

Вопросы оперативного лечения рака почки больных преклонного возраста

М.Н. Тилляшайхов¹, Л.Т. Газиев²

¹РОНЦ МЗ Республики Узбекистан;

²Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республика Узбекистан

Введение. Многие вопросы тактики лечения больных пожилого (60–74 года) и старческого (> 75 лет) возраста до сих пор не вполне ясны. Не разработан алгоритм оперативного лечения в зависимости от тяжести соматического состояния пациента и прогноза жизни, не определены объективные критерии переносимости оперативного пособия. Бессимптомное течение и стертость клинической картины характерны для больных преклонного возраста. Нефрэктомия является единственным эффективным способом лечения. РНЭ у больных пожилого и старческого возраста осуществляются при отсутствии абсолютных противопоказаний в основном при I и II стадиях заболевания и в некоторых случаях при III стадии. При больших размерах или кровотечении из неоперабельной опухоли остается наблюдение и симптоматическое лечение. До настоящего времени вопрос о переносимости операции у части больных решается эмпирически, основываясь на опыте хирурга и/или консилиума врачей смежных специальностей.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных РП преклонного возраста.

Материалы и методы. В отделении урологии РОНЦ МЗ РУз около 80 % пациентов составляют больные старше 50 лет, а более половины всех больных — старше 60 лет. Нами проанализирован опыт лечения 95 пациентов старше 60 лет с опухолью почки; из них 53 (55,7 %) мужчины, 42 (44,3 %) женщины, причем 10 мужчин и 14 женщины старше 75 лет. Пациентам проводилось обследование: УЗИ, экскреторная урография, КТ/МРТ.

Результаты. Оперативное лечение выполнено 78 больным: 38 (48,7 %) мужчинам, 40 (51,3 %) женщинам, из них 15 мужчин и 21 женщина в возрасте старше 70 лет. У 69 выявлен РП и им выполнена нефрэктомия, у 9 — рак лоханки или мочеточника и проведена нефруретерэктомия. Из общего числа пациентов преклонного возраста с впервые выявленным ПКР, раком ЧЛС и мочеточника нами ежегодно у 4–5 больных выполняется экстренное оперативное пособие по жизненным показаниям.

Выводы. Таким образом, оценка статуса больного до сих пор является наиболее субъективной частью предоперационного обследования, а биологический возраст не всегда определяется количеством прожитых лет. Учитывая непрогнозируемость динамики развития опухоли, мы придерживаемся более активной хирур-

гической тактики, в то же время оставляя активное наблюдение за пациентами пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелый соматический статус.

Хирургическое лечение почечно-клеточного рака с опухолевым тромбом нижней поллой вены

М.Н. Тилляшайхов¹, Е.В. Колесникова²,
Л.Т. Газиев², В.В. Гринберг¹

¹РОНЦ МЗ Республики Узбекистан;

²Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республика Узбекистан

Цель исследования — изучение отдаленных результатов лечения больных ПКР с опухолевым тромбом НПВ.

Материалы и методы. Прооперированы 35 больных ПКР с опухолевой инвазией в НПВ за период с 2006 по 2008 г. Женщин было 8 (22,8 %), мужчин — 27 (77,2 %). Средний возраст — $55,6 \pm 3,2$ года.

Всем больным была выполнена РНЭ с тромбэктомией НПВ, с использованием срединного доступа. Верхняя граница тромба располагалась ниже печеночных вен у 30 (85,7 %) пациентов, ретрогепатически — у 2 (5,7 %), антеградно — у 3 (8,6 %). Морфологическое исследование опухолей по результатам оперативного вмешательства позволило верифицировать их принадлежность. Чаще всего встречался светлоклеточный вариант рака — 29 (82,5 %) больных, у 6 (17,5 %) — железистый вариант. Лимфодиссекция выполнена всем пациентам. Удаление ЛУ начиналось от ножки диафрагмы и продолжалось вдоль НПВ и аорты вплоть до их бифуркации. Границами удаляемой клетчатки являлись: верхняя граница — ножки диафрагмы, нижняя — бифуркация аорты, сзади — поясничная мышца. Иссечение забрюшинной клетчатки с ЛУ проводилось по методике en block, что уменьшало лимфорею интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 (5,7 %) пациента вследствие тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Из 35 больных за период наблюдения умерли 18 (51 %), 17 (49 %) пациентов находятся под наблюдением.

Выводы. Активный хирургический подход к больным с опухолевым тромбом НПВ является эффективным методом лечения. Радикальное удаление тромба любой протяженности дает шанс на выздоровление большинству больных. Срединный лапаротомный оперативный доступ — оптимальный вариант, обеспечивающий широкий обзор оперативного поля, удобные условия при мобилизации НПВ на всем протяжении.

