

сле трансуретральной резекции простаты, а также развитие рака простаты у пациентов, перенесших ТУР простаты в анамнезе, несомненно, будут актуальной проблемой урологии в ближайшие годы. В настоящее время отсутствует консенсус по ведению этих пациентов. Радикальная простатэктомия в настоящее время является «золотым стандартом» лечения локализованного рака простаты и должна рассматриваться как метод выбора у пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет. Данный клинический случай характеризует выполнимость лапароскопической простатэктомии у пациентов, перенесших трансуретральную резекцию простаты. Мы считаем необходимым придерживаться следующих требований:

1. Проведение операции не ранее чем через 3 месяца после ТУР

2. Первым этапом необходимо выполнять цистоскопию, визуализацию устьев мочеточников и при необходимости их стентирование.

3. Претенциозное пересечение шейки мочевого пузыря с обязательной визуализацией устьев мочеточников.

Несомненно, необходим дальнейший опыт проведения подобных операций для выработки более подробных рекомендаций по проведению ЛРПЭ у пациентов, перенесших ТУР простаты.

Заключение. Совершенствование видеоэндоскопических методик позволяет выполнять все сложные урологические вмешательства малоинвазивным доступом. ЭРПП после ТУР простаты – следующий шаг в развитии малоинвазивной хирургии предстательной железы.

Сведения об авторе статьи:

Абдуллин И.И. – ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Адрес: 125367, Москва, Ивановское шоссе, д.3. E-mail: iskander.abdullin@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Stolzenburg JU, Kallidonis P, Hicks J, Do M, Dietel A, Sakellaropoulos G, Al-Aown A, Liatsikos E. Effect of bladder neck preservation during endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy on urinary continence. *Urol Int.* 2010;85(2):135-8. Epub 2010 May 13.
2. Do M, Haefner T, Liatsikos E, Kallidonis P, Hicks J, Dietel A, Horn LC, Rabenalt R, Stolzenburg JU. Endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy after previous transurethral resection of prostate: oncologic and functional outcomes of 100 cases. *Urology.* 2010 Jun;75(6):1348-52. Epub 2009 Nov 14.
3. Теодорович, О.В. Ретроперитонеоскопические операции в урологии /О.В. Теодорович, О.Э. Луцевич, Э.А. Галлямов [и др.] // Урология. – 2007. – С.32-34.

УДК 616.637 – 006.66 – 089.87 – 08

© О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, Д.А. Рощин, О.В. Осипов, А.В. Корякин, 2013

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, Д.А. Рощин, О.В. Осипов, А.В. Корякин ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, г. Москва

Проанализированы результаты брахитерапии с использованием источников ^{125}I у 117 больных раком предстательной железы низкой и промежуточной групп риска (по критериям D`Amico) со средним сроком наблюдения более 5 лет, оперированных в ФГБУ НИИ урологии в период с 2000 по 2013 гг. В послеоперационном периоде (на 30-е сутки) пациентам выполнялся ПДА (постимплантационный дозиметрический анализ), при котором пересчитывались основные дозиметрические показатели – один из наиболее важных – D90 (доза, которую получает 90% объема предстательной железы). По нашим данным, 5-летняя безрецидивная выживаемость была достоверно выше в группе больных, получивших дозу облучения D90 >140 Гр, чем в группе больных с дозой облучения <140 Гр: 93,2% и 77,6% соответственно ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что частота осложнений со стороны критических органов была выше в первой группе (D90 >140 Гр), однако статистически значимые отличия между группами были получены только по частоте развития дизурии: 58,6% и 42,4% соответственно ($p < 0,05$).

Ключевые слова: рак предстательной железы, брахитерапия, доза облучения.

О.И. Apolikhin, A.V. Sivkov, V.N. Oschepkov, D.A. Roschin, O.V. Osipov, A.V. Koriakin FIVE-YEAR RESULTS OF PROSTATE CANCER INTERSTITIAL RADIATION THERAPY

The article analyzes the results of brachytherapy with ^{125}I sources in 117 prostate cancer patients of low and intermediate-risk group (according to the D`Amico criteria) with an average follow-up of 5 years, operated in Research Institute of Urology from 2000 to 2013. In the postoperative period (on the 30th day) patients underwent PDA (postimplantation dosimetric analysis), which restated the basic dosimetric parameters - one of the most important - D90 (dose that is received by 90% of the prostate gland). According to our data, the 5-year disease-free survival was significantly higher in the patients who received radiation dose D90 > 140 Gy, than in patients with the dose <140 Gy: 93.2% and 77.6%, respectively ($p < 0, 01$). It should be noted that the incidence of complications in the critical organs was higher in the first group (D90 > 140 Gy), but statistically significant differences between the groups were obtained only in the incidence of dysuria: 58.6% and 42.4%, respectively ($p < 0, 05$).

