 61% выше, чем в 1995 г. и в 3 раза выше, чем в 1985 г. От РПЖ в 2000 г. умерли 95 больных, в 2005 г. — 143. Смертность от РПЖ за 5 лет возросла на 51% и составила 9,5 на 100 тыс. мужского населения.

Всего в 2005 г. на Западном Урале состояло на учете 1119 больных РПЖ, что составило 74,6 на 100 тыс. мужского населения. К 2000 г. на учете был лишь 751 больной РПЖ. За 5 лет РПЖ диагностирован у 1241 больного, умерли 633. Частота выявления РПЖ зависела от возраста: 30—39 лет — 1 пациент, 40—49 лет — 17 (1,4%), 50—59 лет — 131 (10,6%), 60—69 лет — 443 (35,7%), 70—79 лет — 553 (44,6%), 80 лет и старше — 95 (7,7%). Диагноз подтвержден морфологически у 97% больных. Несмотря на широкое внедрение определения уровня простатического специфического антигена и трансуретрального ультразвукового исследования, к моменту установления диагноза локализованные формы (I—II стадии) имели лишь 27,9% больных, III — 53,1%, IV — 19,0%. На профилактических осмотрах заболевание выявлено лишь у 8,0% больных. За 5 лет от РПЖ умерли 633 человека, причем 177 (28%) больных — в течение первого года с момента установления диагноза. В 2005 г. были живы 5 лет и более с момента установления диагноза лишь 30,8% больных.

Таким образом, анализ статистики РПЖ на Западном Урале свидетельствует о значительном увеличении заболеваемости и смертности, что соответствует общемировой тенденции.

**Широкое внедрение традиционных скрининговых
методов обследования пациентов — путь к внедрению
инновационных технологий лечения
рака предстательной железы**

Г.В. Иванов, И.А. Макарова
ФГУЗ КБ №50 ФМБА России, г. Саров

Цель исследования. Поиск ранних форм заболевания раком предстательной железы (РПЖ) с целью внедрения инновационных методов лечения — радикальной простатэктомии и брахитерапии.

Материалы и методы. В период с декабря 2003 г. по август 2006 г. проведено скрининговое обследование, включавшее определение сывороточного уровня простатического специфического антигена (ПСА) у 3980 работников ВНИИЭФ старше 40 лет. По результатам определения ПСА сформирована группа риска из 260 человек. Этим пациентам проведено ректальное пальцевое исследование предстательной железы, что позволило выявить и в дальнейшем подтвердить результатами биопсии РПЖ у 24 пациентов. У 10 (41,5%) пациентов установлена II стадия заболевания, у 10 (41,5%) — III, у 4 (7%) — IV.

Еще у 18 человек, выделенных в группу особо высокого риска развития РПЖ (ПСА от 3,5 до 7,5 нг/мл), при ректальном обследовании и ультразвуковом сканировании не удалось выявить явного очага поражения предстательной железы. Эти пациенты по разным причинам от биопсии отказались. Возможно, как раз в этой группе могут быть найдены пациенты с I стадией РПЖ.

Выявленным в результате скрининга пациентам проведено следующее лечение: 2 (8%) больным выполнена радикальная простатэктомия, 2 (8%) — лучевая терапия на область предстательной железы в сочетании с гормонотерапией, 2 (8%) — брахитерапия (одному в сочетании с предоперационной гормонотерапией), 18 (76%) — кастрация с последующей гормонотерапией.

Выводы. Для внедрения инновационных методов лечения, таких как радикальная простатэктомия и брахитерапия, при РПЖ в центральных областных клиниках необходимо широкое внедрение скрининговых методов диагностики РПЖ в периферийных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Для выявления ранних стадий РПЖ необходимо оснащение ЛПУ современной ультразвуковой аппаратурой с трансректальными биопсийными датчиками и автоматическими биопсийными пистолетами.

Лечение больных раком предстательной железы с метастазами в кости

*О.Б. Карякин, Ю.В. Гуменецкая, В.В. Крылов,
В.А. Бирюков, Т.В. Свиридова
г. Обнинск*

В России на долю местно-распространенного и метастатического рака предстательной железы (РПЖ) приходится более 60% всех вновь выявленных случаев заболевания. Наиболее часто (в 33—85% случаев) у пациентов выявляют костные метастазы. Наличие болезненных метастатических очагов значительно ухудшает состояние больного и качество его жизни (КЖ). Диссеминированный РПЖ не может быть радикально излечен, однако чувствительность опухолевых клеток при РПЖ позволяет проводить достаточно эффективное паллиативное и симптоматическое лечение, которое может существенно повысить выживаемость и улучшить КЖ больных. В ГУ МРНЦ больным РПЖ с метастазами в кости на фоне гормональной терапии проводятся локальная дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) на болезненные метастатические очаги, радионуклидная терапия ^{153}Sm -оксабифором при множественном поражении костей, а также лечение бисфосфонатами.

Локальное облучение костных очагов проводилось по трем методикам, выбор которых у каждого пациента осуществлен случайным образом: 1-я группа ($n=9$) — 8 Гр однократно, 2-я группа ($n=15$) — 5 Гр 3 раза в неделю до СОД 25 Гр, 3-я группа ($n=11$) — 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр. Эффект лечения оценивали в процессе проведения курса ДЛТ и сразу после его окончания, в последующем — каждые 3 мес на протяжении всего периода наблюдения. После проведения сеансов ДЛТ положительный (анальгезирующий) эффект наблюдался у 8 (88,9%) пациентов 1-й группы, 14 больных (93,3%) 2-й и у 10 (90,9%) 3-й. Ни в одном случае не наблюдалось побочных эффектов лучевого воздействия.

Радионуклидная терапия ^{153}Sm -оксабифором проводится пациентам с гормонорезистентным РПЖ, имеющим множественное поражение костей, сопровождающееся болевым синдромом. ^{153}Sm -оксабифор вводили внутривенно капельно 53 больным (34 больным — однократно, 14 — дважды, 5 — трижды). Обезболивающий эффект

различной выраженности был отмечен через 1 мес у 45 (84,9%) из 53 пациентов, через 2 мес — у 42 (79,2%), через 3 мес — у 40 (75,4%). Среди побочных действий следует отметить умеренную миелотоксичность, которая обычно начинала проявляться через 1 нед после инъекции и выражалась главным образом в уменьшении количества лейкоцитов и тромбоцитов. При этом степень выраженности угнетения кроветворения ни в одном случае не представляла угрозы здоровью пациентов.

Терапия зометой в дозе 4 мг каждые 28 дней в настоящее время является одним из стандартных компонентов лечения пациентов с метастазами в кости и применяется в нашем центре в комбинации с гормонотерапией и локальной лучевой терапией на болезненные метастатические очаги в костях.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности симптоматического лечения больных РПЖ с костными метастазами. Различные режимы фракционирования дозы локального облучения обладают сопоставимой непосредственной эффективностью. Терапия ^{153}Sm -оксабифором является средством снижения интенсивности боли при множественном поражении костей. Рациональное использование комбинации указанных методов должно стать предметом последующих исследований.