Экспрессия маркеров Ki-67, p53 и bcl-2 при местно-распространенном и метастатическом почечно-клеточном раке

Т.М. Черданцева, И.П. Бобров, В.В. Климачев,
В.М. Брюханов, А.Ф. Лазарев
Алтайский ГМУ; Алтайский филиал ФГБУ
«РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Барнаул

Введение. В последние годы в клинической онкологии широко применяется ИГХ-метод. Изучение экспрессии маркера пролиферации (Ki-67) и белков регуляторов апоптоза (p53 и bcl-2) показало свою значимость при опухолях многих локализаций. В то же время данные по исследованию данных маркеров при РП немногочисленны и противоречивы.

Цель исследования — оценка прогностического значения экспрессии маркеров Ki-67, p53 и bcl-2 при ПКР.

Материалы и методы. Изучен операционный материал 55 больных ПКР, из них 32 (58,2%) мужчины, 23 (41,8%) женщины. Средний возраст пациентов составил $56,6 \pm 1,3$ года. По гистологическому строению опухоли были представлены следующим образом: светлоклеточный вариант — 34 случая, зернистоклеточный — 8, папиллярный — 6, саркоматоидный — 2, хромофобный — 3 и нейроэндокринный — 2. Уровень экспрессии молекулярно-биологических маркеров p53 (клон DO-7, DAKO), bcl-2 (клон 124, DAKO), и Ki-67 (клон MIB-1, DAKO) определяли при помощи ИГХ-метода по рекомендованным производителями протоколам. Индекс мечения (ИМ) p53 и Ki-67 оценивали на 1000 клеток на цифровых микрофотографиях с помощью морфометрической программы Image Tool 3.0 с последующим выражением результата в процентах. При оценке ИГХ-окрашивания bcl-2 использовали полуколичественный метод: 0 баллов — отсутствие окрашивания; + (1 балл) — более 20% клеток со слабой интенсивностью окрашивания цитоплазмы; ++ (2 балла) — умеренное окрашивание цитоплазмы; +++ (3 балла) — интенсивное окрашивание цитоплазмы 20% клеток; ++++ (4 балла) — интенсивное окрашивание цитоплазмы более чем 80% клеток. В тех случаях, когда интенсивность окрашивания варьировала, например от + (1 балл) до ++ (2 балла), получали среднее — 1,5 балла. Статистическую обработку материала проводили при помощи статистического пакета Statistica 6.0.

Результаты. Клетки ПКР характеризовались сравнительно низким значением ИМ маркера пролиферации Ki-67, который варьировал от 0 до 43% и в среднем составил $8,6 \pm 1,5\%$. Экспрессия маркера Ki-67 коррелировала с наличием регионарных и отдаленных

метастазов ($r = 0,37$). В местно-распространенных опухолях без метастазов ИМ Ki-67 составил $6,0 \pm 1,3\%$, а в метастатическом ПКР ИМ Ki-67 возрастал до $12,9 \pm 1,4\%$. Экспрессия онкопротеина p53 в клетках ПКР была отмечена в 88,2% наблюдений. ИМ маркера в p53-положительных опухолях колебался от 1 до 79%, в среднем составил $12,8 \pm 2,4\%$. Экспрессия маркера была взаимосвязана с наличием метастазов ($r = 0,33$). В локализованных новообразованиях ИМ p53 составил $9,1 \pm 2,5\%$, а в метастатических возрастал до $20,2 \pm 4,8\%$. Экспрессия ингибитора апоптоза bcl-2 обнаруживалась в 77,3% наблюдений. Пределы колебаний ИМ маркера составили от 0 до 4 баллов, в среднем ИМ составил $1,8 \pm 0,2$ балла. Экспрессия маркера bcl-2 коррелировала с наличием метастазов ($r = 0,42$). В локализованных карциномах экспрессия bcl-2 составила $2,2 \pm 0,2$ балла, а в метастатическом ПКР снижалась до $1,0 \pm 0,2$ балла.

Выводы. Таким образом, ПКР в целом характеризуется низким уровнем пролиферации. Экспрессия p53 и bcl-2 является довольно частым событием при ПКР. Высокий уровень экспрессии маркеров Ki-67, p53 и снижение экспрессии bcl-2 служат факторами неблагоприятного прогноза.

