

noma // J. Urol. 2002; 167: 1995—2000.

46. Wiseman G.A., Scott A.M., Lee F-T. et al. Chimeric G250 (cG250) monoclonal antibody Phase I dose escalation trial in patients with advanced renal cell carcinoma (RCC) // Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol. — 2001; 1027. Abstract.

47. Schwartz G., Dutcher J.P., Vogelzang N.J. et al. Phase II clinical trial evaluating the safety and effectiveness of ABX-EGF in renal cell cancer (RCC) // Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol. — 2002; 91. Abstract.

48. Yang J.C., Haworth L., Steinberg S.M. et al. A randomized double-blind placebo controlled trial of bevacizumab (anti-VEGF antibody) demonstrating a prolongation in time to progression in patients with metastatic renal cancer // Proc. Annu. Meet. Am. Soc. Clin. Oncol. 2002; 15.

49. Holden S.A., Lan Y., Pardo A.M. et al. Augmentation of antitumor activity of an antibody-IL-2 immunocytokine with chemotherapeutic agents // Clin. Cancer. Res. — 2001; 7: 2862—2869.

50. Carnemolla B., Borsi L., Balza E. et al. Enhancement of

the antitumor properties of IL-2 by its targeted delivery to the tumor blood vessel extracellular matrix // Blood. — 2002; 99: 1659—1665.

51. Figlin R.A., Thompson J.A., Bukowski R.M. et al. Multicenter, randomized, phase III trial of CD8(+) tumor-infiltrating lymphocytes in combination with recombinant IL-2 in metastatic renal cell carcinoma // J. Clin. Oncol. 1999; 17: 2521—2529.

52. Rosenberg S.A., Lotze M.T., Yang J.C. et al. Prospective randomized trial of high-dose IL-2 alone or in conjunction with lymphokine-activated killer cells for the treatment of patients with advanced cancer // J. Natl. Cancer. Inst. — 1993; 85: 622—632.

53. Childs R., Chernoff A., Contentin N. Regression of metastatic renal-cell carcinoma after nonmyeloablative allogeneic peripheral-blood stem-cell transplantation // N. Engl. J. Med. — 2000; 343:750—758.

54. Rini B.I., Zimmerman T., Stadler W.M. et al. Allogeneic stem-cell transplantation of renal cell cancer after nonmyeloablative chemotherapy: feasibility, engraftment, and clinical results // J. Clin. Oncol. — 2002; 20: 2017—2024.v

Нефробластома у взрослых

В.Б. Матвеев, Д.А. Рошин, М.И. Волкова

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Nephroblastoma in adults

V.B. Matveyev, D.A. Roshchin, M.I. Volkova

Nephroblastoma (NB), a childhood embryonic tumor, accounts for less than 1% of all neoplasms in adults. The algorithm of an examination of patients aged above 14 years who has suspected NB should include angiography in addition to ultrasound computed tomography and computed tomography. Verification of its diagnosis in adults before therapy requires fine-needle tumor biopsy. Treatment for NB in adults should be multimodality and include neoadjuvant chemotherapy, primary tumor removal, and subsequent chemoradiation therapy. The prognosis is fair in patients over 14 years of age who had a localized NB and poor in those with locally extended and disseminated tumors. It is necessary to perform multicenter studies in order to develop an optimal therapeutic algorithm and to improve the results of treatment for NB in adults.

Нефробластома (НБ, опухоль Вилмса) — самая распространенная опухоль почки у детей, на долю которой приходится менее 1% всех новообразований данной локализации во взрослой популяции. Учитывая крайне низкую распространенность НБ у взрослых, сведения о клинических проявлениях заболевания носят описательный характер, а диагностический алгоритм при данном заболевании не разработан. В связи с высокой чувствительностью опухоли Вилмса у детей к лекарственному лечению и облучению, комбинированное лечение, включающее химиолучевую терапию и удаление опухоли, позволяет добиться прекрасных отдаленных результатов. Напротив, согласно данным незначительного числа авторов, единственным эффективным методом лечения опухоли Вилмса у пациентов старше 14 лет является хирургический. В большинстве работ, посвященных данному вопросу, отмечается крайне низкая чувствительность НБ у взрослых к химио- и лучевой терапии. Наше исследование, основанное на собственных данных, направлено на разработку диагностического и лечебного алгоритмов при этом редком заболевании.

