

в группе радикального хирургического наблюдения – 85% ($p > 0,05$), опухолеспецифическая – 95,8% и 95% соответственно ($p > 0,05$). При этом в подгруппе с высокодифференцированными опухолями (2-4 балла по шкале Глисона) лишь 1,0% пациентов умерли от прогрессирования РПЖ. Смертность от РПЖ пациентов с умереннодифференцированными опухолями (5-7 по шкале Глисона) оказалась несколько более высокой – 3,0%. Наиболее высокий уровень смертности от РПЖ наблюдался в подгруппе пациентов с дифференцировкой опухоли 8-10 баллов по шкале Глисона – 12,5%. Летальность от сопутствующей патологии в обеих группах составила 9,4%, а опухолеспецифическая всего 5%.

Выводы

Одним из важнейших критериев отбора пациентов локализованным РПЖ для динамического наблюдения является степень дифференцировки опухоли. При этом не менее значимым прогностическим критерием является возраст.

У больных локализованным РПЖ старше 65 лет, имеющих тяжелую сопутствующую патологию гораздо выше риск умереть от конкурирующих заболеваний, чем от РПЖ. Оптимальными кандидатами для тщательного наблюдения являются больные локализованным РПЖ с высокой и умеренной дифференцировкой опухоли старше 65 лет, и у многих из них проведение радикальных методов терапии является избыточным лечением, не приводящим к улучшению выживаемости, а снижающее качество жизни.

Сведения об авторах статьи:

Воронова Елена Николаевна – аспирант кафедры урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования e-mail: voronovaurology@mail.ru;

Новиков Андрей Иванович – зав. кафедрой урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41;

Шпилея Евгений Семенович – профессор кафедры урологии и андрологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордеев В.В. Ведение пациентов с простатической интраэпителиальной неоплазией высокой степени, выявленной при хирургических вмешательствах на предстательной железе //: Автореферат. дисс. ... канд. мед. наук. Хабаровск, - 2010. 21 с.
2. Barry MJ. Prostate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. N Engl J Med 2001;344:1373-7.
3. Thompson IM. Counseling patients with newly diagnosed prostate cancer. Oncology (Huntingt) 2000;14:119-26, 131.
4. Barry MJ, Albertsen PC, Bagshaw MA, et al. Outcomes for men with clinically nonmetastatic prostate carcinoma managed with radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or expectant management: a retrospective analysis. Cancer 2001;91:2302-14. Waselenko JK, Dawson NA, Management of progression metastatic prostate cancer. Oncology (Huntingt) 1997 Oct; 11 (10):1551 - 60
5. Sakr WA, Haas GP, Cassin BF et al. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients. J Urol. 1993 Aug;150(2 Pt 1):379-85.
6. Мерабишвили В. М., Щербук Ю. А. Онкологическая служба в Санкт-Петербурге и районах в 2009 году. Ежегодник Популяционного ракового регистра (№16). СПб., 2010, 41-65
7. Алексеев Б. Я.. Тактика динамического наблюдения при локализованном раке предстательной железы. – Материалы X Российского онкологического конгресса – Москва, 21-23 ноября, 2006.
8. Fowler FJ Jr, McNaughton Collins M, Albertsen PC, Zietman A, Elliott DB, Barry MJ. Comparison of recommendations by urologists and radiation oncologists for treatment of clinically localized prostate cancer. JAMA 2000;283:3217-22.

УДК 616-61-007-41

© М.М. Газымов, Д.С. Филиппов, 2011

М.М. Газымов, Д.С. Филиппов РАК И УРАТНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ

ГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Наблюдали 27 больных уратным нефролитиазом, у которых основной причиной почечной патологии оказался рак различной локализации с гиперурикемией: рак почки – 9, опухоли ЖКТ – 9, системные заболевания кроветворной системы – 7, опухоли хромаффинной ткани – 1, рак предстательной железы – 1. У всех пациентов была гиперурикемия и конкременты, состоящие из мочевой кислоты. Заболевание в начале проявлялось как повторяющаяся почечная колика или в виде оформленного конкремента в мочевых путях.

Ключевые слова: нефролитиаз, рак, гиперурикемия, гиперурикозурия.

M.M. Gazymov, D.S. Filippov URIC ACID NEPHROLITHIASIS AND CANCER

In the course of the study, 27 patients with uric acid nephrolithiasis were observed, with the main cause of renal pathology being hyperuricemic cancer of various localizations: 9 kidney cancer patients, tumors of the gastrointestinal tract in 9 patients, systemic hemopoietic system diseases in 7 patients, chromaffin tissue tumors in 1 patient, prostate cancer in 1 patient. All patients had hyperuricemia and uric acid concretions. The onset of the disease was presented as a repeating renal colic or a formed concretion in the urinary tract.

