

Литература

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 1994—2003 гг.: Белорусский канцеррегресс / Под ред. А.А. Граковича и И.В.Залуцкого. — Мн.: БелЦМТ. — 2004. — 203 с.
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. — М.: Вердана, 2001. — 244 с.
3. Lamm D.L. Long-term results of intravesical therapy for superficial bladder cancer // Urol. Clin. North Am. — 1992. — V. 19. — P. 573–582.
4. Pawinski A., Sylvester R., Kurth K.H. et al. A combined analysis of EORTC/MRC randomized clinical trials for the prophylactic treatment of stage TaT1 bladder cancer // J. Urol. — 1996. — V. 156(6). — P. 1934–1940.
5. Teruo M., Watanabe H., Kobayashi T. Absorption of anti-cancer drugs through bladder epithelium // Urology. — 1986. — V. 27. — P. 148–152.
6. Hicks R.M., Ketterer B., Warren R.C. The ultrastructure and chemistry of the luminal plasma membrane of the mammalian urinary bladder: a structure with low permeability to water and ions. Phil. Trans. Roy. Soc. London Biol. Sci. — 1974. — V. 268. — P. 23–28.
7. Stillwell G.K. Electric stimulation and iontophoresis. In: Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 2nd ed. Edited by F. H. Russen. St. Louis: W. B. Saunders Co., chapt. 14, 1971.
8. Thiel K.H. Die intravesikale antineoplastische Iontophorese- Ein unblutiges Verfahren zur Therapie und Rezidivprophylaxe des Blasenkarzinoms. In: Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie, 40. Tagung. — Springer Verlag. — 1988.
9. Lugnani F., Mazza G., Cerulli N. et al. Iontophoresis of drugs in the bladder wall: equipment and preliminary studies // Artif. Org. — 1993. — V. 17. — P. 8–11.
10. Gurpinar T., Truong L.D., Wong H.Y., Griffith D.P. Electromotive drug administration to the urinary bladder: an animal model and preliminary results // J. Urol. — 1996. — V. 156. — P. 1496–1501.
11. Riedl C.R., Knoll M., Pfluger H. Detrusor stimulation by intravesical EMDA of bethanechol. // J. Endourol. — 1996. — V. 10 (suppl.). — P. 236.
12. Di Stasi S.M., Vespasiani G., Giannantoni A. et al. Electromotive delivery of mitomycin C into human bladder wall // Cancer Res. — 1997. — V. 57. — P. 875–879.
13. Di Stasi S.M., Giannantoni A., Massoud R. et al. Electromotive administration of oxybutynin into the human bladder wall // J. Urol. — 1997. — V. 158. — P. 228–234.
14. Di Stasi S.M., Castagnola M., Vespasiani G. et al. In vitro study of passive vs electromotive mitomycin C diffusion in human bladder wall. Preliminary results // J. Urol. — 1994. — V. 151. — P. 447A.
15. Dasgupta P., Fowler C.J., Hovord P. et al. Does electromotive drug administration (EMDA) with lidocaine before intravesical capsaicin confer benefit? // J. Urol. — 1997. — V. 157, part 2 — P. 186, abstract 724.
16. Gurpinar T., Wong H.Y., Griffith D.P. Electromotive administration of intravesical lidocaine in patients with interstitial cystitis // J. Endourol. — 1996. — V. 10. — P. 443–447.
17. Fontanella U.A., Rossi C.A., Stephen R.L. Bladder and urethral anesthesia with electromotive drug administration (EMDA): a technique for invasive endoscopic procedures // Brit. J. Urol. — 1997. — V. 79. — P. 414–419.
18. Jewett M.A.S., Valiquette L., Katz J. et al. Electromotive drug administration (EMDA) of lidocaine as an alternative anesthesia for transurethral surgery // J. Urol. — 1997. — V. 157, part 2. — P. 273, abstract 1059.
19. Fontanella U.A., Rossi C.A., Stephen R.L. Iontophoretic local anesthesia for bladder dilatation in the treatment of interstitial cystitis // Brit. J. Urol. — 1992. — V. 69. — P. 662–669.
20. Sant G.R., LaRock D.R. Standard intravesical therapies for interstitial cystitis // Urol. Clin. N. Amer. — 1994. — V. 21. — P. 73–84.
21. Riedl C.R., Knoll M., Plas E., Pfluger H. Intravesical electromotive drug administration technique: Preliminary results and side effects // J. Urol. — 1998. — V. 159. — P. 1851–1856.
22. Brausi M., Campo B., Pizzocaro G. et al. Intravesical electromotive administration of drugs for treatment of superficial bladder cancer: A comparative phase II study. // Urology. — 1998. — V. 51. — P. 506–509.
23. Colombo R., Brausi M., Da Pozzo L.F. et al. Thermo-Chemotherapy and Electromotive Drug Administration of Mitomycin C in Superficial Bladder Cancer Eradication. A Pilot Study on Marker Lesion // Eur. Urol. — 2001. — V. 39. — P. 95–100.
24. Di Stasi S., Giannantoni A., Stephen R. et al. Intravesical electromotive mitomycin c versus passive transport mitomycin C for high risk superficial bladder cancer: a prospective randomized study // J. Urol. — 2003. — V. 170. — P. 777–782.
25. Eksborg S. Extraction of daunorubicin and doxorubicin and their hydroxyl metabolites. Self-association in aqueous solution // J. Pharm. Sci. — 1978. — V. 67. — P. 782–785.
26. Luxenberg M.N., Guthrie T.H. Jr. Chemotherapy of basal cell and squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital tissues // Ophthalmology. — 1986. — V. 93(4). — P. 504–510.
27. Nordenstrom B.E., Eksborg S., Beving H. Electrochemical treatment of cancer. II: Effect of electrophoretic influence on adriamycin // Am. J. Clin. Oncol. — 1990. — V. 13 (1). — P. 75–88.
28. Di Stasi S.M., Giannantoni A., Massoud R. et al. Electromotive versus passive diffusion of mitomycin C into human bladder wall: concentration-depth profiles studies // Cancer Res. — 1999. — V. 59. — P. 4912–4916.
29. Van der Meijden A.P.M., Hall R.R., Kurth K.H., Bouffieux C.H., Sylvester R. and members of the EORTC Genitourinary Group. Phase II trials in Ta, T1 bladder cancer. The marker tumour concept // British Journal of Urology. — 1996. — V. 77. — P. 634–637.

