

болевым синдромом, гематурией, быстрым ростом новообразования. В подобных случаях альтернативным методом лечения является селективная эмболизация опухоли, однако в литературе встречаются единичные сообщения на эту тему. Ю.В. Суворова с соавторами (ФГУ РНЦРХТ, г. Санкт-Петербург) представила наблюдения, в которых с 1999 по 2007 гг. рентгенэндоваскулярная эмболизация успешно выполнена у 9 больных с опухолью единственной почки.

Цель исследования: проанализировать эффективность интервенционных методов в лечении больных ПКР.

Материалы и методы.

Представлены два клинических наблюдения паллиативного лечения рака почки с помощью эмболизации почечной артерии у пациентов, находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении «ФГУ РНЦРХТ» в сентябре-октябре 2010 года.

Больной Б. 1938 г.р. инвалид I гр., поступил в урологическое отделение 17 сентября 2010 года. Считает себя больным с 2003 года, когда выявлен рак левой почки, в связи с чем, произведена нефрэктомия слева. При очередном контрольном обследовании, в 2010 году обнаружена опухоль правой почки размерами 4,2 см., метастазы в поджелудочную железу и ложе левой почки. В связи с этим в августе 2010 года в НИИ онкологии им. Петрова удален метастаз в ложе левой почки. Пациент госпитализирован для продолжения комбинированного лечения. *Клинический диагноз:* ПМР. Рак левой почки T₁N₀M₀. Нефрэктомия слева от 2003 г. Рак правой почки T_{1b}N₀M₁рапс. Удаление метастазов в ложе левой почки от 08.2010 г.

30.10.2010 г. выполнена суперселективная химиоэмболизация ветви основного ствола правой почечной артерии, преимущественно кровоснабжающей опухоль единственной правой почки с 4 мг. Винбластин + 0,25 см³ Айвалона + 2 мл Липиодола + 2 мл спирта. После эмболизации самочувствие удовлетворительное. Контрольные анализы крови и мочи без патологии. Для профилактики постэмболизационных осложнений больной получил плановую инфузионную терапию. На момент выписки состояние пациента удовлетворительное (оценка по индекс Карновского=80), жалоб нет.

Следующая демонстрация также представляет пример паллиативного лечения метастатической формы ПКР, но с опухолевым тромбом.

Больная Т., 1938 г.р., В июне 2010 года, при профилактическом обследовании, с помощью УЗИ выявлена опухоль левой почки 3 см в диаметре. При МСКТ органов брюшной полости

определяется опухоль левой почки 69 мм в диаметре, опухолевый тромб в левой почечной вене. При рентгенографии органов грудной клетки выявлено вторичное поражение легких. *Клинический диагноз:* Рак правой почки cT_{4b}N₀M₁ pulm. (IV ст.)

04.10.10 г. выполнена селективная химиоэмболизация левой почечной артерии с 5 мг Винбластин + 3 мл Липиодола + 2 см³ гемостатической губки. В постэмболизационном периоде беспокоили умеренные боли в поясничной области слева в течение 2-х дней, лейкоцитоз 17,49*10⁹, палочкоядерные нейтрофилы 10%, СОЭ-64 мм/час. На фоне проводимой инфузионной и антибиотикотерапии состояние удовлетворительное, отмечались незначительные боли в поясничной области и подъем температуры в течение 2 дней.

Результаты и обсуждения.

Представленные клинические наблюдения демонстрируют возможности расширения диапазона паллиативного лечения. В первом случае имеет место опухоль единственной почки и выполненная суперселективная эмболизация почечной артерии.

Второй случай - метастатический почечно-лечотный рак. Здесь артериальная эмболизация выполнена как этап паллиативного лечения перед последующей химио-лучевой терапией направленной на метастазы в легких. Серьезных осложнений не было в обоих случаях. Контроль полноты и эффективности выполненной эмболизации будет осуществляться с помощью СКТ.