Материал и методы

С 1966 по 2005 г. в отделении урологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН проходили обследование и лечение 28 взрослых больных с диагнозом НБ. Мужчин было 12 (42,9 %), женщин — 16 (57,1 %), средний возраст — 28,5 года (15 — 65 лет); моложе 20 лет было 13 (46,4%) больных, старше 20 лет — 15 (53,6%). Поражение правой почки диагностировано в 12 (42,9 %) случаях, левой — в 16 (57,1%). Категория T1 констатирована у 1 (3,6 %) пациента, T2 — у 7 (25,0 %), T3 — у 20 (71,4%). Опухолевый тромбоз почечной вены имел место в 2 (7,2%) случаях. Регионарные метастазы выявлены у 20 (71,4%) больных, отдаленные метастазы — у 12 (42,9%). Поражение легких имело место в 12 (42,9%) наблюдениях, печени — в 8 (28,6%), костей — в 3 (10,7%), головного мозга — в 2 (7,1%). Клиническая стадия I установлена у 1 (3,6%) больной, II — у 3 (10,6%), III — у 12 (42,9%), IVa — у 12 (42,9%).

В 12 наблюдениях выполнена ультразвуковая (УЗКТ) и компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, забрюшинного пространства, рентгенография органов грудной клетки и ренография, в 11 — аортография и селективная почеч-

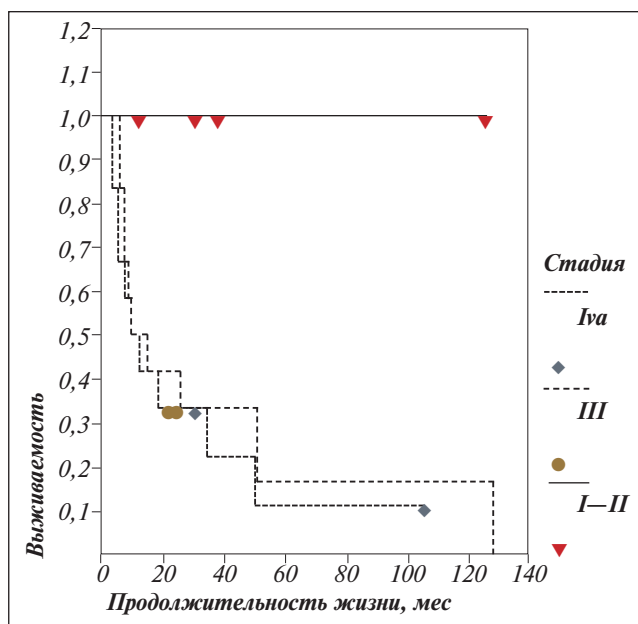


Рис. 1. Выживаемость больных старше 14 лет, страдающих НБ, в зависимости от стадии заболевания

ная ангиография (АГ), в 12 — сканирование, в 9 — рентгенография костей. Тонкоигольная биопсия опухоли потребовалась в 6 случаях, открытая биопсия — также в 6.

Нефрэктомия выполнена 27 (96,4%) из 28 пациентов: 10 (37,0 %) — радикально и 17 (63,0%) — нерадикально. В 2 случаях произведена тромбэктомия. Во время 2 операций отмечен разрыв капсулы опухоли. Хирургическое вмешательство на первом этапе лечения проведено в 18 (66,7%) из 27 случаев. Неoadъювантное лечение применяли у 9 (33,3%) из 27 пациентов: у 3 (11,1%) — химио- (ХТ), у 1 (3,7%) — лучевую (ЛТ), у 5 (18,5%) — химиолучевую терапию (ХЛТ). Дополнительное лечение после нефрэктомии проводили в 23 (85,2%) наблюдениях: в 15 (55,6%) — ХТ, в 3 (11,1%) — ЛТ, в 5 (18,5%) — ХЛТ; 1 (3,6%) из 28 больных получал только ХТ.

На первом этапе ЛТ осуществляли облучение всей брюшной полости до суммарной очаговой дозы (СОД) 20 Гр, на втором этапе — первичной опухоли или ложа удаленной почки до СОД 40 Гр в режиме обычного фракционирования. Использовали различные режимы ХТ, основанные на циклофосфате, винкристине и адриамицине, а также включавшие платидиам, оливамицин, этопозид, блеомицин, проспидин, хризомалин.