Первично-множественный рак мочевого пузыря и предстательной железы у больных, перенесших радикальную цистэктомию

Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, Г.А. Франк, Ю.Ю. Андреева, К.М. Ньюшко
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Primary multiple prostate and bladder cancer in patients undergone radical cystoprostatectomy

B.Ya. Alekseev, I.G. Rusakov, G.A. Frank, Yu.Yu. Andreeva, K.M. Nyushko

Objective: The morbidity of multiple urological malignances is steadily grown. Incidental prostate cancer in patients with bladder cancer seems to be fairly often. This is one of the reasons of that the question of partial sparing of prostate in patients undergone radical cystoprostatectomy is still discussable. **Purpose:** The present study is designed to evaluate the incidence of simultaneous prostate and bladder cancer in patients undergoing radical cystoprostatectomy in Moscow Scientific Research Institute of Oncology. **Materials and methods:** From 1994 to 2005, 113 men (mean age 59,5 years), with no evidence of prostatic malignancy on preoperative clinical and biochemical assessment, underwent cystoprostatectomy for TCC of the bladder in our institute. The bladder was adequately sampled and the entire prostate sectioned at 5-mm intervals and examined histologically, in order to identify unsuspected prostatic cancer (PCa). **Results:** 10

out of 113 patients (8,8%) were found to have PCa. Four (3,5%) had cr. in situ, five (4,4%) had high grade prostatic intraepithelial neoplasia (PIN). All tumors were clinically significant, except cr. in situ and PIN. Almost all tumors (7,9%) were organ confined (pT2a—T2c), except one (0,9%), which was locale advanced (pT3a). Glaeson score was 2—4 in 5 (26,3%) and 5—7 in 5 (26,3%). Conclusions: Incidental PCa is quite a common finding in cystoprostatectomy specimens of bladder cancer patients. This demands careful and complete excision of the prostate in patients with muscular-invasive bladder cancer.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями органов мочевыводящей и мужской половой системы возрастает во всем мире, в том числе увеличивается и количество случаев первично-множественной злокачественной неоплазии (ПМЗН). По данным литературы, вероятность развития ПМЗН у больных онкоурологическими опухолями составляет 9—10% [1]. На большом клиническом материале установлено, что множественные новообразования наиболее часто развиваются в тех органах, в которых чаще возникают и солитарные опухоли. Вероятность возникновения злокачественного образования смежного органа у онкологического больного, по данным некоторых исследований [2—6], на порядок выше, чем в обычной популяции.