Таким образом, селективная эмболизация сосудов почки при почечно-клеточном раке - эффективный паллиативный метод лечения. Для успешной артериальной эмболизации необходимо тщательное ангиографическое исследование, включающее выполнение катетеризации всех сосудов, которые участвуют в кровоснабжении почки и опухоли.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛАЦИИ (HIFU-ТЕРАПИИ) В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Лыков, А.В. Купчин

Тюменский ООД

Проблема лечения рака предстательной железы (РПЖ) становится всё более актуальной в клинической практике онкоурологов. По темпам прироста заболеваемости за последние 2-3 года РПЖ прочно занимает ведущее место среди всей

онкопатологии у мужчин. Так, по данным популяционного канцер-регистра ГЛПУ ТО ООД заболеваемость РПЖ в Тюменской области в 2005 г. составила 16,59 на 100 тыс. мужского населения, а в 2009 г. – 32,06. Рост заболеваемости обусловлен, в первую очередь, количеством локализованных форм. При выборе радикальных методов лечения простатэктомия является наиболее распространённой и отработанной хирургической операцией, в том числе и в онкоурологическом отделении ГЛПУ ТО ООД. Однако есть ряд пациентов, которым по тем или иным причинам невозможно выполнить радикальную простатэктомию. Появление в арсенале онкоурологической службы такого малоинвазивного метода терапии РПЖ, как трансректальная высокочастотная ультразвуковая абляция (High Intensity Focused Ultrasound – HIFU) позволяет лечить пациентов с противопоказаниями к хирургическому лечению.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты HIFU-терапии РПЖ.

Материалы и методы.

В отделении онкоурологии ГЛПУ ТО ООД пролечено 4 больных с РПЖ, двое из которых имеют стадию $cT_{1c}N_0M_0G_1$, и двое – $cT_{2a}N_0M_0G_2$.

Средний возраст – 62,7 лет. Начальный уровень ПСА – от 8 до 20 нг/мл. Объём предстательной железы – от 11,6 $см^3$ до 26,45 $см^3$. Показатель Глисона – от 4 до 5. Лечение проводилось на аппарате «Ablatherm integrated imaging» (ЭДАП, Франция). Всем пациентам была выполнена спинномозговая анестезия и проведен сеанс лечения. Среднее время одного сеанса – 1 ч. 40 мин.

Результаты и обсуждение.

Все пациенты удовлетворительно перенесли процедуру. В течение 2-3 суток наблюдалась гематурия, умеренный болевой синдром. В настоящее время у пациентов функционируют уретральные катетеры, проводится уроантисептическая терапия.

Выводы.

HIFU-терапия – малоинвазивный, хорошо переносимый метод лечения РПЖ, особенно для возрастных пациентов, имеющих массу сопутствующих интеркуррентных заболеваний, а также отказывающихся от хирургического лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Лыков, А.В. Купчин, В.В. Симоненко

Тюменский ООД

Рак почки, или почечно-клеточный рак (ПКР) по темпам прироста за последнее десятилетие занимает одно из ведущих мест среди онкозаболеваний в РФ. Так, в 2009г стандартизованный показатель заболеваемости ПКР на 100 тыс.населения составил 8,9, а прирост заболеваемости за 1999-2009г – 34,8%. В Тюменской области показатель заболеваемости за 2009г несколько выше, чем в целом по РФ – 11,53. Больные ПКР составили 3,6% от всех вновь выявленных онкобольных (152 из 4223). Распределение по стадиям традиционно сохраняется прежним: I-II – 33%, III – 34%, IV – 33%; несколько больше стал процент больных с I-II стадиями, что объясняется проведением скрининг-диагностики ПКР и выявлением большого количества инцидентальных (бессимптомных) опухолей почек. Лечение I-III стадий – радикальное хирургическое (полные и частичные нефрэктомии, а также перкутанные органосохраняющие виды деструкции опухолей почки). Результаты хирургического лечения ПКР в отделении онкоурологии ГЛПУ ТО ООД за последние 14 лет приведены в табл. 1.

Таблица 1

Операции	1996-2009	За 1996	За 2009
Всего	1733	80	164
Нефрэктомия	1456	78	72
Комбинированная НЭ при опухолевом тромбозе НПВ	26	0	2
Резекция почки	277	2	87
Радиочастотная абляция (РЧА)	10	0	3

В приведённой таблице видно, что за последние годы наблюдается отчётливая тенденция к органосохранному лечению ПКР.

Лечение ПКР IV стадии – более сложная задача. До недавнего времени в арсенале онкоурологов присутствовали паллиативные нефрэктомии с последующей иммунотерапией препаратами цитокинового ряда, бисфосфонаты и паллиативная лучевая терапия при костных mts, а также циторедуктивные операции по удалению солитарных mts (за последние 5 лет операций на лёгких выполнено 22, на позвонках-3, на головном мозге-3). В приведённой ниже таблице приведены результаты лечения 78 больных местнораспространённым (МПКР) и метастатическим (мПКР) раком почки. Надо отметить, что у первой группы терапия применялась с адъювантной целью, тогда как во 2-й группе – с лечебной.

Таблица 2

Рак почки	n	Выжили (%)			Медиана общей