Антибиотикопрофилактика инфекционно-воспалительных осложнений при проведении игольчатой биопсии предстательной железы

*А.В. Касаикин, А.А. Мельников, А.А. Семенов
г. Москва*

В современной урологической практике широкое применение нашла игольчатая биопсия предстательной железы (ПЖ). Мультифокальная биопсия с последующей морфологической верификацией является завершающим этапом диагностики различных заболеваний ПЖ. В настоящее время из всех известных подходов предпочтение отдается трансректальному. После выполнения трансректальной мультифокальной биопсии ПЖ могут встречаться такие осложнения, как макрогематурия, гемоспермия, кровотечение из прямой кишки, острая задержка мочеиспускания, острый орхитидидимит, острый (или обострение хронического) простатит. Осложнения в виде макрогематурии, гемоспермии, ректоррагии встречаются сравнительно часто, как правило, проходят самостоятельно в течение нескольких часов и зачастую не требуют специального лечения. Наиболее серьезными осложнениями являются бактериемия, развитие инфекционно-воспалительных процессов, что диктует необходимость обязательной антибиотикопрофилактики.

В настоящее время сохраняет актуальность вопрос выбора рациональной антибиотикопрофилактики инфекционно-воспалительных осложнений при проведении игольчатой биопсии ПЖ. Несмотря на значительное количество выполняемых биопсий ПЖ, среди урологов не существует единой концепции оптимальной антибактериальной профилактики при ее проведении. Нерациональные антибактериальное лечение и профилактика приводят к развитию госпитальной инфекции, селекции полирезистентных штаммов микроорганизмов, увеличе-

нию заболеваемости гнойно-септическими осложнениями и резкому снижению результатов хирургического лечения, увеличению длительности госпитального периода и стоимости стационарного лечения.

Наряду с совершенствованием хирургической техники и соблюдением правил асептики и антисептики одним из эффективных подходов к снижению частоты послеоперационных воспалительных осложнений является антибиотикопрофилактика. Целями антибиотикопрофилактики являются предупреждение развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, снижение стоимости и уменьшение продолжительности пребывания больных в стационаре. Задачей профилактики является создание бактерицидных концентраций антибиотика в тканях, подвергающихся бактериальной контаминации во время операции.

Современные режимы профилактического применения антибиотиков основаны на отказе от длительного их введения в пред- и послеоперационном периодах, переходе к назначению препаратов короткими курсами. За 2006 г. в урологическом центре выполнено 186 трансректальных биопсий ПЖ. Для проведения антибиотикопрофилактики было выделено две группы. Предоперационная антибактериальная профилактика пациентам 1-й группы ($n=91$) проводилась в виде парентерального введения цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефоперазон) по 1,0 г 2 раза в сутки за день и в течение 1—2 сут после биопсии ПЖ. Пациентам 2-й группы ($n=95$) назначался препарат из группы фторхинолонов (офлоксацин) по 400 мг однократно внутрь за 2—4 ч до манипуляции.

Среди пациентов 1-й и 2-й групп наблюдалось по одному случаю обострения хронического простатита в ближайшем послеоперационном периоде, что потребовало проведения комплексного лечения с длительной антибактериальной терапией.

Таким образом, однократный пероральный прием фторхинолонов в дозировке 400 мг за 2—4 ч до проведения манипуляции может быть рекомендован больным в качестве антибиотикопрофилактики перед выполнением трансректальной игольчатой биопсии ПЖ.

Применение α -адреноблокаторов в лечении онкологических больных

В.Б. Крамынин, О.В. Леонов, Е.И. Копыльцов
г. Омск

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения α -адреноблокаторов у больных злокачественными новообразованиями в лечении расстройств мочеиспускания, обусловленных патологией предстательной железы.

С апреля по декабрь 2006 г. пролечены 56 мужчин. Все мужчины разделены на 2 группы: пациенты с верифицированным раком предстательной железы — РПЖ (43% наблюдений); пациенты со злокачественным новообразованием любой локализации при доброкачественной гиперплазии предстательной железы — ДГПЖ (57% наблюдений).

Базисной терапией в лечении больных РПЖ являлась максимальная андрогенная блокада (МАБ). Конт-

рольную группу составили 13 больных, у которых гормонотерапия проводилась в самостоятельном варианте. В основной группе (11 пациентов) к лекарственному лечению в режиме МАБ добавлен α_1 -адреноблокатор.

У пациентов со злокачественными новообразованиями любой локализации с расстройствами мочеиспускания при ДГПЖ коррекция дизурии проводилась назначением только α_1 -адреноблокаторов по стандартной схеме. Медиана наблюдения составила 6 мес.

Выводы. Применение α -адреноблокаторов в комбинации с гормонотерапией у пациентов с верифицированным РПЖ достоверно улучшает качество жизни в случае признаков инфравезикальной обструкции и невозможности их купировать назначением только гормональных препаратов. За период наблюдения не отмечено влияния α -адреноблокаторов на течение основного опухолевого процесса в предстательной железе: нет данных об увеличении риска рецидива, прогрессирования или резорбции опухолевого очага. У пациентов с признаками ДГПЖ и злокачественной опухолью, не связанной с мочеполовой сферой, применение α -адреноблокаторов не повлияло ни на объем, ни на сроки проведения радикального лечения.

Радикальная простатэктомия в лечении локализованного рака предстательной железы

В.Б. Крамынин, О.В. Леонов, Е.И. Копыльцов
г. Омск

За период с 2000 по 2006 г. пролечены 1128 пациентов с верифицированным раком предстательной железы (РПЖ). У подавляющего числа (72,6%) диагностированы местно-распространенные и генерализованные формы РПЖ. Локализованные формы отмечены у 28,4% больных. Основным методом лечения РПЖ и его метастазов являлась гормонотерапия в различных вариантах и режимах. До 2002 г. базисная схема лечения включала использование женских половых гормонов, действие которых усиливалось хирургической кастрацией. За последние 4 года медикаментозный арсенал лечения значительно расширился, подавляющее большинство (более 80%) пациентов получают гормонотерапию в режиме максимальной андрогенной блокады. Проведение лекарственного лечения обеспечивало стабилизацию опухолевого процесса более чем у 75% пациентов на период до $34,3 \pm 16,4$ мес. Надо отметить, что для больных с локализованным РПЖ интервал до прогрессирования составил $42,4 \pm 14,1$ мес. Одним из радикальных методов лечения локализованного РПЖ является простатвезикулэктомия. Прооперированы 33 мужчины, что составило 10,5% от числа больных локализованным РПЖ. Возраст пациентов $61,3 \pm 4,2$ года. Уровень ПСА до операции составил $14,8 \pm 2,6$ нг/мл. У 11 пациентов хирургическому вмешательству предшествовала неoadъювантная гормонотерапия в течение 6 мес. Отмечено достоверное снижение уровня ПСА более чем на 60%. Выполнению простатвезикулэктомии предшествовала двусторонняя тазово-подвздошная лимфаденэктомия с морфологической оценкой удаленных лимфатических узлов. В случае положительной экспресс-биопсии удаленных лимфатических коллекторов ($n=9$) оперативное вмешательство ограничивалось данным объе-

мом. У остальных пациентов ($n=33$) оперативное лечение выполнено в полном объеме. Длительность оперативного вмешательства составила $121,7 \pm 19,5$ мин при объеме кровопотери $440,4 \pm 26,9$ мл.