Стандарт хирургического лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) подразумевает выполнение радикальной цистэктомии, т.е. удаления мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой и семенными пузырьками, а также регионарными лимфатическими узлами. Однако в связи со стремлением к улучшению функциональных результатов операции (сохранение эректильной функции и континенции) ряд авторов рассматривает возможность сохранения во время цистэктомии предстательной железы целиком или ее части [7—14]. В то же время существует достаточно высокая вероятность развития первично-множественного рака предстательной железы (РПЖ) и мочевого пузыря, что некоторые авторы [6, 15—19] характеризуют как единый, неразрывный процесс канцерогенеза в органах мочеполовой системы в результате всевозможных альтераций ДНК. По данным литературы [1—3, 6, 20—31], показатель синхронного первично-множественного рака (ПМР) предстательной железы и мочевого пузыря достигает 27—45%, а вероятность обнаружения латентного РПЖ при аутопсии в зависимости от возраста — от 10 до 81%. Анализ частоты выявления инцидентальных опухолей предстательной железы и предраковых изменений у больных инвазивным РМП позволяет более адекватно подходить к выбору хирургических методик цистэктомии и сохранять сексуальную функцию и надежную континенцию.

Цель исследования — оценить частоту первично-множественного РМП и РПЖ у больных, перенесших радикальную цистэктомию.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни больных РМП, которым в 1994—2005 гг. в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнена цистпростатвезикулэктомия. В исследование включено 113 мужчин, так как больных, у которых РПЖ был выявлен на дооперационном этапе, в анализ не включали. Возраст больных составил 37—77 лет (средний возраст — 59,5 года). У 28 (25%) больных диагностирован первичный, а у 85 (75%) — рецидивный мышечно-инвазивный РМП. У 3 (2,7%) больных на основании данных предоперационной диагностики определялось метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Стадия T₂ была у 37 (32,7%) больных, T₃ — у 73 (64,6%), N₊ — у 3 (2,7%).

Перед операцией у всех больных определяли уровень простатспецифического антигена (ПСА), выполняли пальцевое ректальное исследование и проводили трансректальное УЗИ (ТРУЗИ), при котором оценивали размеры предстательной железы, ее эхоструктуру, наличие очаговых изменений, некоторым больным выполняли компьютерную томографию (КТ) органов малого таза. В связи с повышением уровня ПСА 2 (1,7%) больным произведена многоточковая биопсия предстательной железы, при которой верифицирован РПЖ (больные исключены из анализа). Предоперационный уровень ПСА у остальных больных ПМР составил 0,9—5,4 нг/мл (средний уровень — 3,1±1,39 нг/мл). Объем предстательной железы по данным предоперационного ТРУЗИ достигал 28,5—57,8 см³ (средний объем — 41,2±9,64 см³). Эхографические изменения, выявленные при дооперационном ТРУЗИ в предстательной железе у 19 больных с диагностированным после операции РПЖ, были следующие: картина доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) наблюдалась у 11 (57,9%) больных, гиперэхогенные узловые образования — у 1 (5,25%), гиперэхогенные узловые образования — у 1 (5,25%); у 6 (31,6%) пациентов изменений не обнаружено. По данным пальцевого ректального исследования в предстательной железе не выявлено изменений, указывающих на РПЖ.

Всем больным выполняли оперативное вмешательство в объеме цистпростатвезикулэктомии и подвздошно-обтураторной лимфаденэктомии. Характеристика больных в зависимости от распространенности РМП по данным послеоперационного морфологического исследования такова: стадия pT₁N₀ констатирована у 5 (4,3%) больных, pT_{2a} — T_{2b}N₀ — у 14

Таблица 1. Морфологическая характеристика латентных опухолей предстательной железы у больных, перенесших радикальную цистэктомию

Показатель	ПИН тяжелой степени	Рак in situ	Вовлечение менее половины одной доли	Вовлечение более половины одной доли или обеих долей	pT _{3a}	Случаи ПМР до операции (в анализ не включены)
Число больных	5	4	5	4	1	2
Все больные РМП, %	4,4	3,5	4,4	3,5	0,9	1,8
Больные ПМР МП и ПЖ, %	26,3	21,05	26,3	21,05	5,3	
Всего	9 (7,9%)		9 (7,9%)		1 (0,9%)	
			19 (16,8%)			

(12,3%), pT_{3a}—T_{3b}N₀ — у 71 (62,7%), pT_{3b}—T_{4a}N₁ — у 16(14,1%), pT_{3b}—T_{4a}N₂ — у 8 (7,0%).