Резекция единственной почки

И.В. Чернышев, А.А. Жернов, Д.В. Перепечин,
Г.Д. Ефремов, Ю.В. Самсонов, О.В. Осипов
ФГБУ «НИИ урологии», Москва

Частота опухоли единственной и единственно функционирующей почки составляет 2,6–5,5%. Необходимо учитывать, что функциональная способность единственной почки не равнозначна функции обеих почек. У больных после нефрэктомии изменяется обмен веществ, снижаются адаптационные возможности, что проявляется, например, в тенденции к снижению уровня общего белка, особенно у лиц старше 50 лет, в течение 5–20 лет после операции. Кроме того, отмечается скрытая гепатопатия после нефрэктомии. При врожденно единственной почке адаптационные возможности выше, чем после нефрэктомии. Для улучшения результатов хирургического лечения больным показана комплексная медикаментозная терапия. В НИИ урологии в период с 2004 по 2011 г. было прооперированно 14 пациентов с раком единственной почки, из них 9 мужчин и 5 женщин. Средний возраст 61,4 года (51–59 лет). Единственная почка, когда контралатеральная удалена по поводу неонкологической патологии, была у 8 больных, РП при гипоплазированной другой почки — у 2 больных, рак анатомически единственной почки — у 4 больных. У всех больных выявлена I стадия — T1N0M0. Размер опухоли составлял 3,5 (2,4–6,3) см. Всем больным проводилось ком-

плексное обследование. Особое внимание уделялось оценке расположения, кровоснабжения опухоли. Проводились коррекция сопутствующей патологии, гипотензивная, гепатопротективная и другая терапия. Больной консультирован онкоурологом, нефрологом. Особое внимание уделялось юридическим аспектам предстоящей операции: развернутое информированное согласие, оговаривалась возможность выполнения гемодиализа в послеоперационном периоде или перевода в ренопривное состояние, подавалась заявка на «диализное место» у больных по месту жительства.

Результаты. Время ишемии: 16,5 (8–21) мин. Гистологическая структура опухоли у всех больных была одинаковой — светлоклеточный рак. Край резекции — отрицательный во всех случаях. Гемодиализ не потребовался ни одному пациенту. Больным проводилась комплексная инфузионная, антикоагулянтная, антиагрегантная, противовоспалительная, гепатопротекторная терапия на протяжении 10–14 дней. Ни в одном случае не отмечалось осложнений. За время наблюдения 24 мес рецидивов не выявлено.

Выводы. Таким образом, при точной диагностике, правильно спланированном использовании всего спектра современных методов лечения, комплексной медикаментозной терапии возможно продлить жизнь и улучшить качество жизни больных данной категории.

Лапароскопическая резекция почки — первый опыт

А.Н. Шевченко, С.Н. Димитриади
ФГБУ РНИОИ МЗ РФ, Москва

Исследованиями последних лет показано, что отдаленные результаты резекции почки и РНЭ в лечении больных ПКР в стадии < T2 сравнимы. На этом фоне опубликованные результаты долгосрочных наблюдений за этими группами больных показывают, что уровень летальности от кардиоваскулярных осложнений был значительно ниже в группе больных, перенесших ОСО. Сочетание использования методики тепловой ишемии (ТИ) и лапароскопической резекции почки (ЛРП) обеспечивает абластичность резекции и быструю реабилитацию данной категории больных.

С января по апрель 2012 г. выполнено 7 ЛРП по поводу ПКР в стадии < T2. Средний возраст больных составил 56,7 года (48–67 лет), средний размер опухоли — 37,1 (18–59) мм. Использовался трансперитонеальный доступ. Во всех случаях применяли методику ТИ, ишемию создавали путем компрессии почечных сосудов зажимом, после чего ножницами иссекали образование. Затем на паренхиму накладывали гемостатические швы с использованием техники «скользящих клипс». Сред-

няя продолжительность ТИ составила 13,2 (11–23) мин. Средний объем кровопотери — 162 (80–250) мл. У 3 больных была вскрыта полостная система, тем не менее отдельное ушивание полостной системы не выполняли. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Случаев пассажа мочи по страховым дренажам, отсроченных кровотечений в нашей серии больных не отмечено. По данным гистологического исследования миграции стадии не выявлено. Хирургические края у всех больных — отрицательные.

Таким образом, сочетание методики ТИ и ушивание паренхимы с использованием техники «скользящих клипс» при ЛРП является безопасным абластичным методом хирургического лечения больных ПКР стадии < T2, обеспечивающим быструю реабилитацию данной категории больных.

Экспериментальное обоснование восстановления ишемически поврежденной паренхимы почки при органосохраняющих операциях

А.В. Яльцев, И.Г. Дряженков, Д.Л. Комлев, М.С. Лось
ГБОУ ВПО «Ярославская ГМА» МЗ РФ

За последние годы отмечается более широкое использование резекции почки при онкологической патологии. Операционная травма паренхимы является причиной возникновения ее ишемического повреждения даже в тех случаях, когда не перекрывается магистральный кровоток. По линии разреза наступает краевой асептический некроз с выраженным перифокальным реактивным воспалением и зоной инфаркта, распространяющейся от линии разреза. Вначале часть почечной ткани погибает вследствие разрушения сосудов и нарушения питания, а в дальнейшем — от сдавливания элементов почечной паренхимы развивающейся соединительной тканью. С развитием соединительной ткани увеличивается давление на паренхиму почки, что также приводит к снижению ее функции. Следовательно, медикаментозная защита и коррекция возникающих после резекции гемодинамических нарушений сохранят максимально возможное количество жизнеспособных нефронов, что приведет к более быстрому восстановлению функций ткани почки в раннем послеоперационном периоде и может улучшить отдаленные послеоперационные результаты.