При стадировании опухоли использовали классификацию TNM нефробластомы у детей (1993) [1]. Результаты лечения оценивали согласно рекомендациям ВОЗ. Продолжительность жизни рассчитывали с 1-го дня лечения до последнего дня наблюдения или смерти. Для определения степени достоверности по-

лученные данные обрабатывали с помощью критериев Х-квадрат, достоверными считали различия с вероятностью не менее 95% ($p < 0,05$). Продолжительность жизни вычислена по методу Kaplan — Meier. Для сравнения выживаемости использовали log-rank test.

Результаты

Клиническими проявлениями заболевания являлись боль в животе — у 17 (60,7%) больных, макрогематурия — у 7 (25%), гипертермия — у 9 (32%). В 1 случае клиника развилась остро, в связи с разрывом опухоли и забрюшинным кровотечением. Длительность существования жалоб до обращения к врачу колебалась от 1 мес до 5 лет. У 1 больного наблюдалась задержка умственного развития, однако генетическая экспертиза не выявила изменений генотипа, встречающихся при НБ у детей.

По данным комплексного обследования, средние размеры первичной опухоли составили 11,9 x 11,2 x 12,9 см. Патогномоничные для НБ УЗКТ-признаки (изоэхогенность, наличие очагов распада) выявлены у 8 (66,7%) из 12 больных, КТ-признаки (экстракапсулярный рост, кистозность) — у 5 (41,7%) из 12, ангиографические признаки — у 9 (81,8%) из 11 пациентов, у которых использовали данные методы. Наиболее специфичным диагностическим методом при НБ являлась АГ. Характерными признаками данной опухоли были: деформация сосудов II—III порядка, слабая выраженность патологических опухолевых сосудов и умеренная степень васкуляризации в артериальной, негомогенное контрастирование в сочетании с нечеткостью границ опухоли в капиллярной фазе.

При тонкоигольной биопсии диагноз НБ установлен в 1 (16,6%) из 6 случаев, при открытой биопсии — в 4 (66,7%) из 6. Осложнений, диссеминации опухоли после биопсии не отмечено ни в одном наблюдении.

Из 9 больных после неoadъювантного лечения частичный эффект зарегистрирован у 6 (66,7%), прогрессирование процесса — у 3 (33,3%) — у 1 — на фоне ХТ, у 2 — на фоне ХЛТ.

При гистологическом исследовании удаленной опухоли во всех 27 случаях установлен диагноз НБ. Преобладание эпителиоидного компонента отмечено в 9 (33,3%), рабдоидного — в 3 (11,1%), мезенхимального — в 2 (7,4%) наблюдениях. Из 9 пациентов, получавших неoadъювантную терапию, лечебный патоморфоз III степени выявлен у 6 (66,7%), I степени — у 2 (22,2%), II степени — у 1 (11,1%).

Полный эффект комбинированного лечения зарегистрирован в 13 (46,4%) из 28 случаев, частичный — в 4 (14,3%), стабилизация процесса — в 3 (10,3%), его прогрессирование — в 8 (28,6%).

Через 13,1 мес (1,4 — 41,4 мес) после окончания лечения рецидивы диагностированы у 10