Результаты

При анализе полученных данных мы обратили внимание на достаточно высокий процент обнаружения ПМР мочевого пузыря и предстательной железы при плановом морфологическом исследовании послеоперационного материала: у 10 из 113 (8,8%) больных выявлен синхронный инвазивный РПЖ, у 4 (3,5%) — рак in situ, у 5 (4,4%) — простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) тяжелой степени. Изменения в предстательной железе варьировали от микроочагов рака in situ до макроскопической опухоли с поражением обеих долей (pT_{2c}) и местно-распространенного процесса (pT_{3a}). Характеристика РПЖ по распространенности опухолевого процесса представлена в табл. 1.

В зависимости от уровня дифференцировки по Глиссону опухоли распределялись следующим образом: 2—4 балла — 5 (26,3%) больных, 5—7 баллов — 5 (26,3%).

Все опухоли предстательной железы (кроме рака in situ) по совокупности морфологических параметров (объем, мультифокальность роста, степень дифференцировки, экстракапсулярная инвазия) можно отнести к клинически значимому РПЖ по определению клиники Mayo [32].

По данным некоторых авторов [3, 33], риск возникновения первичной опухоли предстательной железы при РМП повышается в 19 раз по сравнению со среднестатистическими показателями в популяции. По данным Department of Urology of New York University Medical Center, вероятность единовременного выявления РПЖ при РМП составляет 25%, по данным Hind A. и соавт., — 24,2% [3, 34]. В обзоре Kinoshita Y. и соавт. [18] частота развития РПЖ при диагностированном РМП достигает 70%. По данным другого исследования, у 18 из 40 (45%) больных РМП при плановом морфологическом изучении препаратов после цистпростатвезикулэктомии обнаружен латентный РПЖ, у 19 (47,5%) больных — ПИН (табл. 2).

Несмотря на использование всех современных методов исследования, уровень предоперационной диагностики симультанного образования в смежном органе остается достаточно низким, и латентный РПЖ диагностируют в основном ретроспективно, путем исследования послеоперационного морфологического материала [2, 35]. Так, по нашим данным, лишь у 1 (5,3%) из 19 больных латентным РПЖ на этапе предоперационного обследования отмечено повышение уровня ПСА (5,4 нг/мл), но при трансректальной мультифокальной биопсии предстательной железы данных в пользу РПЖ не получено. Chun T.Y. и соавт. [3] указывают, что уровень предоперационного обнаружения РПЖ при РМП едва достигает 12%, по материалам Abbas F. и соавт. [2, 21]. — 2,5%. Вероятнее всего, ошибки в предоперационной диагностике в данном случае вызваны скрытым течением РПЖ и малыми размерами образования, часто это микрофокусы рака in situ и очаги тяжелой дисплазии эпителия, визуализация которых даже с использованием самых современных методов диагностики не представляется возможной. Abbas F. и соавт. [20, 21] диагностировали РПЖ на стадии pT_{2a} у 12 из 18 (66,7%) больных ПМР, pT_{2b} — у 4 (22,2%).

Ornstein D.K. и соавт. [36] указывают на большое значение биопсии предстательной железы как основного способа предоперационной диагностики сопутствующего РПЖ у больных с ДГПЖ. Тем не менее вероятность случайного обнаружения РПЖ после ТУР предстательной железы по поводу ДГПЖ, по их данным, остается высокой, несмотря на применение всех методов обследования (контроль ПСА, пальцевое исследование, ТРУЗИ и биопсия). Так, 56 из 85 больным ДГПЖ в предоперационном периоде была выполнена биопсия предстательной железы. У 9 (16,1%) из них выявлен не диагностированный до операции РПЖ после ТУР предстательной железы. У 5 (17,2%) из 29 больных, которым не выполняли биопсию перед операцией, при плановом морфологическом исследовании удаленной ткани предстательной железы также выявлен

Таблица 2. Инцидентальный РПЖ у больных, перенесших цистпростатвезикулэктомию

Источник	Синхронный ПМР, %	Локализованный процесс или клинически незначимый РПЖ, %	Местно-распространенный процесс или клинически значимый РПЖ, %
Abbas F. и соавт., 2000 [20]	45	88,9	11,1
Moutzouris G. и соавт., 1999 [42]	27	98,3	1,7
Pritchett T.R. и соавт., 1999 [33]	27	82	18
Kinoshita Y. и соавт., 2004 [18]	70	*	*
Kotake T. и Kiyohara H., 1985 [26]	15,3	*	*
Chun T.Y., 1997 [3]	25	*	*
Ward J.F. и соавт., 2004 [32]	8 **	**	100 **
Revelo M.P. и соавт., 2004 [11]	41	52	48

Примечание. Одна звездочка — нет данных;

две звездочки — рассматривались только случаи клинически значимого синхронного РПЖ.