Цель исследования — изучение структурных изменений в зоне операционной раны почки при ее резекции с применением в послеоперационном периоде гипербарической оксигенации (ГБО) и витамина Е и сравнение их с таковыми без влияния антиоксидантов и гипербарического кислорода.

Материалы и методы. Экспериментальная часть работы выполнена на 40 белых лабораторных крысах весом от 200 до 300 гр. Под эфирным ингаляционным наркозом срединным разрезом вскрывалась брюшная полость, осуществлялся доступ к почке. Выполнялась резекция нижнего полюса, паренхиматозное кровотечение останавливалось путем наложения Z-образных швов на резецированный орган. Все животные были разделены на 4 группы по 10 особей в каждой. Первая — группа контроля, не получавшая лечения. Во 2-й группе ежедневно в течение 5 дней проводились сеансы ГБО в режиме 2,4–2,6 ата, продолжительностью 60 мин. В 3-й группе ежедневно в течение 5 дней вводили в/м масляный 10% раствор витамина Е по 0,2 мл 2 раза в сутки. Животным 4-й группе проводили сочетанную терапию методом ГБО и введение α -токоферола ацетата в аналогичных дозировках. После операции животные содержались в обычных лабораторных условиях. За дни исследования ни одно животное не погибло. Крысы всех групп были забиты на 10-е сутки после операции. Гистологическое исследование ткани почек во всех исследуемых группах вырезали в 3 плоскостях: горизонтальной, сагиттальной и фронтальной. Фрагменты исследуемого органа животных фиксировали в 10% нейтральном формалине, жидкости Карнуа, заливали в парафин и резали на санном микротоме. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, для выявления гликогена проводили ШИК-реакцию, а также окраску по Моури, которая позволяет одновременно выявить гликоген и кислые мукополисахариды.

Результаты. Микроскопическое исследование экспериментального материала 1-й группы показало, что в неповрежденных участках резецируемой почки, прилегающих к месту резекции, отмечались скопление молодой соединительной ткани, а также резкое расширение просвета проксимальных извитых канальцев с обтурацией его цилиндрами из слущенного эпителия и лейкоцитов. При этом выявлялась выраженная гидропическая баллонная дистрофия эпителия с часто встречающимся некрозом эпителиальных клеток. В эпителии извитых канальцев почек обнаруживалось полное исчезновение концентрации гликогена. Часто выявлялись обильная лейкоцитарная инфильтрация в межуточной ткани коркового слоя почки, а также полнокровие и отек мозгового слоя с выраженным расширением просвета его канальцев. Отмечали десквамацию и слущивание эпителия канальцев мозгового слоя почки, появление в их просвете лейкоцитов и эритроцитов. Большая часть почечных клубочков в сравнении с неповрежденными представлялась малокровными и спавшимися. Необходимо отметить, что в этой группе эксперимента обнаруживались единичные митозы.

В экспериментальном материале 2-й группы также определялись резкое расширение просвета проксимальных извитых канальцев и скопление молодой соедини-

тельной ткани в участках, прилегающих к краю резекции. При этом гидропическая дистрофия эпителия была менее выражена, а очаговые некрозы клеток эпителия встречались нечасто, просветы извитых канальцев менее забиты цилиндрами, а лейкоцитарная инфильтрация в межуточной ткани коркового слоя почки слабо выражена. В эпителии извитых канальцев почек также выявлялось снижение концентрации гликогена. Расширение просвета канальцев мозгового слоя почки слабо выражено, десквамация и слущивание эпителия его канальцев — умеренные. Наряду с малокровными почечными клубочками визуализировались и нормальные. Митоз клеток обнаруживался чаще.

Микроскопическое исследование экспериментального материала 3-й группы показало скопление молодой соединительной ткани в крае резекции. Визуализировалось резкое расширение просвета проксимальных извитых канальцев, при этом выявлялась гидропическая, а иногда и баллонная дистрофия эпителия данных структур, а также часто обнаруживались некрозы и десквамация клеток эпителия. В просвете канальцев были видны цилиндры из слущенного эпителия. Обнаруживалась умеренная лейкоцитарная инфильтрация в межуточной ткани коркового слоя почки, в эпителии извитых канальцев заметно исчезновение концентрации гликогена. Просвет канальцев мозгового слоя расширен, эпителий с десквамацией и слущиванием. Наряду с этим обнаруживались как нормальные почечные клубочки, так и спавшиеся. Нередко встречался митоз клеток.

