

Цель исследования: изучить ранние и отдалённые результаты РПЭ, оценить варианты её оптимизации.

Материалы и методы.

За период с июля 2007 г. по август 2011 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ Тюменский ООД позадилоная РПЭ выполнена у 121 больных РПЖ. У большинства пациентов ($n=81$ или 69,3%) диагноз был установлен после скрининга ПСА и выполнения мультифокальной ТРУЗИ-биопсии по этому поводу. Критерии отбора на операцию – обязательная гистологическая верификация, отсутствие отдалённых метастазов и тяжёлой сопутствующей соматической патологии. 82 больных (70,53%) получали неoadъювантную гормонотерапию (НАГТ), однако с 2011 г. мы более ограниченно стали назначать НАГТ вследствие технических особенностей проведения РПЭ после данного лечения. Распределение больных по клиническим стадиям было следующее: T_1 – 24 (19,8%), T_2 – 62 (51,2%), T_3 – 35 (28,9%). Надо отметить, что послеоперационная конверсия стадии (патоморфологическая) в сторону ухудшения отмечена у 22 больных (18,6%), в сторону улучшения – у 3 (2,4%).

Все вмешательства выполнены из позадилоного нижнее-срединного доступа по стандартной методике Walsh с удалением по возможности запирательных, подвздошных, пресакральных лимфоузлов. Среднее количество удаляемых лимфоузлов – 11 (от 5 до 20). Длительность операции составляла не более 3 часов (в среднем 1 час 50 минут), объем кровопотери от 250 до 1300 мл (в среднем, по мере приобретения опыта, не превышает 300-400 мл). С 2011 г. по избирательным показаниям мы выполняем нервосберегающую уни- и билатеральную РПЭ ($n=5$).

На операциях мы применяли различные виды аппаратуры, снижающие опасность кровотечения (ультразвуковые генераторы Autosonix, Harmonic, электрохирургический генератор LigaSure-Atlas, биполярные ножницы Eticon).

Результаты и обсуждение.

Сроки удаления уретрального катетера варьировали от 7 до 21 суток, в зависимости от прекращения отделяемого по тазовым дренажам (в среднем – 14 суток). Длительная лимфоррея отмечена в 52 случаях (42,9%). Отмечено более быстрое прекращение лимфорреи при использовании ультразвукового скальпеля «Harmonic» для выполнения тазовой лимфаденэктомии. Полного недержания мочи после удаления катетера не отмечено ни у одного больного. У пациентов с нервосберегающей методикой отмечено несколько более раннее восстановление удержания мочи. 18 больным (14,8%) потребовалось назначение наружной ДЛТ и немедленной ГТ в режиме МАБ в связи с морфологически подтвержденным наличием экстрапростатической инвазии, позитивного хирургического края и (или) метастазами в ре-

гионарные лимфоузлы, согласно клиническим рекомендациям EAU от 2009 г.

Выводы. На основании нашего небольшого (4-летнего) опыта выполнения РПЭ считаем целесообразным:

- проведение немедленной ДЛТ и ГТ при морфологической послеоперационной конверсии стадии TNM;
- применение нервосберегающей методики у тщательно отобранной группы больных;
- назначение неoadъювантной ГТ показано у очень ограниченной группы пациентов;
- применение ультразвукового скальпеля позволяет минимизировать послеоперационную лимфоррею.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ HIFU-ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Лыков, А.В. Купчин

Тюменский ООД

Радикальная простатэктомия, бесспорно, является золотым стандартом в лечении локализованных форм рака предстательной железы (РПЖ). Несмотря на это ряду пациентов провести хирургическое лечение не представляется возможным по тем или иным причинам (высокий хирургический риск ввиду интеркуррентных заболеваний, перенесённые операции на органах малого таза, а также отказ пациента от оперативного лечения). Появление такого малоинвазивного метода лечения РПЖ, как высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук (HIFU) может явиться альтернативой для определённой группы больных локализованным РПЖ, а также вариантом комплексного лечения при местнораспространённом РПЖ.

Цель исследования: проанализировать первый опыт лечения РПЖ методом HIFU-терапии.

Материалы и методы. За период с ноября 2010 г. по октябрь 2011 г. в онкоурологическом отделении ГБУЗ ТООД проведено 17 сеансов HIFU-терапии больным РПЖ. Лечение осуществлялось на аппарате «Ablatherm» (Франция). Средний возраст больных $61,8 \pm 3,2$ лет. Начальный уровень ПСА в среднем 15,6 нг/мл (от 5,8 до 30). Распределение больных по клиническим стадиям: T_{1c} – 2, T_{2a} - T_{2b} – 8, T_{3a} – 6 больных и один пациент с метастатическим РПЖ.