РПЖ [36]. По данным Niesel T. и соавт. [37], из 132 больных, которым выполнена ТУР предстательной железы, РПЖ обнаружен у 27, при этом у 11 (40,8%) больных — только при плановом морфологическом исследовании препаратов после ТУР (при биопсии получен ложноотрицательный результат).

Tombal B. и соавт. [38] проанализировали результаты морфологического исследования у 1648 больных ДГПЖ, которым выполнено хирургическое вмешательство (чрезпузырная аденомэктомия или ТУР предстательной железы). Латентный РПЖ стадии T₁ выявлен у 182 (11%) больных. ТУР предстательной железы осуществлена у 1199 больных, у 126 (11%) из них обнаружен РПЖ. Аденомэктомия была выполнена у 449 больных, у 56 (12%) из которых обнаружен латентный РПЖ. Впоследствии 43 больным РПЖ T₁ стадии произведена радикальная простатэктомия. При гистологическом исследовании у 13% больных с опухолями T_{1a} и у 28% — с опухолями T_{1b} выявлен местно-распространенный процесс.

По нашим данным, на этапе предоперационной диагностики при контроле ПСА и выполненной в результате его повышения трансректальной биопсии у 2 (1,8%) больных диагностирован ПМР. В то же время еще у 1 больного по данным предоперационной биопсии не получено доказательств в пользу РПЖ, но при плановом морфологическом исследовании в предстательной железе выявлена опухоль pT_{2a}. Очевидно, уровень ПСА не играет существенной роли для диагностики микроскопически определяемых неопластических процессов в предстательной железе, в частности, при наличии очагов рака *in situ* и тяжелой дисплазии эпителия желез его уровень в основном не выходит за пределы возрастной нормы [39]. По результатам исследования Monda J.M. и соавт. [40], определение уровня ПСА не может предсказать

наличие РПЖ T_{1a} стадии или дифференцировать его от ДГПЖ. Так, при анализе предоперационного уровня ПСА и результатов морфологического исследования операционного материала у 966 больных, которым была выполнена ТУР предстательной железы по поводу ДГПЖ, не получено статистически достоверной разницы ($p=0,59$) между уровнем ПСА у больных ДГПЖ (средний уровень — 3,4 нг/мл) и РПЖ T_{1a} стадии (средний уровень — 3,8 нг/мл).

При развитии ПИН тяжелой степени уровень ПСА также не является надежным дифференциальным критерием, позволяющим диагностировать наличие неопластических изменений у больных РМП на дооперационном этапе. В то же время вероятность выявления одновременного инвазивного РПЖ при наличии ПИН высокой степени составляет, по данным ряда авторов [39, 41—44], 24—73%, вероятность развития последующего РПЖ в предстательной железе с явлениями дисплазии также очень высока.

Проведенное нами исследование показало, что у большинства больных с выявленным РПЖ опухоли имели локализованный характер, и только у 1 (0,9%, или 10% больных РПЖ) больного при плановом морфологическом исследовании выявлено распространение опухоли за пределы капсулы предстательной железы (pT_{3a}). В то же время у больных ПМР и с предраковыми изменениями в предстательной железе в 10 (52,6%, или 8,8% всех оперированных больных РМП) случаях обнаружены клинически значимые опухоли, вероятность прогрессирования и клинического манифестирования которых могла быть достаточно высокой. В исследовании Pritchett T.R. и соавт. [33] показано, что доля синхронного локализованного РПЖ и рака *in situ*, выявленного при плановом морфологическом исследовании препаратов после цистпростатвезикулэктомии, составляет 82%, а местно-распространенного

Таблица 3. Число случайных находок РПЖ и тяжелой ПИН при аутопсии, по данным Sanchez-Chapado М. и соавт. [28]

Показатель	В о з р а с т б о л ь н ы х , г о д ы					
	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—80
Число случаев РПЖ, %	3,58	8,82	14,28	23,80	31,70	33,33
Число случаев тяжелой ПИН, %	7,14	11,75	35,71	38,06	45,40	48,15

рака — 18%. Abbas F. и соавт. [20, 21] у 2 (11,1%) из 18 больных диагностировали местно-распространенный процесс. Ward J.F. и соавт. [32] установили, что показатель выявления синхронного клинически значимого ПМР мочевого пузыря и предстательной железы составляет 8%. Из 1600 больных РМП 129 имели критерии клинически значимого синхронного РПЖ: объем опухоли > 0,5 см³, сумма баллов по Глиссону > 4, наличие местно-распространенного (pT₃) или мультифокального процесса (3 очага и более), положительный хирургический край, недиплоидная ДНК или индекс пролиферации > 5%. Обобщенные данные литературы, касающиеся обнаружения синхронного ПМР мочевого пузыря и предстательной железы, представлены в табл. 2.