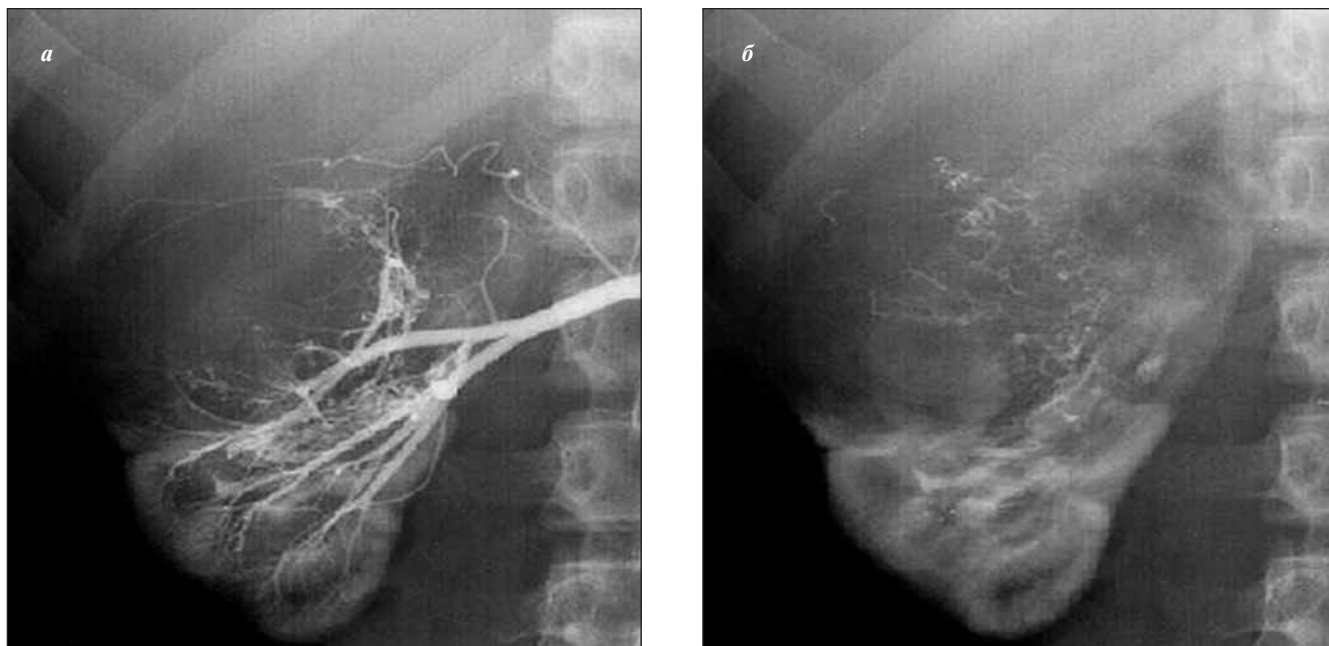


Рис. 2. Селективная почечная АГ справа.
а — артериальная фаза; б — капиллярная фаза

(76,9%) из 13 больных, у которых получен полный лечебный эффект: местный эффект констатирован у 1 (7,7%) пациента, отдаленные метастазы — у 1 (7,7%), сочетание местного рецидива и отдаленных метастазов — у 8 (61,5%).

В 9 случаях по поводу рецидива проводили ХТ (винкристин, дактиномицин, циклофосфан). В 2 (22,2%) наблюдениях достигнут частичный эффект, после чего выполнено хирургическое удаление рецидивной опухоли из ложа почки с последующей консолидацией препаратами платины и винкалкалоидами. У одного из пациентов достигнута полная ремиссия, у второго — стабилизация опухолевого процесса.

Средний срок наблюдения составил 28,5 мес (3,3 — 127,8 мес). 5 (17,9%) из 28 больных живы: 4 (14,3%) — без признаков заболевания, 1 (3,6%) — с признаками болезни; 21 (75,0%) пациент умер, в том числе 20 (71,4%) от прогрессирования НБ, 1 (3,6%) от причин, не связанных с основным заболеванием; 2 (7,1%) больных не прослежены.

1- и 5-летняя общая выживаемость составила 57,1 и 18,8%, специфическая — 57,1 и 21,2%, безрецидивная — 37,5 и 9,4% соответственно. 10 лет пережил 1 пациент. 5-летняя выживаемость снижалась по мере увеличения степени распространенности опухоли со 100% при I—II до 33,3% при III и 11,1% при IVa стадии заболевания ($p=0,077$; рис. 1). Радикальное удаление первичной опухоли приводило к увеличению 5-летней выживаемости с 8,8 до 52,5% ($p=0,193$).

Обсуждение

В детской популяции НБ является самым распространенным новообразованием почки. В струк-

туре онкозаболеваемости у детей она занимает 4-е место [1]. По данным литературы, опухоль Вилмса у пациентов старше 14 лет встречается крайне редко. В литературе мы обнаружили описание менее 250 случаев НБ в данной возрастной группе [2—4]. С 1971 по 2005 г. в РОНЦ РАМН проходили лечение более 3600 взрослых больных опухолями почки, при этом опухоль Вилмса составила только 0,8% от всех новообразований этой локализации.

Диагноз НБ у взрослых представляет определенные трудности. Клиническая картина заболевания неспецифична и не отличается от таковой при раке почки [5]. В нашей серии наблюдений наиболее распространенными симптомами НБ являлись боль, гематурия и лихорадка, связанная с наличием характерных для данной опухоли очагов распада. В 8% случаев у детей заболевание манифестирует клинической картиной разрыва опухоли и забрюшинного кровотечения [1]. Подобные случаи описаны и у взрослых [6]. Мы также располагаем одним наблюдением забрюшинного кровотечения из НБ с распадом у взрослого больного.