В экспериментальном материале 4-й группы в зоне резекции отмечалось активное развитие соединительной ткани, при этом в этих участках, наблюдалось незначительное расширение просвета проксимальных извитых канальцев. Иногда встречались невыраженная гидропическая дистрофия эпителия и некроз. Определялись несколько расширенные просветы извитых канальцев и канальцев мозгового слоя почки. Лейкоцитарная инфильтрация в межуточной ткани коркового слоя практически не встречалась, а в эпителии извитых канальцев обнаруживалось увеличение концентрации гликогена. Большинство почечных клубочков выглядели нормальными и редко малокровными и спавшимися, в ткани почки обнаруживалось большое количество митозов, в том числе К-митозы и двуйдерные клетки. Обращало на себя внимание значительное увеличение размеров цитоплазмы и ядер эпителия извитых канальцев почек. Размеры ядер и цитоплазмы клеток собирательных трубочек были различны.

Выводы. Комплексное назначение ГБО и α -токоферола ацетата в послеоперационном периоде вызывает снижение интенсивности воспалительной реакции и усиление митотической активности клеток, тем самым предупреждает развитие гнойных очагов на раневой поверхности, увеличивает скорость репаративных процессов и предопределяет в дальнейшем формирование по краю раны почки тонкого рубца.

Раздел IV

РАЗНОЕ

Заболеваемость раком почки, мочевого пузыря и предстательной железы в Архангельской области

**А.В. Архипов, А.В. Красильников,
Е.Ф. Потехина, С.В. Гладилина**

*ГБУЗ АО «Архангельский клинический онкологический
диспансер»*

В Архангельской области онкологические заболевания занимают 2-е место в структуре смертности населения после болезней системы кровообращения, а также в структуре причин инвалидизации населения Архангельской области. Прирост заболеваемости раком в области за последние 10 лет составил 38,4%* (по всей территории России — 14,9%). При этом прирост заболеваемости РП составил 58,3%, а РМП — 24,7%. У мужчин прирост заболеваемости РПЖ за 10 лет достиг 228%, раком почки — 80,4%, РМП — 37,3%**.

У женщин показатель прироста заболеваемости РП составил 37,6%, а заболеваемость РМП уменьшилась на 2,6%.

У мужчин в 4 раза чаще встречаются опухоли МП. Более 50% всех случаев онкоурологической заболеваемости в Архангельской области приходится на Архангельск и Северодвинск.

Самым достоверным методом диагностики при выявлении злокачественной опухоли является морфологическое исследование операционного материала или биоптата. Верификация при РПЖ в последние годы достигается в 94–97% случаев, при РМП — в 84–87%.

Доля больных, взятых на учет с IV стадией РПЖ, уменьшилась с 27,5 в 2007 г. до 21,8% в 2010 г., а с РМП увеличилась за тот же период с 5,9 до 12,1%.

Более объективным показателем запущенности болезни служит летальность в течение первого года после установления диагноза, которая составила в 2011 г. 31,9% (по России — 28,6%),

В течение последних 10 лет наметилась положительная тенденция к снижению показателя 1-годовой летальности (1998 г. — 43,9%). Одногодичная летальность снизилась за период с 2007 по 2010 г. при РПЖ с 18,7 до 4,5% (по России — с 16,0 до 12,3%), при РМП — с 23,9 до 21,4% (по России — с 23,5 до 21,3%).

В ряде случаев соотношение показателей одногодичной летальности и запущенности характеризует уровень несоответствия между долей больных с опухолевым процессом IV стадии и фактической запущенностью. Этот факт свидетельствует о весьма высокой частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса у больного.

Показатель смертности за 10 лет увеличился при РМП на 15,6%, при РП — на 60,8%, а при РПЖ — на 90,9% (на 100 тыс. населения).

Численность контингента онкоурологических больных увеличилась за 10 лет на 5365 (29,3%). Из них число больных РПЖ — на 665 человек (239,2%), РП — на 629 (106,1%), РМП — на 285 человек (47,5%).

Увеличение числа онкоурологических больных с учетом специфики демографической ситуации свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости, так как эта тенденция наблюдается на фоне убыли численности населения, с одной стороны, и улучшения диагностики и лечения — с другой.

*Показатели по Архангельской области исчислены на предварительное расчетное население.

**Расчет у мужчин сделан на 100 тыс. мужского населения.

Возможности имплантации мужского слинга AdVance при лечении пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии

Е.И. Велиев, Е.Н. Голубцова, А.А. Томилов
РМАПО, Москва

Цель исследования — оценка возможности имплантации мужского слинга AdVance в лечении пациентов, страдающих стрессовым недержанием мочи (НМ) легкой и средней степени (в отдельных случаях тяжелой) после операций на ПЖ.