Key words: nephrolithiasis, cancer, hyperuricemia, hyperuricosuria.

Анализируя особенности современного больного, Н.В. Эльштейн в качестве одной из главных выделяет множественность заболеваний. Гериатры указывают, что у больных старше 60 лет, как правило, выделяется не менее трех заболеваний. Сочетание нефролитиаза, по данным А.С. Переверзева с соавт. [2], встречается в 1,5% случаев. В клинике урологии ММА им. И.М. Сеченова среди 1355 больных опухолью почки у 145 (10,7%) человек было сочетание с мочекаменной болезнью [1], среди них уратный литиаз отмечен у 36 больных (2,7%).

Нами замечены факты диагностики почечно-каменной болезни у больных, страдающих злокачественными новообразованиями, когда гиперурикемия, являясь следствием ракового процесса, принимается за основное заболевание, тогда как опухоль еще клинически ничем себя не проявляет, и гиперурикемия при определенных ситуациях приводит к камнеобразованию, что проявляется почечными коликами. По поводу последних и поступают больные в урологические стационары. Клиническое и специальное урологическое исследование (запаздывание или отсутствие выделения контрастного вещества почкой на стороне почечной колики, расширение чашечно-лоханочной системы по данным УЗИ) подтверждают диагноз почечно-каменной болезни. Проводится соответствующее лечение, при этом вскоре выделяется конкремент, состоящий из мочевой кислоты. Таких эпизодов может быть несколько. Однако спустя значительный период времени при наличии явных признаков злокачественного процесса, ставится диагноз раковой опухоли.

Материалы и обсуждения

Наблюдали 27 больных уратным литиазом или гиперурикемией, у которых только через 1-2 года после диагностирования мочекислого литиаза были выявлены злокачественные опухоли, среди них 6 женщин и 21

мужчин, а возраст больных колеблется от 37 до 69 лет. Причиной обращения больных были почечная колика – у 13, макрогематурия – 2, анурия – 3, симптоматическая артериальная гипертония – 1, затрудненное мочеиспускание с болями в промежности – 1. На плановое оперативное лечение поступили 7 больных. По месту локализации первичной опухоли больные распределились следующим образом: рак почки – 9, опухоли органов пищеварения – 9, системные опухолевые заболевания кроветворной системы – 7, опухоли хромосомной ткани – 1, рак предстательной железы – 1. Клиническая картина характеризовалась часто повторяющимися приступами почечной колики, которые купировались общепринятыми методами и отхождением уратосодержащих конкрементов или без выделения их. Трое больных поступили в состоянии анурии из-за обструкции верхних мочевых путей конкрементами, состоящими из мочевой кислоты.

Анализ историй болезней наших больных показал, что у 11 больных своевременно была исследована мочевая кислота крови, оказавшаяся повышенной. У них не было других факторов, таких как длительное применение тиазидовых диуретиков, лечение кортикостероидами, цитостатиками, излишнее белковое питание или профессиональные вредности, можно считать правомерным предположение, о том что единственной причиной гиперурикемии и гиперурикозурии (7) этой группы больных были злокачественные опухоли различной локализации. Камневыделение у них и явилось манифестирующим проявлением основного заболевания, но не было учтено лечащими врачами.

Отсюда напрашивается один вывод: в каждом случае уратного литиаза и гиперурикемии у больных старше 40 лет следует проводить целенаправленные и многократные поиски злокачественного новообразования.

Сведения об авторах статьи:

Газымов Минвалей Мингалеевич, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой урологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, адрес: 428000, Чувашия, Чебоксары, Московский проспект 15, ЧГУ, кафедра урологии.

Филиппов Давид Станиславович, к.м.н. доцент кафедры урологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, адрес: 428000, Чувашия, Чебоксары, Московский проспект 15, ЧГУ, кафедра урологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Григорян З.Г., Крапивин А.А. // Опухоль почки в сочетании с мочекаменной болезнью. – М. 2005.-с.163-198
2. Переверзев А.С., Мегера В.В., Шукин Д.В., Жуков И.Е., Мухаммед Шамседдин Мочекаменная болезнь в сочетании с опухолями почек.// Мочекаменная болезнь. Материалы научных трудов Международного конгресса урологов. Харьков. 1999. с. 221-224.