Морфологически локализованный РПЖ выявлен в 81,8% наблюдений, местно-распространенный — в 18,2%. Послеоперационной летальности не отмечено. На момент контроля все пациенты живы. Признаков отдаленных и региональных рецидивов у пациентов нет.

Местный рецидив диагностирован у 15,2% пациентов, у 9,1% отмечено лабораторное прогрессирование. Уровень ПСА на контроле через 12 и 18 мес составил $2,1 \pm 0,8$ и $1,9 \pm 0,4$ нг/мл соответственно. При диспансерном наблюдении через 18 мес диагностированы недержание мочи — в 18,2% случаев, стриктура цистоуретроанастомоза — в 15,1%.

Таким образом, на диагностическом этапе у каждого пятого пациента выявляется локализованный РПЖ. Выполнение радикального хирургического вмешательства избавляет пациентов от злокачественного новообразования и обеспечивает отсутствие необходимости пожизненной гормонотерапии, что в свою очередь предотвращает осложнения, связанные с лекарственным лечением.

Возможность проведения органосохраняющего лечения при ранних стадиях рака полового члена

*Ю.Ю. Куранов, В.С. Сакало, А.В. Сакало,
В.Н. Григоренко, А.В. Кондратенко,
Н.Д. Соснин, П.Г. Яковлев*

г. Киев

Цель исследования. Оценить результаты проведения органосохраняющего лечения при ранних стадиях рака полового члена.

Методы. У 41 (34,2%) из 120 наблюдаемых больных проведено органосохраняющее лечение — круговое сечение крайней плоти с опухолью или резекция головки полового члена. Средний возраст больных составил 52,2 года (34—76 лет), длительность анамнеза — 3,4 мес (0,5—8 мес). Первичная опухоль располагалась на внутреннем листке крайней плоти у 21 (51,2%), на головке полового члена — у 20 (48,8%) больных. Размер первичной опухоли до 2 см — у 23 (56,1%), от 2 до 4 — у 18 (43,9%) пациентов. Tis выявлена у 2, T1 — у 21, T2 — у 18 больных. Гистологически во всех случаях выявлен плоскоклеточный ороговевающий рак. Степень анаплазии G1 обнаружена у 14, G2 — у 23, G3 — у 4 больных. По стадиям пациенты распределились следующим образом: 0 — TisN0M0 — 2 (4,9%), I — T1N0M0 — 21 (51,2%), II — T2N0M0 — 17 (41,5%), II — T2N1M0 — 1 (2,4%) больной. Только хирургическое лечение выполнено 22 (53,6%) пациентам, комбинированное и комплексное — 19 (46,4%): хирургическое + химиотерапия (ХТ) — 8, хирургическое + лучевая терапия (ЛТ) — 7, хирургическое + ХТ + ЛТ — 4 больным. Паховая лимфаденэктомия была выполнена одновременно с удалением основного очага или вторым этапом у 16 человек. ХТ проводилась по схеме CAP. До операции в среднем 2 курса получили 9 (21,9%) человек, у 3 (7,3%) ХТ начали до операции и продолжили после нее (в среднем 3 курса). До операции облучение первичного

очага проведено у 2 (4,9%) человек, после удаления первичного очага и зон регионарного метастазирования — у 9 (21,9%). Первичный очаг облучали мелким фракционированием до суммарной дозы 20 Гр, паховые области — до суммарной очаговой дозы 36—46 Гр.

Результаты. Стойкую ремиссию от 3 до 18 мес (в среднем 8 мес) наблюдали у всех больных. Рецидив опухоли на головке полового члена выявлен у 4 (9,8%) человек, метастазы в регионарные лимфатические узлы — у 10 (24,4%), рецидив в области первичного очага и метастазы в регионарные лимфоузлы — у 2 (4,9%). Частичная ампутация полового члена с паховой лимфаденэктомией выполнена у 6 пациентов с прогрессированием заболевания, в том числе у 4 в сочетании с ХТ, у 2 — с ЛТ; паховая лимфаденэктомия в сочетании с ХТ — у 5, с ЛТ — у 5. У 12 (75,0%) пациентов удалось добиться стойкой ремиссии заболевания, 4 (25,0%) умерли от прогрессирования болезни.

Раково-специфическая 3-, 5-летняя выживаемость 41 больного, которым проведено органосохраняющее лечение, составила 90,2 и 90,2% соответственно. У 33 (80,5%) человек удалось соблюсти принцип органосохранения.

Выводы. Органосохраняющие методики лечения рака полового члена на ранних стадиях заболевания являются методом выбора и не ухудшают прогноз заболевания.

Использование скорости прироста и периода удвоения простатического специфического антигена в оценке прогноза гормонотерапии рака предстательной железы

П.П. Пьяных

г. Москва

Цель исследования. Оценить целесообразность использования определения периода удвоения (ПУ) уровня простатического специфического антигена (ПСА) и скорости прироста (СП) ПСА у больных, получающих гормонотерапию по поводу рака предстательной железы (РПЖ), установить корреляцию с объективными признаками прогрессирования и развитием резистентности, определить показатели прогноза прогрессии РПЖ.

Материалы и методы. 64 пациента с РПЖ наблюдались в ОД №3 г. Москвы. Распределение по степени распространенности РПЖ: локализованный — 19 (29,7%) больных, местно-распространенный — 19 (29,7%), генерализованный — 26 (40,1%). Гормонотерапия (ГТ) проводилась в период с 06.1993 по 11.2006. Возраст больных от 56 до 81 года (средний возраст $68,8 \pm 7,37$ года, медиана — 69,5 года, интерквартильный размах — 63—74 года).