Объём предстательной железы у всех больных не превышал 30 см³ (от 10,5 до 26,8 см³). Таким образом, лечение осуществлялось без предварительной ТУРП. Среднее время процедуры составило 102,53 мин (от 86 до 125 мин), средний объём тканей, подвергнутых процедуре лечения – 136,6% от объёма ПЖ. Всем пациентам процедура лечения осуществлялась под спинномозговой анестезией. Критериями выбора в поль-

зу данного лечения у 8 больных явился отказ от предложенной хирургической операции, у 8 больных были относительные противопоказания к выполнению РПЭ, 1 больному HIFU-терапия проведена с циторедуктивной целью в плане комплексного лечения.

Результаты и обсуждение.

Все больные удовлетворительно перенесли сеанс лечения, интраоперационных осложнений не было. У 3 больных наблюдалась фебрильная температурная реакция, потребовавшая антибактериальной терапии, остальные пациенты получали уросептики. У 2 пациентов наблюдалась гематурия в течение 2 суток после операции. Сроки удаления уретрального катетера варьировали от 7 до 12 суток, в зависимости от времени и объема лечения. Недержания мочи не отмечено ни у одного больного, у 7 больных (50%) наблюдалась странгурия, купирувавшаяся приемом α -блокаторов, спазмолитиков; в одном случае потребовалась повторная установка уретрального катетера. У 6 больных (42,8%) в сроки после сеанса лечения 3-6 мес отмечен средний уровень ПСА 0,81 нг/мл (от 0,1 до 1,5 нг/мл), у них продолжено динамическое наблюдение. У 5 больных (35,7%) в те же сроки отмечен средний уровень ПСА 5,4 нг/мл (от 3,2 до 9,0 нг/мл), им назначена гормонотерапия, планируется биопсия ПЖ и возможное повторение HIFU-терапии. 2 больных ожидают контрольного обследования. У 1 больного генерализованным РПЖ зарегистрирована гормонорефрактерная фаза, он получает доцетаксел.

Выводы.

На основании нашего небольшого опыта применения HIFU-терапии при РПЖ можно сказать, что данный вид лечения показан у хорошо отобранных пациентов при наличии их отказа от РПЭ, а также возможно его использование в плане комплексного лечения метастатического РПЖ. Кроме того, положительным моментом является возможность повторения процедуры.

ДИСТАНЦИОННОЕ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛУЧЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО В КОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫМ СОКРАЩЕНИЕМ ОБЪЕМОВ ОБЛУЧЕНИЯ

В.В. Метелев

РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург

Одной из важных особенностей рака предстательной железы (РПЖ) является частое метастазирование в кости. Клиническим проявлением костных метастазов бывает выраженный болевой синдром, который резко снижает качество жизни пациентов. Кроме этого, дальнейшее развитие

метастатического процесса может приводить к патологическим переломам костей. Стандартным видом терапии диссеминированного РПЖ в настоящее время считается гормонотерапия (ГТ). По рекомендациям Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) дистанционная радиационная терапия (ДРТ) является методом выбора у пациентов со стадиями T1-4N0/XM0/X. При метастазах в кости лучевая терапия назначается в основном для симптоматического лечения больных с рефрактерной к кастрации болезнью. Однако, потенциал ДРТ у пациентов диссеминированным РПЖ используется в настоящее время недостаточно. Комбинация генетических факторов, органотропизма и анатомических особенностей венозного оттока от простаты способствуют оседанию метастазов преимущественно в костях таза и крестцово-поясничного отдела позвоночника. В связи с этим, нами предложено сегментарное облучение (СО) таза у больных с преимущественным поражением костей таза, с последовательным сокращением объемов облучения и доведением суммарной очаговой дозы (СОД) локально на простату до «радикального» терапевтического уровня.

Цель исследования: изучение возможностей паллиативной ДРТ в улучшении качества жизни и повышении эффективности лечения больных РПЖ с множественными метастазами в кости с преимущественным поражением костей таза.

Материал и методы. В ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ)» проведена паллиативная ДРТ в режиме динамического фракционирования у 107 больных морфологически верифицированным РПЖ с множественными метастазами в кости ($T_{1-4}N_{0-1}M_{1b}$) в возрасте от 43 до 78 лет. Средний возраст больных составил $63,5 \pm 0,73$ года. Облучение осуществлялось в комбинации с ГТ. Использовались два основных варианта андрогенной депривации: комбинированная (максимальная) андрогенная блокада (хирургическая или медикаментозная кастрация + антиандрогенный препарат) или моногормонотерапия (антиандрогенный или эстрогенный препарат или хирургическая кастрация). Контрольная группа больных, у которых единственным методом лечения была ГТ, состояла из 76 пациентов.

ДРТ осуществлялась на высокоэнергетических установках в режиме тормозного излучения с граничной энергией от 6 до 18 МэВ. На первом этапе больным проводилось предложенное нами сегментарное облучение таза (облучение сегмента тела с захватом всех костей таза). СО осуществлялось с двух открытых противолежащих полей (0° и 180°) от гребней подвздошных костей (с захватом L₄ по показаниям) до уровня нижнего края седалищных бугров (или границы верхней и средней трети бедренных костей при их заинтересованности). Разовая очаговая доза (РОД) об-