Revelo M.P. и соавт. [11], проанализировав результаты планового морфологического исследования препаратов после 121 цистпростатвезикулэктомии, установили, что у 50 (41%) больных определялся синхронный ПМР предстательной железы. У 24 (48%) из этих 50 больных диагностирован клинически значимый РПЖ (за клинически значимый рак принимали опухоли, отвечающие тем же критериям, что и в работе [32]). При этом в 30 (60%) из 50 случаев процесс затрагивал апикальную часть предстательной железы, включая 19 (79%) из 24 случаев клинически значимого РПЖ. Вместе с тем авторы показали, что в 48 % случаев имелось поражение простатического отдела уретры при переходном-клеточном РМП (включая рак in situ и тяжелую диспла-

зию простатического отдела уретры). У 19 (33%) больных процесс распространялся на верхушку предстательной железы. Суммировав случаи поражения апикальной части предстательной железы клинически значимым РПЖ и уротелиальным раком, авторы делают вывод о возможности сохранения верхушки предста-

тельной железы в 70% случаев. Тем не менее подчеркивается клиническая значимость возможного наличия опухолевого процесса в верхушке предстательной железы и необходимость его предоперационного обнаружения [11, 45].

Как показано в некоторых исследованиях [28, 46—50], существует высокая вероятность обнаружения латентного РПЖ при аутопсии. По данным Sanchez-Chapado М. и соавт. [28] (табл. 3), частота выявления данной патологии в зависимости от возраста варьирует в широких пределах. Из данных таблицы видно, что уже в относительно молодом возрасте (50—60 лет) вероятность латентного РПЖ или тяжелой дисплазии составляет более 50%, а после 70 лет — 81%.

Выводы

Частота опухолевых и предраковых изменений в предстательной железе у больных РМП, которым выполнена цистпростатэктомия, по нашим данным, составила 16,8%, клинически значимый РПЖ выявлен у 8,8% больных. Достаточно высокая вероятность синхронного первично-множественного РМП и РПЖ вынуждает с осторожностью относиться к методикам частичного удаления предстательной железы у больных, которым выполняют цистэктомию по поводу мышечно-инвазивного РМП. Для сохранения эректильной функции и континенции, по нашему мнению, более целесообразно применять технику нервосберегающей радикальной цистэктомии, аналогичную нервосберегающей радикальной простатэктомии.

Литература

1. Inci O., Kaya E., Alagol B., Atakan I.H. et al. Multiple primary malignant neoplasms in urologic patients // Int. Urol. Nephrol. — 2004; 36(1):1—4.
2. Сельчук В.Ю. Первично-множественные злокачественные опухоли (клиника, лечение, закономерности развития). Дисс... докт. мед. наук. — М., 1994.
3. Chun T.Y. Coincidence of bladder and prostate cancer // J. Urol. — 1997; Jan;157(1):65—67.
4. Mydlo J.H., Gerstein M. Patients with urologic cancer and other nonurologic malignancies: analysis of a sample and review of the literature. // Urology. — 2001; Dec;58(6):864—869.
5. Nakata S., Takahashi H., Takezawa Y. et al. Clinical features of multiple primary cancers including prostate cancer. Hinyokika Kyo. — 2000; Jun;46(6):385—391.
6. Ray P., Guinan P., Sharifi R. et al. Prostate cancer and the multiple primary malignant neoplasm syndrome // Prostate. — 1983;4(5):513—522.
7. Галлеев Р.Х. Цистэктомия и илеоцистопластика у больных раком мочевого пузыря. Дисс... докт. мед. наук. — Казань., 1993.
8. Ситдыков Э.Н. Замещение мочевого пузыря изолированной кишечной петлей при раке мочевого пузыря. Дисс... докт. мед. наук. — Казань., 1970.
9. Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. Nerve and seminal sparing radical cystectomy with orthotopic urinary diversion for select patients with superficial bladder cancer: an innovative surgical approach // J. Urol. — 2001; Jan;165(1):51—55; discussion 55.
10. Nieuwenhuijzen J.A., Meinhardt W., Horenblas S. Clinical outcomes after sexuality preserving cystectomy and neobladder (prostate sparing cystectomy) in 44 patients // J. Urol. — 2005; Apr;173(4):1314—1317.
11. Revelo M.P., Cookson M.S., Chang S.S. et al. Incidence and location of prostate and urothelial carcinoma in prostates from cystoprostatectomies: implications for possible apical sparing surgery //