Во всех возрастных группах опухоль Вилмса имеет тенденцию к быстрому агрессивному росту, формированию опухолевых тромбов в просвете почечной и нижней полых вен и диссеминации процесса. По данным литературы [7], от 20 до 50% взрослых на момент установления диагноза имеют метастазы. Метастазы диагностированы у 42% наших больных. При этом наиболее часто поражались легкие, забрюшинные лимфатические узлы и печень, что согласуется с результатами других авторов [7].

В настоящее время не существует четкого алгоритма обследования взрослого пациента с подозрением на опухоль Вилмса. Учитывая высокие темпы увеличения размеров новообразования, большинство пациентов поступают в стационар с большими и гигантскими опухолями забрюшинного пространства, что вызывает сложности не только при установлении точного диагноза, но даже при определении органной принадлежности новообразования. Так, диагноз НБ до обследования в РОНЦ был постановлен в 10 (35,7%) из 28 случаев; в 18 (64,3%) наблюдениях направляющий диагноз сформулирован как опухоль почки — у 13 (46,4%) больных, забрюшинная опухоль — у 3 (10,7%) и опухоль печени — у 2 (7,2%).

По нашему мнению, алгоритм обследования должен включать УЗКТ, КТ и АГ. В нашей серии наблюдений в 67% случаев при УЗКТ опухоль визуализировалась как изоэхогенное новообразование с очагами распада. При КТ в 42% наблюдений определялась ячеистость опухоли. По данным Abe Kazuhiro и соавт. [8], у взрослых при КТ НБ в 75% случаев выявляется как новообразование низкой плотности. Единственным относительно специфичным методом диагностики НБ является АГ, при которой более чем в 80% случаев определяется гиповаскулярная опухоль (рис. 2, а,б). Согласно данным литературы, нефробластома у детей также не имеет характерных УЗКТ-, КТ- и АГ-признаков [1].

Только наличие симптомов, позволяющих заподозрить НБ у пациентов молодого возраста, является достаточным обоснованием для выполнения тонкоигольной биопсии опухоли почки. Учитывая отсутствие патогномоничных радиологических симптомов, верификация диагноза до начала лечения чрезвычайно важна, так как позволяет определить дальнейшую тактику лечения. Использование тонкой иглы и УЗКТ-наведения позволило избежать осложнений и диссеминации опухоли во всех наблюдениях. При НБ у детей пункция опухоли иглой диаметром > 0,9 мм автоматически увеличивает категорию рТ, так как приводит к нарушению целостности капсулы новообразования, распространению опухолевых клеток в окружающие ткани и ухудшению прогноза [9]. Как и некоторые авторы [10], мы полагаем, что данная рекомендация, основанная на большом клиническом материале, должна выполняться и при обследовании взрослого контингента с подозрением на НБ.

Существуют четкие протоколы комплексного лечения НБ у детей, включающие хирургическое вмешательство, ХТ и ЛТ. Выбор тактики определяется стадией заболевания. НБ I стадии предполагает выполнение нефрэктомии с последующей ХТ. При II—IV стадиях заболевания лечение начинают с 2 курсов индукционной ХТ (винкристин, дактиноми-

цин, доксорубин) с последующей нефрэктомией. Послеоперационная ХТ при II стадии проводится по той же схеме (6 курсов); НБ III—IV стадии является показанием к проведению в послеоперационном периоде 6 курсов ХТ в режиме винкристин, дактиномицин, циклофосфан [1,9,11,12].

В связи с низкой распространенностью данного заболевания у взрослых в настоящее время оптимальной тактики лечения этой категории пациентов не выработано. Имели место многочисленные попытки адаптировать «детские» стандарты к лечению больных старше 14 лет [2,13,14]. Terenziani M. и соавт. [15] сообщают о 17 взрослых пациентах с НБ, проходивших лечение согласно «детским» протоколам. При этом специфическая выживаемость данной группы больных уступала таковой у детей с НБ.