РПЖ диагностировали при пальцевом ректальном исследовании, трансректальном ультразвуковом исследовании. Морфологическая верификация получена при биопсии предстательной железы (ПЖ). Опухолевое поражение одной доли ПЖ выявлено у 36 (54,3%) больных, обеих долей — у 28 (43,7%). По степени дифференцировки (по шкале ВОЗ) у 23 (35,9%) больных определялись высокодифференцированные (G1) опухоли, у 18 (28,2%) — умеренно дифференцированные (G2) и у 23 (35,9%) — низкодифференцированные (G3). Уровень ПСА у больных в группе ГТ составлял от 4,35 до 198 нг/мл

(72,3±18,8 нг/мл), медиана уровня ПСА — 35,4 нг/мл (интерквартильный размах — 23,1—99,2 нг/мл). При определении связи между уровнем ПСА и клинической стадией у больных в группе ГТ выявлена сильная прямая корреляция ($R=0,76$; $p<0,001$). При сравнении уровня ПСА в подгруппах больных с интра- и экстракапсулярными опухолями также выявлены статистически достоверные различия ($p<0,001$; U -критерий Манна — Уитни). 33 (51,9%) больным проводили непрерывную ГТ, 31 (48,1%) — интермиттирующую. При сравнении подгруппы непрерывной и интермиттирующей ГТ не отмечено статистически достоверных различий между числом больных с интра- и экстракапсулярными опухолями ($p=0,3$; χ^2). При сравнении степени дифференцировки опухоли также не выявлено статистически достоверных различий между подгруппами интермиттирующей и непрерывной ГТ ($p=0,24$; χ^2). Подгруппы непрерывной и интермиттирующей терапии оказались однородными и по уровню ПСА, различий между концентрацией ПСА в обеих подгруппах не выявлено ($p=0,16$; U -критерий Манна — Уитни).

Результаты. СП и ПУ ПСА коррелировали со стадией Т ($p=0,000$), дифференцировкой РПЖ ($p=0,000$), суммой баллов по Глисон ($p=0,005$), временем смерти ($p=0,000$), временем объективного прогрессирования ($p=0,003$), с уровнем первичного ПСА ($p=0,03$), временем развития резистентности ($p=0,002$). Анализ показал, что чем короче ПУ ПСА и выше СП ПСА, тем вероятнее снижение общей выживаемости.

Заключение. СП ПСА и ПУ ПСА независимо друг от друга в мониторинге течения РПЖ являются предикторами прогрессирования заболевания. Контроль ПУ ПСА и СП ПСА позволит определить резистентность РПЖ и своевременно выбрать другой вариант лечения. В группах интермиттирующей и непрерывной ГТ различия в выживаемости и развитии резистентности выявлено не было.

Пути оптимизации комбинированного лечения рака предстательной железы у больных после трансуретральной резекции по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы

В.Н. Павлов, А.А. Казихируров, К.Ш. Ганцев, В.К. Шакуров, Р.И. Сафиуллин
г. Уфа

Рак предстательной железы (РПЖ) — одна из ведущих причин смерти мужчин пожилого возраста от злокачественных опухолей в мире. В общей структуре смертности мужчин в России на долю РПЖ приходится 3,2%, а среди злокачественных новообразований — 5,6%. За последние 5 лет заболеваемость РПЖ выросла на 3—12%.

В урологической клинике Башкирского государственного медицинского университета в период с 2004 по 2007 г. включительно нами прооперированы более 500 пациентов в возрасте от 46 до 89 лет с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). С целью уточнения диагноза у пациентов определяли уровень простатического специфического антигена в сыворотке крови, проводили трансректальное ультразвуковое исследо-

вание, в отдельных случаях выполняли полифокальную биопсию предстательной железы под ультразвуковым контролем. Так или иначе всем пациентам была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы по поводу ДГПЖ.

При гистоморфологическом исследовании в 24 случаях выявлен умеренно и высокодифференцированный РПЖ в стадии Т1—2а на фоне фиброзно-железистой гиперплазии и хронического воспаления. В послеоперационном периоде такие пациенты были подвергнуты HIFU-терапии на аппарате «Аблатерм» в сроки до 1 мес после трансуретральной резекции (после купирования ирритативной симптоматики и отека предстательной железы).

В ближайшем послеоперационном периоде после ультразвуковой абляции предстательной железы у 6 пациентов мы наблюдали достаточно стойкую дизурию, обусловленную, видимо, физическим воздействием, приведшим к процессам, схожим с коагуляционным некрозом с развитием в отдаленном (3—5 мес) периоде вторичного склероза шейки и простатической уретры. Этим пациентам была выполнена трансуретральная коррекция шейки мочевого пузыря и простатической уретры с последующим адекватным восстановлением пассажа мочи. В 18 случаях дизурия была купирована консервативно.

В сроки наблюдения до 6 мес после проведения HIFU-терапии четырем пациентам в связи с выявлением биохимического рецидива при отсутствии признаков местного распространения процесса начата гормонотерапия. В остальных случаях мы наблюдаем удовлетворительное качество жизни без признаков рецидивирования заболевания.

Таким образом, использование высокофокусированной ультразвуковой абляции предстательной железы как очередного этапа лечения пациентов со случайно выявленной аденокарциномой является обоснованным и радикальным методом лечения больных с локализованным и местно-распространенным РПЖ.

К вопросу иммунного механизма у онкоурологических пациентов

Н.Н. Попов, В.В. Россихин, А.В. Бухмин
г. Харьков

Были изучены некоторые звенья иммунитета (реакция бласттрансформации Т-лимфоцитов, розеткообразование с эритроцитами барана и мышей и реакция гиперчувствительности замедленного типа) у 71 онкоурологического больного. Для этого больные были распределены на 2 группы: 1-ю группу составили больные опухолями яичка ($n=13$), 2-ю — раком предстательной железы ($n=58$).

У 9 больных установлена отрицательная, у 27 — положительная и у 35 — резко положительная реакция гиперчувствительности замедленного типа.

Пониженная способность бласттрансформации Т-лимфоцитов в ответ на фитогемагглютинин отмечена у 54 больных, нормальная — у 17. Пониженное количество лимфоцитов, способных образовать розетки с эритроцитами барана, выявлено у 57 больных, нормальное — у 14. У 18 больных количество лимфоцитов, способных образовать розетки с эритроцитами мышей (ЕМ-РОК), было повышенным, у остальных — в пределах нормы.

При поступлении больных в стационар был изучен тип адаптационных реакций организма по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле, их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами (формула Гаркави — Квакиной). У 23 больных реакции соответствовали острому стрессу, у 21 — хроническому, у 14 — тренировке и у 3 — зоне спокойной активации. По этим признакам 10 больных невозможно было отнести ни к одной из этих реакций.

Полученные данные позволяют нам сделать вывод, что у онкоурологических больных нарушен неспецифический клеточный иммунитет. При поступлении в стационар более чем у 65% пациентов с онкоурологическими заболеваниями адаптационная реакция организма соответствует острому или хроническому стрессу.

Модифицированная забрюшинная лимфаденэктомия после индукционной химиотерапии у больных несеминомными герминогенными опухолями яичка в стадии II

*А.В. Сакало, А.М. Романенко,
В.В. Мрачковский, А.В. Григорук
г. Киев*

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты модифицированной забрюшинной лимфаденэктомии у больных несеминомными герминогенными опухолями яичка (НГОЯ) с забрюшинными метастазами после индукционной химиотерапии (ХТ) для сохранения антеградной эякуляции.