Key words: prostate cancer, brachytherapy, radiation dose.

Брахитерапия – это высокотехнологичный метод, возникший на стыке радиологии и малоинвазивной урологии в результате накопления колоссального опыта лучевой терапии, новейших знаний радиационной биологии и дозиметрии, совершенствования оперативной техники, углубления знаний о биологии рака простаты и развития средств медицинской визуализации [1]. При дистанционной лучевой терапии рака предстательной железы доза излучения, обеспечивающая гибель опухоли, значительно превышает уровень толерантности здоровых тканей. Основным критерием контроля качества имплантации является постимплантационный дозиметрический анализ (ПДА), выполняемый на основании компьютерной томографии на 30-е сутки после имплантации [2; 3]. В настоящей работе мы провели анализ 5-летней безрецидивной выживаемости больных в зависимости от полученной дозы.

Материал и методы. В период с 2000 по 2013 гг. брахитерапия с использованием радиоактивных источников ^{125}I выполнена у 281 мужчины с раком предстательной железы в стадии T1-T3a. Доза облучения составляла 120-160 Грей. В исследование включены 117 пациентов, соответствующих следующим критериям: стадия заболевания T1-T2c, низкий или промежуточный риск прогрессирования заболевания (по критериям D'Amico) со сроком наблюдения 5 и более лет, а также с выполненным ПДА для оценки очаговой дозы. Именно на основании ПДА можно оценить действительные, а не расчетные дози-

метрические показатели, используемые для прогнозирования результатов лечения. Проведение данной процедуры рекомендуется Американским обществом брахитерапевтов. Возраст пациентов на момент операции составил от 52 до 76 лет. По результатам ПДА пациенты были разделены на 2 группы: в I-й группе показатель D90 составлял >140 Грей, во 2-ой группе – <140 Грей.

Результаты. Средний уровень простатического специфического антигена (ПСА) на дооперационном этапе составил $7,3 \pm 2,6$ нг/мл и $7,9 \pm 2,4$ нг/мл для обеих групп соответственно ($p > 0,05$). У 6 (10,2%) пациентов 1-й группы и у 7 (12,1%) пациентов 2-й группы была диагностирована стадия T1, стадия T2 обнаружена у 53 (89,8%) больных 1-й группы и у 51 (87,9%) – 2-й группы ($p > 0,05$). Также при сравнении групп по таким параметрам, как степень дифференцировки опухоли, объем предстательной железы, обе группы больных обладали идентичными характеристиками, без значимых отличий ($p > 0,05$).

Показатель 5-летней безрецидивной выживаемости в 1-й группе составил при стадии T1 89,3%, а при стадии T2 – 76,6% ($p < 0,01$). Во 2-й группе пятилетняя безрецидивная выживаемость при стадии T1 достигнута у 85,2% пациентов, при стадии T2 – у 71,9% ($p < 0,05$). Безрецидивная выживаемость за 5 лет после проведения брахитерапии в группе больных, получивших дозу облучения D90 >140 Гр, была достоверно выше, чем в группе больных с дозой облучения <140 Гр: 93,2% и 77,6% соответственно ($p < 0,01$).

Таблица

Частота возникновения осложнений у пациентов после брахитерапии, %

Вид осложнения	Частота осложнений				
	1-я группа (D90 >140 Гр)		2-я группа (D90 < 140 Гр)		
	абс.	%	абс.	%	
Дизурия	34	58,6	25	42,4	$p < 0,05$
Гематурия	3	5,2	2	3,4	$p > 0,05$
Проктит	7	12,1	4	6,8	$p > 0,05$
Уретрит	8	13,8	5	8,5	$p > 0,05$
Острая задержка мочи	7	12,1	6	10,2	$p > 0,05$

Оценка осложнений лучевого лечения показала, что в раннем периоде наиболее значимым симптомом являлась дизурия, которая в 1-й группе отмечалась у 34 (58,6%) больных, во 2-й группе – у 25 (42,4%), при этом выявлены статистически значимые различия между группами ($p < 0,05$). Частота развития других осложнений представлена в таблице.

Заключение. Низкодозная лучевая терапия с использованием источников ^{125}I является эффективным радикальным методом лечения локализованного рака предстательной

железы в группах низкого и среднего риска, с хорошими результатами безрецидивной выживаемости и биохимического контроля заболевания и небольшим числом осложнений. Наряду со стадией заболевания, степенью дифференцировки опухоли и предоперационным уровнем ПСА большое значение для прогноза заболевания имеет ПДА. У пациентов с более высокими показателями D90 биохимический контроль оказался лучше, хотя частота дизурии в этой группе пациентов встречалась чаще.