В детской популяции высокая чувствительность опухоли Вилмса к ХТ и ЛТ позволяет выполнять при локализованной НБ органосохраняющие операции [16]. Низкая эффективность консервативных методов лечения у взрослых делает радикальное удаление первичной опухоли одним из важнейших факторов прогноза. Поэтому в данной возрастной группе единственным адекватным объемом операции является удаление почки. Нефрэктомия при НБ должна выполняться с соблюдением всех онкологических принципов. Ранняя перевязка сосудистой ножки необходима с целью предотвращения гематогенной диссеминации опухоли и снижения риска кровотечения. При наличии опухолевого тромбоза почечной и нижней полой вен выполняется тромбэктомия [17]. Удаление почки в пределах фасции Герота вместе с надпочечником показано в связи с характерным для НБ местно-инвазивным ростом. Вопреки мнению некоторых исследователей [1], мы считаем, что при НБ необходимо выполнение регионарной лимфаденэктомии, так как в нашей серии наблюдений частота поражения забрюшинных лимфатических узлов достигала 71,4%.

Только хирургическое лечение эффективно лишь у незначительного числа пациентов с низкой клинической стадией НБ. Однако в большинстве описанных наблюдений, как и у наших пациентов, категория Т была не менее Т3. Кроме того, следует принимать во внимание, что при данном заболевании огромное влияние на прогноз оказывает сохранение целостности капсулы опухоли во время операции, что нередко представляет значительные технические трудности [6]. Таким образом, даже у пациентов с локализованными формами НБ необходимо рассматривать вопрос о показаниях к системному лечению. При местно-распространенных и диссеминированных опухолях агрессивное клиническое течение заболевания существенно ограничивает возможности только хирургического метода.

Проведение ХТ у детей, страдающих опухолью Вилмса, перед хирургическим вмешательством позволяет добиться объективного ответа в 63% случаев [18]. Мы использовали неoadъювантную лекарственную терапию, ЛТ и ХТ у больных местно-распространенными и диссеминированными опухолями. При этом в 67% случаев отмечен клинический эффект, а лечебный патоморфоз опухоли зарегистрирован во всех наблюдениях. Это свидетельствует о чувствительности НБ у взрослых к ХТ и облучению, что является обоснованием для дальнейшего применения этих методов при данном заболевании.

Лечение детей, страдающих распространенными формами заболевания, проводится согласно приведенным выше протоколам [11,12]. При местно-распространенной нефробластоме у взрослых большинство авторов использовало комбинированное лечение, включавшее удаление первичной опухоли с последующей ХЛТ. В основном эмпирически применяли схемы, основанные на дактиномицине, адриамицине, винкристине и циклофосфате [2,3,17,19]. Мы также придерживались данной тактики. При этом эффект лечения достигнут у 71,4% больных. Малое число наблюдений не дает возможности оценить значение ХТ и ЛТ отдельно, а также определить оптимальный режим ХТ.

Наличие отдаленных метастазов у детей с опухолью Вилмса является показанием к проведению ХТ. При этом полная регрессия опухоли наблюдается в 50%, частичная ремиссия — в 30% наблюдений [12]. Диссеминированная НБ у взрослых представляет собой серьезную проблему. Проведение только консервативного лечения в нашем случае оказалось неэффективным. Возможно, появление новых препаратов и режимов ХТ позволит улучшить результаты лечения данной категории больных.

НБ у пациентов всех возрастных групп склонна к рецидивированию, как местному, так и с развитием отдаленных метастазов [2,20]. При рецидивах опухоли мы применяли тактику, аналогичную лече-

нию первичной НБ, при этом объективный ответ достигнут только у 22% больных.

Прогноз у детей, страдающих опухолью Вилмса, удовлетворительный. Общая 4-летняя выживаемость 448 пациентов детского возраста, включенных в протокол UKWT2 UKCCSG, составила 83% [11]. В исследовании Reinhard H. и соавт. [21], включившем 30 пациентов старше 14 лет с нефробластомой I—III стадии, 4-летняя безрецидивная выживаемость достигла 57%, а общая — 83%. В нашем исследовании 1- и 5-летняя специфическая выживаемость у взрослых больных была ниже и составила 57,1 и 21,2% соответственно. Продолжительность жизни пациентов с локализованной НБ высокая, 5-летняя выживаемость пациентов с I—II стадиями заболевания достигает 100%. При местно-распространенных и диссеминированных формах опухоли отмечается резкое ухудшение прогноза, 5 лет переживает только 10—30% больных. Наибольшее влияние на выживаемость оказывает радикальное хирургическое удаление НБ. По мнению большинства исследователей, нео- и адъювантная ХЛТ позволяет улучшить прогноз, однако пока это достоверно не доказано.