Материалы и методы. С 1999 по 2005 г. наблюдали 79 больных НГОЯ во II стадии. Лечение начинали с односторонней высокой орхиэктомии. Во всех случаях проводили КТ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, определяли уровень АФП, ХГТ, ЛДГ до и в процессе лечения. Стадию болезни определяли согласно AJCC (1997). Стадия ПА была у 28, ПВ — у 37, ПС — у 14 пациентов. Клинически увеличения забрюшинных лимфоузлов на противоположной стороне и ниже бифуркации аорты не было выявлено ни в одном случае. Уровень опухолевых маркеров был повышен у 68% больных. Согласно критериям IGCCCG, прогноз у больных оценивался как благоприятный и промежуточный. У всех больных после первой линии терапии с включением цисплатина отмечена нормализация уровня опухолевых маркеров.

Результаты. Удаление остаточной опухоли в ретроперитонеальной области выполняли срединным трансабдоминальным доступом. При опухоли правого яичка зона удаления была ограничена правым мочеточником, почечными сосудами справа, аортой и правой подвздошной артерией, включая ретрокавальные лимфоузлы. При опухоли левого яичка зона удаления была ограничена левым мочеточником, почечными сосудами слева, аортой и левой подвздошной артерией. Пресакральное нервное сплетение и симпатические ганглии на противоположной стороне старались по возможности сохранить. Гистологически в резидуальных тканях выявлены фиброз и некроз у 36 (45,5%), зрелая тератома у 14 (17,8%), жизнеспособная опухолевая ткань у 29 (36,7%) пациентов. Больные с жизнеспособной опухолевой тканью получали адъ-

ювантную ХТ. Антеградная эякуляция была сохранена у 68 (86%) больных. За время наблюдения от 3 до 196 мес (в среднем 76 мес) выявлены рецидивы у 4 больных через 9, 18, 36 и 68 мес. Только у одного больного рецидив возник в забрюшинной области.

Выводы. Отсутствие макроскопически измененных лимфоузлов в забрюшинной области на противоположной опухоли яичка стороне и отрицательные данные гистологического исследования на замороженных срезах дают основание у больных НГОЯ в стадии II после индукционной ХТ выполнить одностороннюю модифицированную лимфаденэктомию, которая сохраняет антеградную эякуляцию, не увеличивая риска рецидивирования.

Органосохраняющие операции при опухолях яичка

*А.В. Сакало, В.С. Сакало, Л.М. Захарцева,
В.В. Мрачковский
г. Киев*

Цель исследования. Изучить показания, особенности хирургической техники и отдаленные результаты органосохраняющих операций при опухолях яичка.

Методы. Внутрияичковые образования размером 25 мм и менее рассматривали как потенциально возможные для органосохраняющей операции. Локализацию опухоли определяли ультрасонографически. Операцию выполняли паховым доступом. Сосудистый зажим на элементы семенного канатика не накладывали. Гемостаз проводили биполярным электрокаутером. Использовали очки с 4-кратным увеличением. Расположение опухоли в области сети яичка является противопоказанием для органосохраняющей операции. Экспресс-исследование опухоли и ложа удаленной опухоли было обязательным. При выявлении герминогенной опухоли и нормальном контралатеральном яичке выполняли орхиэктомию.

Результаты. Выполнено 36 органосохраняющих операций без осложнений. Средний размер опухоли был 1,4 см (от 0,2 до 2,8 см). При гистологическом исследовании удаленной опухоли герминогенные опухоли выявлены в 14 (38,9%) случаях, лейдиомы — в 6 (16,7%), эпидермоидные кисты — в 9 (25,0%), аденоматозная опухоль — в 1 (2,6%). У одного больного выполнены резекции по поводу метастазов семиномы обоих яичек, у другого — сеиномы одного и эмбрионального рака противоположного яичка. В первом случае проведена послеоперационная химиотерапия карбоплатином, во втором — по схеме РЕВ. От лучевой терапии на область яичек больные отказались. Локальный рецидив выявили у двух пациентов. Одному больному яичко удалили, другому выполнена повторная резекция опухоли. У всех больных уровень тестостерона был в пределах нормы. Рецидивов и метастазов у больных не выявлено на протяжении от 3 до 58 мес (в среднем 36,6 мес).

Выводы. Показаниями к органосохраняющей операции при внутрияичковых образованиях являются двусторонние злокачественные опухоли яичка, опухоли единственного яичка, одно- и двусторонние доброкачественные опухоли. Органосохраняющие операции способствуют поддержанию естественного гормонального уровня, а у некоторых больных даже позволяют сохранить нормальную фертильность.

Методика интраоперационной профилактики недержания мочи при радикальной простатэктомии

*Д.В. Шукин, В.В. Мегера, О.А. Турчин, Ю.А. Илюхин
г. Харьков, г. Белгород*

Недержание мочи (НМ) является одной из важных проблем у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию. Стойкое недержание остается у 10—15% из них. Необходимо также учитывать, что большинство пациентов имеют НМ на протяжении года после операции, что создает серьезные психологические и социальные неудобства.

К настоящему времени предложено множество способов интраоперационной профилактики и дальнейшей послеоперационной коррекции НМ. К интраоперационным методам относят тщательную апикальную диссекцию предстательной железы, сохранение пубопростатических связок, семенных пузырьков, сосудисто-нервных пучков, шейки мочевого пузыря и проксимальной уретры. Однако существенным недостатком данных методик является снижение радикальности вмешательства, так как количество положительных краев при их использовании значительно возрастает.

Единственным эффективным способом коррекции постпростатэктомического НМ на современном этапе можно считать имплантацию искусственного сфинктера. Однако этот вид лечения достаточно травматичен, дорог и сопровождается специфическими осложнениями (механическая дисфункция сфинктера, атрофия и аррозия уретры).

Для интраоперационной профилактики данного осложнения предложено использование субуретрального слинга. При этом слинговая полоска проводится под уретровезикальным анастомозом и фиксируется к лонным костям без какого-либо натяжения. Тем не менее эта методика не продемонстрировала объективного улучшения в отношении процента пациентов со стойким НМ.

Мы использовали слинговую методику коррекции НМ, сочетающуюся с системой регуляции натяжения слинга «Харьковская антенна» в послеоперационном периоде (патент Украины 7 А61В17/00 Бюл. №9 от 15.09.2005) у семи пациентов.

Методика операции заключалась в следующем. После удаления предстательной железы мобилизовали заднюю поверхность шейки мочевого пузыря. Из апоневроза прямых мышц живота выкраивали лоскут размерами около 5,0 × 1,0 см. Концы слинга прошивали капроновыми лигатурами. Слинг фиксировали четырьмя дексоновыми швами к задней поверхности пузырной шейки. После этого накладывали пузырно-уретральный анастомоз и выводили слинговые лигатуры на апоневроз. Лигатуры фиксировали без натяжения с помощью системы «Харьковская антенна».