Материалы и методы. В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО за период с 2007 по 2011 г. было выполнено 12 имплантаций мужского слинга AdVance пациентам, имеющим стрессовое НМ легкой ($n = 3$), средней ($n = 7$) или тяжелой ($n = 2$) степени после РПЭ. Средний возраст пациентов составил $63,8 \pm 7,4$ года, медиана ПСА — $0,016$ нг/мл. У всех пациентов была сохраненная емкость МП, отсутствие остаточной мочи, исключены инфекционно-воспалительные процессы НМП и стриктура уретры. Удовлетворительным результатом операции считалось отсутствие или минимальные стрессовые потери мочи, допускающие использование 1 прокладки в сутки в качестве страховочной.

Результаты. Через 3 мес наблюдения после имплантации мужского трансобтураторного слинга AdVance подавляющее большинство пациентов полностью удерживали мочу, у 1 пациента НМ средней степени изменилось на легкую. В 1 случае операция не принесла желаемого результата, у больного сохранилась средняя степень стрессового НМ. Среди наблюдаемых пациентов не было зарегистрировано инфекционно-воспалительных осложнений, острой задержки мочеиспускания.

Выводы. Имплантация мужского трансобтураторного слинга AdVance является эффективным и безопасным методом лечения пациентов, страдающих стрессовым НМ легкой и средней (в ряде случаев тяжелой) степени после РПЭ.

Резекция яичка у больных с опухолями яичка

С.А. Возианов¹, А.В. Сакало¹, В.С. Сакало¹,
П.Г. Яковлев², В.А. Кропельницкий²

¹ГУ «Институт урологии» НАМН Украины;

²Киевский городской клинический онкологический центр, Украина

Введение. Стандартом лечения опухолей яичка признано выполнение высокой орхиэктомии. Учитывая молодой возраст пациентов, высокий уровень выживаемости, желания сохранения фертильности, в некоторых случаях прибегают к органосохраняющим операциям.

Цель исследования — изучение показаний, особенностей хирургической техники и отдаленных результатов резекции яичка при его опухолях.

Материалы и методы. Внутрияичковые образования размером не более 25 мм рассматривались как потенциально возможные для органосохраняющей операции. Локализацию опухоли определяли с помощью УЗИ. Операцию выполняли паховым доступом. Учитывая высокую чувствительность зародышевого эпителия к гипоксии и опасность повреждения семявыносящего протока, зажим на семенной канатик не накладывали. Расположение опухоли в области сети яичка рассматривали как противопоказание для резекции яичка. Гистологическое экспресс-исследование опухоли и ложа опухоли были обязательными. Проводили биопсию неповрежденной ткани яичка на наличие тестикулярной интраэпителиальной неоплазии (ТИН). Биопсию противоположного яичка не выполняли. В дальнейшем больным с герминогенной опухолью яичка (ГОЯ) проводили ежемесячные определения опухолевых маркеров (α -фетопротеин, хорионический гонадотропин человека, лактатдегидрогеназа) и УЗИ яичек — до года, затем — каждые 3 мес в течение 2-го и 3-го послеоперационного года, в дальнейшем — ежегодно.

Результаты и обсуждение. Выполнено 45 ОСО без осложнений. Средний размер опухоли был $1,4$ ($0,2$ – $2,8$) см. ГОЯ выявили в 16 (35,5%) случаях, лейдигому — в 12 (26,6%), эпидермоидные кисты — в 16 (35,5%) и аденоматоидную опухоль — в 1 (2,4%) наблюдении. У 1 больного с ГОЯ выполнена двусторонняя резекция по поводу синхронной семиномы яичка, у 1 — по поводу семиномы с одной стороны и эмбрионального рака с другой. У всех больных установлена I стадия. ТИН в окружающей ткани яичка выявлена у 5 пациентов. От ЛТ резецированного яичка больные отказались. Все больные с ТИН получали карбоплатин (2 курса). Локальный рецидив выявили у 2 из 16 больных с ГОЯ, по поводу чего была выполнена орхиэктомия. Ни в одном случае негерминогенных опухолей

рецидивов не наблюдали. Отдаленных метастазов на протяжении от 3 до 58 мес (в среднем 36,6 мес) не выявлено.

ТИН рассматривают как преинвазивную стадию ГОЯ. У 50–80 % пациентов с ТИН на протяжении 5–7 лет развивается инвазивная опухоль (W. Bazzi и соавт., 2011). После резекции больным с ТИН показана ЛТ на яичко в дозе 18–20 Гр. Однако описаны случаи возникновения опухоли после локальной ЛТ (K. Dieckmann, 2002). Авторы объясняют эти случаи наличием первичной радиорезистентности клеток ТИН и предлагают проводить ХТ. Органосохраняющие операции представляют минимальный риск для больного при высокой эффективности современной ХТ в случае возникновения рецидива.

Выводы. Показанием к органосохраняющей операции при опухолях яичка являются двусторонние злокачественные опухоли яичка, опухоли единственного яичка, одно- и двусторонние доброкачественные опухоли. Органосохраняющие операции способствуют поддержанию естественного гормонального уровня, а у некоторых больных даже сохраняют фертильность.

