

Результаты. Ранние лучевые реакции на коже в области полей облучения проявились аллопцией на дозе 14-20 Гр. Общие токсические эффекты: головная боль, общая слабость, кратковременная гипертермия - встречались одинаково часто у пациентов исследуемых групп. Диспепсия (тошнота, рвота, боли в эпигастрии) достоверно чаще наблюдалась у пациентов I и II группы по сравнению с контролем. Гематологическая токсичность препарата не превышала 2 степени. Снижение на 22% от исходного числа тромбоцитов и лейкоцитов отмечалось на 21–28-й день после начала курса химиотерапии, но в течение последующих двух недель показатели периферической крови нормализовались. Признаков органной и кумулятивной токсичности химиопрепарата не отмечалось.

Контроль роста опухоли (ПО+ЧО+СБ) после 6 курсов ХТ Темодалом и ДГТ СОД – 60 Гр в I группе достигнут у 47,5% больных с анапластической астроцитомой и у 78,2% больных с мультиформной глиобластомой. Во II группе после 4 курсов ХТ у 99,9% и 66,5% соответственно. В группе ДГТ контроль роста опухоли составил 33% при АА и 41% при МГБ, различия статистически значимы ($p < 0.05$). Объективный

эффект (ПО+ЧО) на ХЛТ с Темодалом через 12 месяцев в I группе составил 38,8% при АА и 17,6% при МГБ. В контрольной группе объективный эффект не был достигнут. Общая однолетняя выживаемость в I группе составила 60,3% у больных с АА и 64,7% у больных с МГБ; во II группе 80% и 33,3% соответственно. В группе контроля 22% при АА и 23,5% при МГБ ($p < 0.05$). Медиана выживаемости до прогрессирования у больных с АА в группах I и II составила $9,5 \pm 3,4$ и $13 \pm 3,0$ мес; у больных с МГБ - $6 \pm 2,7$ и $6 \pm 0,75$ мес. В группе контроля 5 ± 3 и $3 \pm 2,3$ мес соответственно ($p < 0.05$).

Выводы. Химиолучевая терапия с Темодалом в комбинированном лечении злокачественных глиом головного мозга показала вполне удовлетворительную переносимость избранных режимов химиотерапии. Эффективность лучевой терапии с Темодалом в режимах 200 мг/м² и 75 мг/м² в сравнении с контролем имела более высокую частоту объективного ответа на проводимое лечение. Применение ХЛТ с Темодалом увеличило показатели общей выживаемости и медиану выживаемости до прогрессирования у больных с АА и МГБ в сравнении со стандартной ДГТ.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРТОТОПИЧЕСКИХ МОЧЕВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

С.Е. ОСМАНЯН, В.Ф. КАСАТКИН, Л.Х. ЧАЛХАХЯН

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Идеальный искусственный мочевой пузырь (МП) должен быть низкого давления, вместительный, податливый к накоплению мочи, почечная функция должна быть сохранена, в то же время должны быть предотвращены малабсорбция, нарушение водно-электролитного и кислотно-основного равновесия и отсроченные метаболические нарушения вследствие реабсорбции мочи резервуаром, а также сведен к минимуму риск развития инфекционно-воспалительных осложнений мочевыводящих путей. Под инфек-

цией мочевыводящих путей подразумевается бактериурия ≥ 1000 КОЕ/мл в 1 мл мочи и/или микробная инвазия с развитием инфекционно-воспалительного процесса в любом отделе мочеполового тракта от наружного отверстия уретры до коркового вещества почки. Критериями инфекционно-воспалительного процесса мочевых путей у пациентов после ортотопической цистопластики является пиурия более 10 лейкоцитов в поле зрения, $\geq 10\ 000$ КОЕ/мл в сочетании с симптомами инфекции мочевых путей или $\geq 100\ 000$ КОЕ/мл \pm симптомы инфек-