Катетер Фолея удаляли через 14—21 сут после операции. В дальнейшем осуществляли регуляцию натяжения слинга на протяжении 2—3 нед.

У пяти пациентов катетер удалили через 21 день после операции, у двух — через 14 дней. Тотальное НМ было зафиксировано на следующий день у шести пациентов, один больной полностью удерживал мочу. При натяжении слинга на 1,0—1,5 см на следующие сутки отмечено

значительное уменьшение количества прокладок. Через 2 дня проводили дальнейшее усиление натяжения (0,5—0,7 см). При этом через 7—10 дней полное удержание мочи было зафиксировано у 5 из 6 больных. У одного пациента отмечено значительное улучшение удержания через 1 мес от момента затягивания лигатур (от 8—10 прокладок до 2—3).

Начальные результаты данной методики позволяют говорить о ее эффективности и необходимости дальнейшей оптимизации приведенного способа в отношении сроков натяжения слинговых лигатур.

Ультразвуковая диагностика липосаркомы мошонки

Н.Ф. Сафонова

г. Нижний Новгород

Липосаркома является злокачественной опухолью мягких тканей, возникающей из жировых клеток. Она составляет 0,8% всех злокачественных новообразований и 5—15% всех сарком мягких тканей, встречается у лиц в возрасте 50—70 лет, несколько чаще у мужчин, чем у женщин, локализуется в основном на бедре, ягодице, в забрюшинном пространстве. В нашей практике встретилась липосаркома мошонки, что является крайне редкой ее локализацией. В литературе описаны единичные случаи подобных опухолей. Больной 65 лет, поступил в хирургическое отделение клинической больницы №3 (Н. Новгород) с диагнозом опухоли правого яичка. При поступлении жалобы на увеличение размеров и боли в правой половине мошонки с иррадиацией в паховую область справа. Увеличение правой половины мошонки отмечал в течение 9 лет. При осмотре объем правой половины мошонки увеличен в 1,5—2 раза, пальпаторно определялось плотное опухолевидное образование размерами более 14,0 × 8,0 см, включавшее в себя яичко и его элементы. Семенной канатик утолщен, безболезненный. В брюшную полость образование не распространялось. При ультразвуковом исследовании органов мошонки слева между париетальным и висцеральным листками влагалищной оболочки выявлено небольшое количество однородной жидкости. Левое яичко не изменено, размерами 44 × 28 мм, форма овальная, структура однородная, эхогенность средняя. Правое яичко четко не лоцировалось. Всю правую половину мошонки занимало объемное образование с неровными нечеткими контурами, неоднородной эхоструктуры с выраженным полиморфизмом эхокартины за счет наличия участков повышенной и пониженной эхогенности. Сделано заключение о наличии злокачественного объемного образования мошонки.

Выполнена операция — удаление опухоли из мошонки справа с яичком и семенным канатиком. Макропрепарат представлял собой опухолевый конгломерат общим размером 19 × 14 × 6 см, на поверхности определялось яичко с придатком размерами 6 × 3,5 × 3 см, с противоположной от него стороны — узловое образование желтовато-коричневого цвета, плотной консистенции, диаметром 6 см. Яичко на разрезе без особенностей. Большая часть конгломерата представлена плотной тканью узлового вида, белесовато-желтого цвета с участками хрящевидной плотности. Гистологически установлена уме-

ренно дифференцированная липосаркома. Ткань паренхимы яичка обычного строения, прорастания опухоли в яичко не отмечалось.

Таким образом, выявленное при ультразвуковом исследовании мошонки объемное образование гистологически оказалось липосаркомой, которая была удалена при оперативном лечении.

Особенности клинических, ультразвуковых и лабораторных методов обследования у пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени, выявленной при трансректальной биопсии предстательной железы

Д.В. Федотов, В.В. Гордеев

г. Хабаровск

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее частым злокачественным новообразованием у мужчин старшей возрастной группы. В 1987 г. D.G. Bostwick и M.K. Brawer предложили модель канцерогенеза в предстательной железе, на которой показан переход от нормального эпителия через 3 степени простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН) к карциноме. Ряд авторов считают ПИН высокой степени (в/с) наиболее вероятным предвестником РПЖ. ПИН в/с представляет самый высокий риск из всех известных прогностических факторов. Предположение о ПИН в/с как предраковом поражении было высказано на основании частого сочетания ПИН в/с и РПЖ. Многочисленные исследования генотипа и фенотипа показали, что имеется значительное молекулярное и биохимическое сходство между ПИН в/с и аденокарциномой предстательной железы.

Цель исследования. Проанализировать особенности результатов клинических, ультразвуковых и лабораторных методов диагностики у пациентов с ПИН в/с, выявленной при трансректальной биопсии предстательной железы.

Материалы и методы. В работе представлен анализ историй болезни 107 пациентов, которым в связи с подозрением на наличие РПЖ была выполнена трансректальная секстантная биопсия предстательной железы в урологическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 в период с 2002 по 2006 г. В качестве группы сравнения обследованы 132 пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) без сочетания с ПИН в/с или РПЖ, которым была выполнена секстантная биопсия предстательной железы в Клинике семейной медицины ДВГМУ. Клиническое обследование включало: сбор жалоб и анамнеза, определение уровня простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови, пальцевое ректальное исследование (ПРИ) и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы. Показаниями для биопсии предстательной железы были уровень ПСА, превышающий возрастнo-специфический показатель (до 59 лет — 4,0 нг/мл; 60—69 лет — 4,5 нг/мл; 70 лет и старше — 6,5 нг/мл), подозрительные изменения предстательной железы при ПРИ — диффузное либо локальное уплотнение железы, асимметрия долей, наличие узловых образований.

Результаты. В основной группе РПЖ был подтвержден у 46 (42,9±4,78%) пациентов в возрасте от 49 до 81 года. Средний возраст выявления РПЖ составил 67,1±1,57 года, уровень ПСА варьировал в пределах 3,7—45 нг/мл. Средний уровень ПСА составил 29,9±2,15 нг/мл. ПИН в/с на фоне ДГПЖ выявлена у 18 (16,8±3,61%) пациентов в возрасте от 50 до 79 лет, средний возраст составил 63,6±1,98 года, длительность анамнеза была от 1 до 10 лет, в среднем 3,55 года; частота никтурии от 1 до 5 раз; острая задержка мочи наблюдалась у 2 (11,1%) пациентов. Средний уровень ПСА составил 14,5±1,47 нг/мл (от 4,8 до 26 нг/мл). При ПРИ было выявлено периферическое уплотнение предстательной железы у 2 (11,1%) пациентов, у 3 (16,6%) — узел в правой доле предстательной железы и у одного (5,5%) — асимметрия предстательной железы за счет увеличения правой доли. По данным ТРУЗИ объем предстательной железы составил в 50—59 лет 46,3 см³ (от 44 до 48,9 см³), в 60—69 лет 53,66 см³ (от 35,8 до 73,9 см³), в 70—79 лет 62,95 нг/мл (от 24,5 до 85,5 см³); таким образом, была прослежена зависимость между возрастом и объемом предстательной железы. У одного (5,5%) пациента соноскопически была обнаружена деформация контура предстательной железы.