К вопросу гемостаза у онкоурологических больных

Г.А. Газимагомедов, А.Г. Гамзатов,
А.С. Скороваров, А. Магомедов, Ю.Б. Казилов
Кафедра урологии Дагестанской ГМА, Махачкала

Введение. Всем знакомы опасные ситуации кровопотерь у больных с урологической патологией. Преимущественно это больные неоперабельным РП и РМП, сравнительно реже больные после аденомэктомии ПЖ. Исчерпав возможности всех гемостатических препаратов, переливания крови и плазмы, нередко прибегают к открытой хирургической перевязке магистральных сосудов или рентгено-эндоваскулярной эмболизации их.

Цель исследования — улучшение результатов лечения онкоурологических больных.

Материалы и методы. Нами изучены 30 историй болезни стационарных больных, находившихся на лечении в урологической клинике за последние 10 лет: по поводу РП IV ($n = 8$) и III ($n = 5$) стадий, РМП IV стадии ($n = 9$). Во всех случаях имела интенсивная гематурия, не поддающаяся общепринятым методам гемостаза. Была необходимость открытой перевязки магистральных сосудов или эндоваскулярной эмболизации их. Восемью больным РП IV стадии с продолжающейся интенсивной гематурией и тампонадой МП проведена селективная эмболизация почечной артерии по Сельдингеру. Еще 5 больным с РП III стадии эмболизация проведена как первый этап

подготовки к нефруретерэктомии. Эмболом в основном служили спирали типа Диман Турко, которые вводились через обычный ангиографический катетер по Сельдингеру. В отдельных случаях пользовались гемостатической губкой или аутогустком крови.

Результаты. Больным с неоперабельным РМП IV стадии и профузной гематурией проведена эмболизация внутренних подвздошных артерий с 2 сторон ($n = 5$) и открытая двусторонняя перевязка артерий хирургическим путем в случаях, когда не удалось ввести катетер в артерию ($n = 4$). Перевязка внутренних подвздошных артерий с 2 сторон проведена также 8 больным после чреспузырной аденомэктомии ПЖ, осложненной неконтролируемой геморрагией. Во всех случаях эмболизация сосудов или перевязка их оказались эффективными. Гемостаз был достигнут сразу же после выполнения, купировался болевой синдром со стороны почек, последние уменьшались в размерах.

Выводы. Эндоваскулярная эмболизация магистральных сосудов почки, МП и ПЖ, перевязка их являются в отдельных случаях единственным эффективным методом гемостаза.

Эффективность гормонотерапии у больных раком предстательной железы

Г.А. Газимагомедов, А.Г. Гамзатов,
А.С. Скороваров, А. Магомедов,
Ю.Б. Казилов, М. Алибеков
Кафедра урологии Дагестанской ГМА, Махачкала

Цель исследования — оценка влияния ГТ на качество жизни больных РПЖ.

Материалы и методы. В исследование включены данные 40 больных РПЖ со стадиями Т3–4N0–1M0–1, получавших лечение в Республиканском онкологическом диспансере г. Махачкалы. Средний возраст — $67,0 \pm 5,8$ года. Пациентам проводили немедленную ГТ: МАБ — в 26 (65,0 %) случаях и изолированную терапию антиандрогенами (в режиме монотерапии) — в 14 (35,0 %). У 18 (45,0 %) пациентов использовали интермиттирующий режим, у остальных 22 (55,0 %) — постоянный режим лечения. Исследование качества жизни проводилось путем анкетирования пациентов до и через 3 мес после начала ГТ при помощи специальных рекомендаций Европейской организации по изучению и лечению рака (EORTC QLQ-30). Статистическая обработка представленных данных выполнялась согласно рекомендациям счетного руководства EORTC.

Результаты. Через 3 мес после начала лечения выявлено достоверное улучшение общего состояния здоровья и качества жизни (QL3) по сравнению

с самочувствием до лечения ($74,2 \pm 14,7$ и $62,2 \pm 13,1$ балла соответственно; $p = 0,002$). Андрогенная абляция не приводила к существенным изменениям показателей по функциональным шкалам ($p > 0,005$). Отмечено достоверное снижение интенсивности боли (РА) ($19,3 \pm 20,8$ и $8,5 \pm 11,1$ балла соответственно; $p = 0,025$) и слабости (ФА) ($11,4 \pm 11,5$ и $5,8 \pm 4,9$ балла соответственно; $p = 0,005$) через 3 мес после начала лечения гормональными препаратами. Других значимых изменений показателей по симптомным шкалам (DY, SL, AP, CO) на фоне лечения не выявлено ($p > 0,05$). Влияния метода и режима ГТ на общее качество жизни, а также показатели функциональной активности и симптомов заболевания не зарегистрировано ($p > 0,05$).