Таким образом, НБ, эмбриональная опухоль детского возраста, составляет менее 1% всех новообразований почки у взрослых. В алгоритм обследования больных старше 14 лет с подозрением на НБ, помимо УЗИ и КТ, должна входить АГ. С целью верификации диагноза до начала лечения необходима тонкоигольная биопсия опухоли. Лечение НБ у взрослых должно быть комбинированным и включать в себя неoadъювантную ХТ, удаление первичной опухоли и последующую ХЛТ. Прогноз у больных старше 14 лет, страдающих локализованной НБ, удовлетворительный, у пациентов с местно-распространенными и диссеминированными опухолями — плохой. С целью выработки оптимального лечебного алгоритма и улучшения результатов лечения НБ у взрослых необходимо проведение многоцентровых исследований.

Литература

1. Шароев Т.А., Бойченко Е.И. Нефробластома у детей // Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / Под ред. М.И. Давыдова. — М., 2004. — С. 76 — 767.
2. Butler D., Buchino J.J., Jose B. et al. Wilms' tumor in an adult: a case report and review of the literature // J.Ky.Med.Assoc. — 1997. — Vol. 95. — P. 191—196.
3. Carmona Campos E., Zarate Rodriguez E. Wilms tumor in adults. Report of a case // Actas.Urol.Esp. — 2001. — Vol. 25. — №10 — P. 755—758.
4. Kumar R., Ampara E., David R. et al. Adult Wilms tumor: clinical and radiological features // Urol. Radiol. — 1984. — Vol. 314. — P. 164—169.
5. Мартин И. Резник, Эндриу К. Новик. Секреты урологии. «Бином». — М., 1997. — С. 70.
6. Heyns C.F., Rossouw D.J. Spontaneous rupture of adult Wilms' tumor // Cancer. — 1989. — Vol. 64. — P. 173—177.
7. Saitoh H., Shiramizu T., Nakamura K., Satoh T. Influence of age and nephrectomy on metastatic patterns in Wilms' tumors // Tokai.J.Exp.Clin.Med. — 1982. — Vol. 7. — P. 345—354.
8. Abe Kazuhiro, Wada Tetsuro, Ueda Masataka et al. Wilms tumor in adult. // Acta.Urol.Jap. — 2000. — Vol. 46, № 6. — P. 405 — 408.
9. Мавричев А.С., Красный С.А., Поляков С.Л. и др. Опухоли почек у детей // Онкоурология. — Минск, 2001. — С. 93.
10. Hentrich M.U., Meister P., Brack N.G. et al. Adult Wilms' tumor. Report of two cases and review of the literature // Cancer. — 1995. — Vol. 75. — P. 545—551.
11. Grundy R.G., Hutton C., Middleton

- H. Outcome of patients with stage III or inoperable WT treated on the second United Kingdom WT protocol (UKWT2); a United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG) study // *Pediatr Blood Cancer*. — 2004. — Vol. 42. — P. 311—319.
12. Stefanowicz J., Sierota D., Polczynska K. Stage IV Wilms' tumour — analysis of treatment results, according to the SIOP 93-01 protocol, at the Medical University of Gdansk // *Med Wieku Rozwoj*. — 2004. — Vol. 8. — P. 197—200.
13. Babaian R.J., Skinner D.G., Waisman J. Wilms' tumor in the adult patient: diagnosis, management, and review of the world medical literature // *Cancer*. — 1980. — Vol. 45. — P. 1713—1719.
14. Nishimura M., Takenawa J., Okada K. et al. Adult Wilms tumor: a case of prolonged survival achieved by multimodal treatment // *Hinyokika. Kiyo*. — 1987. — Vol. 33. — P. 1226—1231.
15. Terenziani M., Spreafico F., Collini P. et al. Adult Wilms' tumor: A monoinstitutional experience and a review of the literature // *Cancer*. — 2004. — Vol. 15. — P. 289—293.
16. Wu H.Y., Snyder H.M., D'angio G.J. Wilms' tumor management // *Curr Opin. Urol*. — 2005. — Vol. 15. — P. 273—276.
17. Baba K., Yamaguchi O., Nomiya M. et al. A case of adult Wilms' tumor with vena caval involvement // *Hinyokika. Kiyo*. — 1995. — Vol. 41. — P. 369—372.
18. Zhao Y.B., Zheng S.B., Mao X.M. et al. Clinical effects of preoperative chemotherapy for Wilms tumor // *Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao*. — 2004. — Vol. 24. — P. 722—724.
19. Buchino J.J., Jose B. et al. Wilms' tumor in an adult: a case report and review of the literature // *J. Ky. Med. Assoc.* — 1997. — Vol. 95. — P. 191—196.
20. Orditura M., De Vita F., Catalano G. Adult Wilms' tumor: a case report // *Cancer*. — 1997. — Vol. 80. — P. 1961—1965.
21. Reinhard H., Aliani S., Ruebe C. et al. Wilms' tumor in adults: results of the Society of Pediatric Oncology (SIOP) 93-01. Society for Pediatric Oncology and Hematology (GPOH) Study // *J. Clin. Oncol.* — 2004. — Vol. 15, № 22. — P. 4500—4506.