Возраст больных с ДГПЖ без сочетания с ПИН в/с или РПЖ в группе сравнения был от 41 до 92 лет, средний возраст составил 65,5±0,75 года. Средний уровень ПСА 15,6±0,97 нг/мл. По данным ПРИ в 21 (15,9±3,18%) случае выявлены узловые образования, в 26 (19,7±3,46%) — асимметрия предстательной железы. По данным ТРУЗИ нечеткость контуров предстательной железы отмечена в 16 (12,1±2,84%) случаях, неровность контуров — в 23 (17,4±3,29%).

Вывод. ПИН в/с не имеет специфических клинических, лабораторных и соноскопических проявлений, позволяющих выявить ее на фоне ДГПЖ. ПИН в/с при трансректальной полифокальной биопсии выявляется в среднем на 3,5 года раньше, чем РПЖ.

К вопросу о морфологической и инструментальной диагностике рака предстательной железы

В.И. Широкопад, В.П. Сергеев,

Ю.Н. Гордеев, Ф.Р. Амосов

г. Москва

Введение. Рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) обуславливает повышенный интерес к этой проблеме. Радикальное хирургическое лечение возможно только при локализованных формах этого заболевания. При первичном выявлении таких больных менее 40% (М.И. Коган, О.Б. Лоран, С.Б. Петров, 2006). Современная классификация РПЖ позволяет оценить клиническую стадию, которая не всегда соответствует патологической. Частота несовпадения клинического и патологического стадирования достигает 48—78% (L. Boccon-Gibod, 2000). В настоящее время доказана значимость следующих прогностических факторов при локализованных формах РПЖ: уровень простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки, степень дифференцировки по шкале Глисона, стадия по TNM и состояние хирургических границ.

Материалы и методы. За период с 01.01.2005 по 01.03.2007 на базе отделения урологии МГОб №62 пролечен 361 больной РПЖ. Средний возраст составил 67,6 года (от 47 до 91 года), по стадиям пациенты распределились следующим образом: I стадия — 27 человек, II — 167, III — 116, IV — 51. Радикальная простатэктомия выполнена на 86 больным. Средний возраст 62,4 года (от 47 до 73 лет). Послеоперационная летальность — 0. В ходе предоперационного обследования у 100% определяли уровень ПСА, проводили пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) с биопсией предстательной железы, КТ органов малого таза и остеосцинтиграфию. Исходно у всех больных имелся гистологически доказанный РПЖ I или II стадии. Средний уровень общего ПСА на момент биопсии предстательной железы составил 13,6 нг/мл (от 2,3 до 49 нг/мл). 53 пациентам перед операцией проводилась гормонотерапия: 30 — в режиме максимальной андрогенной блокады, 2 — только агонисты лютеинизирующего гормона рилизинг-гормона (ЛГРГ), 21 — монотерапия антиандрогенами; 33 пациента не получали лечения перед операцией. Сроки проведения гормонотерапии до операции составили 3,2 мес (от 1 до 6 мес). Снижение уровня опухолевых маркеров (ПСА) на фоне гормонотерапии отмечено в 100% случаев (в среднем в 6,9 раза от исходного). Средний уровень общего ПСА на момент операции составил 2,9 нг/мл (у больных после неоадьювантной гормонотерапии).

При сравнении результатов биопсии и послеоперационного гистологического исследования выявлено расхождение по степени дифференцировки опухоли по шкале Глисона у 25 (29%) больных. При этом показатель Глисона оказался занижен у 23 пациентов, завышен у 2. Расхождение в 1 балл отмечено у 12 человек, в 2 — у 4, в 3 — у 3, в 4 — у 4. Морфологически имелась инвазия в фиброзную капсулу предстательной железы без прорастания за ее пределы у 25 больных, инвазия в клетчатку у 5, инвазия в леваторы у 2, прорастание в семенные пузырьки у 10, прорастание в семенные пузырьки и клетчатку у 1. Среднее количество удаленных лимфоузлов при радикальной простатэктомии — 12 (от 4 до 22). Из 86 больных, подвергнутых простатэктомии, у двух обнаружены метастазы в тазовые лимфатические узлы. Положительный хирургический край выявлен в 9 случаях, из них пузырьный край — в 2, уретральный край — в 5, оба края — в 2. Послеоперационное стадирование представлено следующим образом: T1cN0M0 — 6, T2aN0M0 — 19, T2bN0M0 — 42, T3aN0M0 — 5, T3bN0M0 — 11, T3bN1—2M0 — 2. У одного больного имелась карцинома *in situ* при биопсии, которая подтверждена и после операции. В одном случае в послеоперационном материале не выявлено рака.

Группа больных с положительным краем резекции или верифицированными метастазами в регионарные лимфатические узлы получила 3-месячный курс гормонотерапии агонистом ЛГРГ. Все пациенты остаются под наблюдением, в связи с отсутствием местных рецидивов дополнительных специальных методов лечения не применялось при сроках наблюдения от 3 до 24 мес.

Выводы. Несовпадение клинической и патологической стадии после радикальной простатэктомии выявля-

но нами у 18 (20,93%) пациентов. Предоперационная биопсия не позволила корректно установить степень дифференцировки опухоли по шкале Глисона у 23 (26,74%) больных. Радикальная простатэктомия позволяет максимально точно установить стадию заболевания, что имеет решающее значение для прогноза и выбора оптимальной программы лечения в дальнейшем.

Рак полового члена в молодом возрасте

И.С. Шорманов, А.С. Крохмалев, М.М. Ворчалов

г. Ярославль

Рак полового члена — относительно редкая опухоль. Его частота в Европе и США составляет 0,4—0,6% всех злокачественных новообразований. В России в структуре онкологических заболеваний за 2000 г. его доля не превысила 0,2%. Наибольшая заболеваемость приходилась на больных старше 75 лет, а средний возраст пациентов составил 62,3 года. В возрасте до 40 лет данная патология встречается крайне редко, а у детей — казуистически редко.

В Клинике урологии ЯГМА в 2007 г. зарегистрирован редкий случай рака полового члена у молодого пациента. Приводим это клиническое наблюдение.