- J. Urol. — 2004; Feb;171(2 Pt 1):646—651.
12. Terrone C., Cracco C., Scarpa R.M., Rossetti S.R. Supra-ampullar cystectomy with preservation of sexual function and ileal orthotopic reservoir for bladder tumor: twenty years of experience // Eur. Urol. — 2004; Aug;46(2):264-269; discussion 269—270.
13. Vallancien G., Abou E.L., Fettouh H. et al. Cystectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience. // J. Urol. — 2002; Dec;168(6):2413—2417.
14. Zhou F.J., Qin Z.K., Han H. et al. Radical cystectomy with sparing partial prostate for invasive bladder cancer // Ai Zheng. — 2003; Oct;22(10):1066—1069.
15. Зисман И. Ф. Клинические аспекты первичной множественности злокачественных новообразований. — Кишинев., 1978.
16. Переверзев А.С., Петров С.Б. — Опухоли мочевого пузыря. — Дисс... докт. мед. наук. — Харьков., 2002.
17. Bittorf B., Kessler H., Merkel S. et al. Multiple primary malignancies: An epidemiological and pedigree analysis of 57 patients with at least three tumours // Eur. J. Surg. Oncol. — 2001; Apr;27(3):302—313.
18. Kinoshita Y., Singh A., Rovito P.M. Jr. et al. Double primary cancers of the prostate and bladder: a literature review // Clin. Prostate Cancer. — 2004; Sep;3(2):83—86.
19. Wang C.Y., Jones R.F., Debiec-Rychter M. et al. Correlation of the genotypes for N-acetyltransferases 1 and 2 with double bladder and prostate cancers in a case-comparison study // Anticancer Res. — 2002; Nov-Dec;22(6B):3529—3535.
20. Abbas F., Biyabani S.R., Pervez S. Incidental prostate cancer: the importance of complete prostatic removal at cystoprostatectomy for bladder cancer // Urol. Int. — 2000;64(1):52—54.
21. Abbas F., Hochberg D., Civantos F., Soloway M. Incidental prostatic adenocarcinoma in patients undergoing radical cystoprostatectomy for bladder cancer // Eur. Urol. — 1996;30(3):322—326.
22. Angulo J.C., Hontoria J., Dehaini A. et al. Secondary neoplasm in patients with bladder carcinoma. A case-control study. // Actas. Urol. Esp. — 1996; Sep;20(8):720—724.
23. Bonnal J.L., Irani J., Maidenberg M. et al. Management of bladder cancer associated with prostate cancer // Prog. Urol. — 2003; Dec;13(6):1286—1289.
24. Demandante C.G., Troyer D.A., Miles T.P. Multiple primary malignant neoplasms: case report and a comprehensive review of the literature. // Am. J. Clin. Oncol. — 2003; Feb;26(1):79—83.
25. Konski A., Rubin P., DiSantagnese P.A. et al. Simultaneous presentation of adenocarcinoma of prostate and transitional cell carcinoma of bladder // Urology. — 1991; Mar;37(3):202—206.
26. Kotake T., Kiyohara H. Multiple primary cancers (MPC) associated with bladder cancer: an analysis of the clinical and autopsy cases in Japan // Jpn. J. Clin. Oncol. — 1985; Apr;15 Suppl; 1:201—210.
27. Reese J.H., Freiha F.S., Gelb A.B. et al. Transitional cell carcinoma of the prostate in patients undergoing radical cystoprostatectomy // J. Urol. — 1992; Jan;147(1):92—95.
28. Sanchez-Chapado M., Olmedilla G., Cabeza M. et al. Prevalence of prostate cancer and prostatic intraepithelial neoplasia in Caucasian Mediterranean males: an autopsy study // Prostate. — 2003; Feb. 15;54(3):238—247.
29. Satoh H., Momma T., Saito S., Hirose S. A case of synchronous triple primary carcinomas of the kidney, bladder and prostate. — Hinyokika Kiyo. — 2003; May;49(5):261—264.
30. Takada T., Honda M., Momohara C. et al. Synchronous triple urogenital cancer (renal cancer, bladder cancer, prostatic cancer): a case report. — Hinyokika Kiyo. — 2002; Apr;48(4):239—242.
31. Vallejo Herrador J., Sanchez de la Muela P., Diz Rodriguez R. et al. Synchronous primary urologic triple neoplasia. Report of a new case and review of the literature // Actas Urol. Esp. — 2002; Jan;26(1):57—59.
32. Ward J.F., Bartsch G., Sebo T.J. et al. Pathologic characterization of prostate cancers with a very low serum prostate specific antigen (0-2 ng/mL) incidental to cystoprostatectomy: is PSA a useful indicator of clinical significance? // Urol. Oncol. — 2004; Jan-Feb;22(1):40—47.