ции мочевых путей. Возможными причинами развития инфекционно-воспалительного процесса мочевых путей и почек у больных после цистопластики являются: исходная бактериальная колонизация желудочно-кишечного тракта, интермиттирующая самокатетеризация, инконтинентность резервуара, различия в химическом составе мочи резервуаров и интактного мочевого пузыря. Кроме того, кишечный эпителий не обладает бактериостатическими свойствами уротелия. У 80% пациентов после цистопластики бактериурия представлена уропатогенной флорой и у 20% наблюдается как минимум 1 случай уросеписа. Анатомо-физиологические особенности искусственного мочевого резервуара также могут являться причинами развития инфекционно-воспалительного процесса мочевых путей и почек (нарушение оттока мочи из резервуара вследствие инфравезикальной обструкции и/или снижения эвакуаторной функции резервуара, нарушение оттока мочи из почек по причине высокого внутрирезервуарного давления (≥ 40 см вод. ст.), наличия остаточной мочи (≥ 100 мл), рефлюкса или сужения мочеточниково-резервуарного анастомоза).

Материал и методы. Исследовали пациентов после ортотопической пластики мочевого пузыря при отсутствии госпитальной инфекции и интермиттирующей катетеризации МП. Радикальная цистэктомия в период с января 2004 по декабрь 2008 г. выполнена 43 больным (45,7%). Из них гастроцистопластика и пластика участком подвздошной кишки – 5 (11,6%) и 38 (88,4%) пациентам соответственно. Показаниями к ортотопической пластике явились: местно-распространенный рак прямой кишки с поражением мочевого пузыря 23 больных, первичный рак мочевого пузыря 8 больных, рак мочевого пузыря, после комбинированного лечения (11) и пузырно-влагалищный свищ у 1 пациентки. Катетер Фолея удалялся на 15–16-е сут после операции. Сроки наблюдения от 3 мес до 2 лет. Посевы мочи выполнялись при наличии лейкоцитурии.

Результаты. Был установлен бактериальный спектр ортотопических резервуаров: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Pseudomonas aeruginosa*,

Proteus mirabilis, *Enterobacter* spp., *Enterococcus* spp. У четверти всех больных после формирования ортотопического мочевого пузыря сегментом подвздошной кишки и у половины пациентов после гастроцистопластики рост флоры отсутствует. Кишечная палочка высевалась у 31,6% больных после илеоцистопластики и в 25% случаев после гастроцистопластики. Была также определена антибактериальная региональная резистентность штаммов микроорганизмов артифициального мочевого пузыря, наиболее антибиотико резистентными штаммами являются *Klebsiella* spp. и *Pseudomonas aeruginosa*. В целом выявлена высокая устойчивость к ампицилину и гентамицину. Также проведена оценка частоты инфекции артифициальной МП в зависимости от количества остаточной мочи. В раннем послеоперационном периоде в обеих группах практически у половины больных с объемом остаточной мочи более 100 мл имел место активный воспалительный процесс, бактериурия, пиурия. В течение года после операции у 34,4% больных с илеоцистопластикой и у 25% после гастроцистопластики возник рецидив инфекционно-воспалительного процесса мочевыводящих путей. В сроки от 1 до 2 лет у 12,5% пациентов после илеоцистопластики и у 1 больного после гастроцистопластики отмечалась активизация воспалительного процесса.

Выводы. Инфекция мочевого резервуара является привнесенной и/или осложненной, проявляется в виде бессимптомной бактериурии или клинических симптомов нижних мочевых путей и пиелонефрита. В течение первого года после цистопластики идет адаптация и морфологическая перестройка кишечного и желудочного эпителия к новой агрессивной среде (моче). В этот период она наиболее восприимчива к воздействию инфекции, и для предупреждения рецидивов показана профилактическая антибиотикотерапия. Асимптоматическая бактериурия при наличии остаточной мочи потенциально опасна для пациентов с ортотопической реконструкцией мочевого пузыря, особенно с гидроуретеронефрозом, и является сигналом к активным лечебным действиям.