Больной А., 29 лет, около 1 года назад до поступления в стационар находился на лечении у дерматовенеролога по поводу первичного сифилиса. Лечение в течение 1 мес результата не принесло. Далее, со слов больного, он обратился анонимно к другому дерматовенерологу с жалобами на увеличение паховых лимфоузлов, что было расценено как первичный аффект в виде пахового лимфаденита; проведено лечение препаратами пенициллина без существенного эффекта. Несмотря на нарастание деструктивных изменений полового члена пациент в течение года за медицинской помощью не обращался и лишь по истечении этого срока в экстренном порядке был госпитализирован в урологическое отделение с клинической картиной острого язвенно-некротического баланопостита.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 в 1 мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Поясничная область при пальпации безболезненна с обеих сторон. Мочеиспускание затрудненное, безболезненное. При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа не увеличена, эластичная, безболезненная. Общий анализ мочи: лейкоциты 2—4, эритроциты — большое количество в поле зрения. Общий анализ крови: эр. 4,11 × 10¹²/л, лейкоц. 15,6 × 10⁹/л; Hb 108 г/л, HCT-тест 36%, СОЭ 35 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза 6,2 ммоль/л, мочевины 1,8 ммоль/л; общий белок 62 г/л. Status localis: две дисциркулярные трети полового члена практически полностью подвергнуты деструкции и изъязвлению с гнойным отделяемым и зловонным запахом, наружное отверстие уретры не визуализируется.

По поводу острого язвенно-некротического баланопостита, гнойного кавернита выполнены частичная пенэктомия, эпицистостомия. Патогистологический диагноз — умеренно дифференцированный плоскоклеточный

рак полового члена с ороговением, очагами некроза, воспалением и инвазией до уретры (T3NxM0G2). В послеоперационном периоде — вялое заживление раны вторичным натяжением. По данным УЗИ метастазов не выявлено; по данным остеосцинтиграфии данных за очаговую патологию нет. Пациент выписан с улучшением на 50-е сутки под наблюдением онколога (химиотерапевта) и уролога поликлиники.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с чрезвычайной редкостью указанной патологии в молодом возрасте. Этот случай подтверждает необходимость в ряде сомнительных случаев с нетипичной клинической картиной и отсутствием эффекта от проводимого лечения привлекать врачей смежных специальностей во избежание ранних и поздних осложнений.

Лимфангиома головки полового члена

А.В. Щербинин, И.Л. Катков

г. Пермь

Опухолевые образования полового члена не относятся к распространенным заболеваниям. Наиболее часто встречается плоскоклеточный рак полового члена, который составляет, по данным различных авторов, 1—2% всех онкологических заболеваний мочеполовой системы. К самым редким образованиям можно отнести доброкачественные опухоли полового члена. В литературе описаны единичные случаи кавернозных гемангиом и лимфангиом, локализованных на головке полового члена. Приводим первый собственный опыт в лечении данной патологии.

В отделение онкоурологии Пермского краевого онкологического диспансера обратился молодой человек 18 лет с гемангиомой головки пениса. Основными жалобами были косметический дефект, болезненные ощущения при коитусе. Пациенту проведено общеклиническое и специальное обследование (УЗИ), по данным которых другой патологии выявлено не было. Размеры образования составляли 1,5 × 2 см, без четких границ, с распространением на левую губку наружного отверстия уретры. Было предложено оперативное иссечение гемангиомы с предоперационным 3-дневным курсом склеротерапии преднизолоном. Инъекции препарата проводились объемом до 2 мл в периферические зоны образования с последующей компрессией головки члена на 4—5 мин. Аналогичная методика применяется хирургами-стоматологами при лечении гемангиом. По нашему наблюдению, эта процедура привела к более четкой дифференцировке границы и некоторому уменьшению образования. Следующим этапом выполнено хирургическое иссечение опухоли: катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея №20, иссечение образования на глубину 0,5 см по границе с неизменной тканью без отступа, ушивание основания и области приносящих сосудов отдельными швами рассасывающимся атравматическим материалом. Края операционной раны ушиты по Данати. В послеоперационном периоде швы зажили первичным натяжением, сняты на 10-е сутки.

Гистологическое заключение: лимфангиома головки полового члена

Косметический эффект операции хороший. Пациент наблюдается регулярно на протяжении 6 мес, признаков рецидива нет.

Меланома мочевого пузыря

В.В. Щетинин, Г.Г. Бояджан, С.А. Худяшов,

М.В. Кондратьев, О.А. Устинова

г. Москва, г. Кемерово

Меланома — одна из частых опухолей кожи, составляющая от 1,0 до 3,0% всех злокачественных опухолей. Эта опухоль происходит из меланоцитов, имеющих нейроэктодермальное происхождение, что обуславливает наличие так называемых скрытых форм меланомы, поражающих слизистые оболочки различной локализации, а также радужную оболочку глаза.

Одной из редчайших локализаций меланомы является мочевого пузыря. Поражение опухолью мочевого пузыря может быть как первичным (смешанная группа опухолей мочевого пузыря по классификации ВОЗ), так и метастатическим. Злокачественная меланома — крайне редкая форма опухоли мочевого пузыря, составляющая менее 0,1%. Учитывая редкость патологии, опишем клинический случай опухоли данной локализации.

Пациент Ф., 68 лет, обратился в отделение эндouroлогии Кемеровской областной клинической больницы 15.01.2007 с жалобами на рези при мочеиспускании, наличие примеси крови. Со слов пациента, болен в течение нескольких месяцев. Пациенту проведено стандартное физикальное и лабораторное обследование, не выявившее диагностически значимых изменений. При ультразвуковом исследовании в полости мочевого пузыря лоцируется 2 конкремента диаметром до 20 и 25 мм, объем остаточной мочи 20 мл, объем предстательной железы 30 см³. На обзорной урографии в проекции мочевого пузыря выявлены тени двух конкрементов до 25 мм. При проведении экскреторной урографии функция почек не нарушена, на нисходящей цистограмме наполнение мочевого пузыря достаточное, контуры ровные. Установлен диагноз: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, камни мочевого пузыря. 18.01.2007 в отделении запланирована цистолитотрипсия.

Ход операции: под перидуральной анестезией операционный цистоскоп введен свободно, в полости мочевого пузыря выявлен один свободно лежащий конкремент до 2 см, второй конкремент фиксирован к объемному образованию на левой боковой стенке. Данное образование черного цвета без ворсин до 20 мм в диаметре имело вид темного сгустка крови. Проведены цистолитотрипсия, литолапаксия. Цистоскоп сменен на резектоскоп. Выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря в пределах здоровых тканей, признаков поражения мышечного слоя не отмечено. Послеоперационное течение гладкое.

По результатам патолого-гистологического исследования, подтвержденного цитохимическими тестами, установлен диагноз меланомы. Анамнестических данных, указывающих на опухолевое поражение кожи, нет. Пациент направлен на дополнительное обследование в условиях онкологического диспансера.

Интерес представленного наблюдения заключается в редкости данной морфологической формы злокачественного новообразования мочевого пузыря, которое, вероятно, имело первичный характер.