33. Pritchett T.R., Moreno J., Warner N.E., Lieskovsky G. et al. Unsuspected prostatic adenocarcinoma in patients who have undergone radical cystoprostatectomy for transitional cell carcinoma of the bladder // J. Urol. — 1988; Jun;139(6):1214—1216.
34. Hind A., Ventura L., Leocata P. et al. Histopathological study of 110 cystectomy specimens for bladder cancer by an original mapping method // J. Exp. Clin. Cancer. Res. — 1998; Mar;17(1):59—64.
35. Попова Т.Н. Диагностика первично-множественных синхронных злокачественных новообразований // Российский онкологический журнал. — 2002. — № 5. — С. 11.
36. Ornstein D.K., Rao G.S., Smith D.S. et al. The impact of systematic prostate biopsy on prostate cancer incidence in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia undergoing transurethral resection of the prostate // J. Urol. — 1997; Mar;157(3):880—883; discussion 883—884.
37. Niesel T., Breul J., Hartung R. Diagnostic value of additional systematic prostate biopsies in patients undergoing transurethral resection of the prostate // Urology. — 1997; Jun;49(6):869—873; discussion 873—874.
38. Tombal B., De Vischer L., Cosyns J.P. et al. Assessing the risk of unsuspected prostate cancer in patients with benign prostatic hypertrophy: a 13-year retrospective study of the incidence and natural history of T1a-T1b prostate cancers // B.J.U. Int. — 1999; Dec;84(9):1015—1020.
39. Minardi D., Galosi A.B., Dell'Atti L. et al. Production of serum-free and total prostate-specific antigen due to prostatic intraepithelial neoplasia. // Scand. J. Urol. Nephrol. — 2002;36(5):323—329.
40. Monda J.M., Barry M.J., Oesterling J.E. Prostate specific antigen cannot distinguish stage T1a (A1) prostate cancer from benign prostatic hyperplasia // J. Urol. — 1994 May;151(5):1291—1295.
41. Bostwick D.G., Cooner W.H., Denis L. et al. The association of benign prostatic hyperplasia and cancer of the prostate // Cancer. — 1992; Jul, 1;70(1 Suppl):291—301.
42. Moutzouris G., Barbatis C., Plastiras D. et al. Incidence and histological findings of unsuspected prostatic adenocarcinoma in radical cystoprostatectomy for transitional cell carcinoma of the bladder. // Scand. J. Urol. Nephrol. — 1999. Feb;33(1):27—30.
43. Oka H., Kobayashi S., Kobayashi T. et al. Multiple primary cancers limited to the urological field. — Hinyokika Kiyo. — 2001; Jun;47(6):405—409.
44. Ozdamar A.S., Gultekin E.Y., Gokalp A. Multiple primary tumours of the urogenital system: our cases and a review of the literature // Int. Urol. Nephrol. — 1997;29(5):511—515.
45. Nixon R.G., Chang S.S., Lafleur B.J. et al. Carcinoma in situ and tumor multifocality predict the risk of prostatic urethral involvement at radical cystectomy in men with transitional cell carcinoma of the bladder // J. Urol. — 2002; Feb;167(2 Pt 1):502—505.
46. Barz H., Barz D. The prevalence of single and synchronous multiple tumours in autopsy series and its dependence on age // Arch. Geschwulstforsch. — 1977;47(5):428—436.
47. Burke W.J., McLaughlin J.R., Chung H.D. et al. Occurrence of cancer in Alzheimer and elderly control patients: an epidemiologic necropsy study. — Alzheimer Dis Assoc Disord. — 1994. — Spring; 8(1): 22—28.
48. Kawaharada M., Satoh Y. Clinical usefulness of the autopsy in elderly patients // Nippon Ronen Igakkai Zasshi. — 1998; Dec; 35(12): 891—897.
49. Merminod T., Zulian G.B. Multiple malignant tumours in the elderly // Crit. Rev. Oncol. Hematol. — 2002; Sep;43(3):227—230.
50. Stemmermann G.N., Nomura A.M., Chyou P.H., Yatani R. A prospective comparison of prostate cancer at autopsy and as a clinical event: the Hawaii Japanese experience // Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. — 1992; Mar-Apr; 1(3): 189—193.