Отдаленные результаты консервативного лечения больных раком предстательной железы II—III стадии

Т.П. Чуприк-Малиновская, Г.Г. Матякин, Е.В. Малофиевская, Н.Н. Виноградова, М.В. Кислякова, В.Е. Каллистов

Центральная клиническая больница Медицинского центра управления делами Президента РФ, Москва

Long term results of conservative treatment for stage II—III prostate cancer

T.P. Chuprik-Malinovskaya, G.G. Matyakin, E.V. Malofievskaya, N.N. Vinogradova, M.V. Kislyakova, V.E. Kalistov

The results of treatment of 170 patients with prostate cancer (T2—3N0—1M0—1) who received radiotherapy or radiotherapy plus antiandrogenic therapy from 1998 to 2003 were reviewed. The mean age was 69,5 year. The diagnosis was verified morphologically (G1 — 146 (85%), G2 — 10 (6%), G3 — 14 (8%) patients). The mean level of PSA was 24 ng/ml. Morphologic characteristics of tumors with defining of their differentiation grade according to Glisson scale were studied in 75 patients. Conformation radiotherapy with three dimensional planning was carried out by linear accelerator. Multipetal collimator was used for figured fields construction taking into account the spread of tumor.

The total dose of radiation was 70—74 Gy. Only radiation therapy was carried out to 45 patients, whereas in 125 patients the radiotherapy was supplemented by administration of antiandrogenic therapy with Flucin or Zoladex. For initial assessment of tumor extent and evaluation of the treatment effect, we used transrectal ultrasound investigation (TRUSI) with ultrasonographic angiography. According to TRUSI, capsule invasion was found in 25 (16%) patients, which determines the risk of disease progression. Five year disease free survival in the absence of capsule invasion was 92%, whereas the capsule invasion diminishes it to 60%. With increasing levels of PSA long term results deteriorates: 5-year disease free survival was 80% at PSA level below 10 ng/ml, 72% at PSA level 10,1 — 20 ng/ml and 50% at PSA level higher than 20 ng/ml (p=0,36). Capsule invasion found on TRUSI and US angiography, high PSA level and Glisson sum are indications for administration of radiotherapy with antiandrogenic therapy. Unfavorable prognostic factors are found in one third patients over 70 years old, which demands employment of adequate antitumor treatment. Radiation therapy is an effective treatment for prostate cancer: 5-year observed survival was 86%, corrected survival — 91% and disease free survival — 78%

Рак предстательной железы (РПЖ) — наиболее распространенное злокачественное новообразование у мужчин. В последние годы наблюдается значительный рост этого заболевания, при этом доля больных локализованным раком составляет 32,4% [1, 2]. Стандартизованный показатель заболеваемости (мировой стандарт распределения населения) в 2002 г. составил: в мире в целом — 21,2 на 100 тыс. мужчин, в США — 104,3, в России — 15,9, в лечебных учреждениях Медицинского центра (МЦ) — 59. При этом стандартизованный пока-

затель смертности соответственно составлял: в мире — 7,9, в России — 6,8, в США — 17,9 и в МЦ — 9,8 на 100 тыс. мужчин [3]. Диспансерное наблюдение за мужчинами старше 50 лет в учреждениях нашего МЦ, включающее УЗИ с УЗ-ангиографией (ТРУЗИ с УЗ-ангиографией), контроль уровня простатспецифического антигена (ПСА), позволило выявить локализованные формы РПЖ у 76% больных. В настоящее время радикальная простатэктомия и лучевая терапия (ЛТ) признаны стандартами лечения локализованного РПЖ [4]. Благодаря