Сведения об авторах статьи:

Аполихин Олег Иванович – д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: apolikhin.oleg@gmail.com
Сивков Андрей Владимирович – к.м.н., первый заместитель директора по науке ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: avsvkoff@yandex.ru.
Ощепков Василий Николаевич – к.м.н., научный сотрудник инновационного отдела ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.
Рошин Дмитрий Александрович – к.м.н., заведующий отделом онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.
Осипов Олег Владимирович – м.н.с. отдела онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: osipman@mail.ru.
Корякин Андрей Викторович – научный сотрудник отдела онкоурологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: vatatava@ya.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brachytherapy for prostate cancer: a systematic review / Koukourakis G., Kelekis N., Armonis V., Kouloulis V. // Adv. Urol. 2009;327945. URL: <http://www.hindawi.com/journals/au/2009/327945/> (Дата обращения: 04.02.2013).
2. Review of intraoperative imaging and planning techniques in permanent seed prostate brachytherapy / Polo A., Salembier C., Venselaar J., Hoskin P. // Radiother. Oncol. 2010. Vol. 94, N 1. P. 12-23.
3. Indications, results and techniques of permanent prostate brachytherapy for localized prostate cancer / Budía Alba A., Bosquet Sanz M., Tormo Micó A., Boronat Tormo F., Alapont Alacreu J.M., Francés A., Vera Donoso C.D., Jiménez Cruz J.F. // Actas Urol. Esp. 2007. Vol. 31, N 5. P. 452-468.

УДК 616.613:616.62-003.7-089.878

© О.Н. Безуглый, В.Ш. Рамишвили, С.И. Сулейманов, З.А. Кадыров, 2013

О.Н. Безуглый^{1,2}, В.Ш. Рамишвили¹, С.И. Сулейманов¹, З.А. Кадыров²
НАШ ОПЫТ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОЛИТОМИИ

¹Городская клиническая больница №7, г. Москва²ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Представлены результаты ретроперитонеоскопической пиелолитотомии при лечении 20 пациентов с крупными конкрементами почек и сочетанных заболеваний почек. В 2 случаях потребовалась конверсия из мини-доступа в связи с миграцией камня. Койко-день после операции от 3 до 9, в среднем 5-6 дней. Сроки дренирования почки после операции катетером-стендом от 3 до 4 недель.

Ключевые слова: ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия, сочетанные операции, мочекаменная болезнь.

O.N. Bezuglyu, V.Sh. Ramishvili, S.I. Suleymanov, Z.A. Kadyrov
RETROPERITONEOSCOPIC PYEOLITHOTOMY EXPERIENCE

The article presents the results of retroperitoneoscopic pyelolithotomy in treatment of 20 patients with large kidney calculi and comorbidities. 2 cases required conversion from mini-invasion because of stone migration. Hospital follow-up is 3-9 days, on average 5-6 days. Kidney drain with catheter-stent after the operation should be for 3-4 weeks.

Key words: retroperitoneoscopic pyelolithotomy, combined operations, urolithiasis.

Дистанционная и перкутанная контактная нефролитотрипсия стали общепринятыми мировыми стандартами в лечении больных конкрементами почек, что привело к резкому сокращению числа открытых оперативных вмешательств по поводу камней почек [1, 2, 3]. При сочетании мочекаменной болезни с другими заболеваниями (стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента, кисты почек, нефроптоз и др.), а также в случаях противопоказаний к чрескожной нефролитотрипсии, неудачи дистанционной литотрипсии, отсутствия соответствующей аппаратуры и специалистов, нарушения уродинамики различного генеза некоторые специалисты применяют традиционную пиелолитотомию [3], однако новые технологии позволили использовать видеоэндоскопические методы удаления камней [4, 5, 6], в частности, ретроперитонеоскопическую пиелолитотомию.

Материал и методы. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 20 пациентов с крупными конкрементами почек (размерами больше 2,0 см). Возраст больных варьировал от 30 до 75 лет. Всем пациентам выполнена ретроперитонеоскопическая пиелолитотомия под эндотрахеальным наркозом на видеоэндоскопической стойке фирмы “Karl Storz” (Германия).

Таблица
 Распределение больных по наличию сопутствующей урологической патологии

Сопутствующая урологическая патология	Число больных
Кисты почек	3 (15%)
Нефроптоз	3 (15%)
Сужение лоханочно-мочеточникового сегмента	12 (60%)
Удвоение верхних мочевых путей	1 (5%)

Повторно госпитализировались в отделение пациенты в плановом порядке. При