Выводы. ГТ позволяет достоверно улучшить общее состояние здоровья и качество жизни, снизить интенсивность боли и уменьшить проявления общей слабости у больных РПЖ III–IV стадий.

Комбинированные операции на мочеполовых органах при раке дистальных отделов толстой кишки

Н.Г. Гасанов, Г.Д. Гасанов, А.Г. Тагирова

Дагестанский онкологический диспансер, Махачкала

Колоректальный рак в структуре заболеваемости среди злокачественных новообразований занимает 5-е место (после рака легкого, молочной железы, кожи и желудка) в Республике Дагестан. Несмотря на увеличение уровня диагностических возможностей, часть больных поступают в стационар с местно-распространенными формами. Подобная распространенность заболевания нередко заставляет хирургов отказаться от оперативного лечения из-за технической сложности, травматичности, большого количества послеоперационных осложнений и высокой летальности.

Цель исследования — анализ результатов лечения местно-распространенного рака дистальных отделов толстой кишки.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные, контрольные карты и истории болезни пациентов, находящихся на учете в онкологическом диспансере РД.

Распространенный колоректальный рак с вовлечением мочеполовых органов выявлен у 162 больных, из них 98 (60,5 %) мужчин, 64 (39,5 %) женщины. Возраст больных колебался от 37 до 78 лет.

МП был вовлечен у 36 больных, одновременное поражение МП и мочеочника выявлено у 28 больных,

вовлечение ПЖ — у 26 и МП с ПЖ — у 18 пациентов. У 9 больных обнаружены пузырно-кишечные свищи, т. е. осложнения местно-распространенного процесса. У 45 пациентов с опухолью заполнен весь малый таз в виде конгломерата.

По ходу оперативных вмешательств при раке дистальных отделов толстой кишки у 36 (22,2 %) больных проведены комбинированные операции с резекцией органов мочеполовой системы.

Вовлечение мочеочников в опухолевый процесс имело место у 5 (13,9 %) больных из 36. У 4 пациентов с раком сигморектального и верхне-ампулярного отдела прямой кишки стадии T4N2M0 протяженность поражения мочеочника составила от 2,5 до 3 см. Проведена комбинированная операция: резекция МП с созданием уретероцистонеоанастомоза и операция Гартмана. Во всех случаях проведено ретроградное введение мочеочничкового катетера. Катетер оставляли на 10–14 дней. Спустя 3 нед проводилось УЗИ, экскреторные урографии для исключения нарушения оттока мочи, уретерогидронефроза, пиелонефрита и других осложнений.

В 1 случае (при экскреторной урографии) до операции замечено вовлечение мочеочника в опухолевый процесс протяженностью 1,5 см (рак сигмовидной кишки). Во время операции выявили интимное сращение мочеочника с опухолью, произведена резекция мочеочника с наложением уретеро-уретероанастомоза атравматическими иглами. Послеоперационный период протекал гладко.

В 27 (47,2 %) из 36 случаев МП оказался вовлеченным в опухолевый процесс и больным была проведена резекция МП.

По локализации первичного очага больные распределялись следующим образом: рак сигмовидной кишки — у 9 (33,3 %) из 27 пациентов, рак ректосигмовидного отдела — у 8 (29,6 %) и рак прямой кишки — у 10 (37 %).

При комбинированных операциях проведены: резекция дистального отдела толстой кишки, резекция по типу Гартмана — в 17 (62,7 %) случаях, резекция кишки с формированием сигморектального соустья — в 10 (37 %). При этом ручной анастомоз наложен у 4 пациентов, у остальных 6 анастомоз сформирован аппаратом АКА-2 по типу «конец-в-конец» по модифицированному нами способу.

При ручном способе у 1 больного в послеоперационном периоде отмечалась недостаточность анастомоза, была наложена страховочная трансверзостомия.

При формировании низких первичных сигморектальных анастомозов мы накладывали страховочные двустольные трансверзостомы.

Резекция МП в пределах серозно-мышечного слоя проведена у 16 (59,2 %) из 27 больных, гемицистэктомия — у 9 (33,3 %), субтотальная резекция — у 1 (3,7 %) и тотальное удаление МП с формированием уретерокутанеостомии — у 1 (3,7 %) пациента.

Успех комбинированных операций с резекцией пораженного отдела МП обеспечивали тщательным закрытием дефекта, адекватным дренированием околопузырного пространства и МП.

В 4 (11,1 %) случаях из 36 при выполнении брюшно-промежностной экстирпации проведена плоскостная резекция ПЖ. Операции заканчивались глухим швом промежностной раны, вакуум создавали аспирационным дренажом через дополнительное отверстие. В 1 случае в связи с продолжающимся кровотечением потребовалось снять швы с промежностной раны и плотно заполнить пространство малого таза салфетками. Послеоперационный период у этого пациента осложнился нагноением промежностной раны, в результате чего больной находился в стационаре 48 дней. Остальные пациенты выписаны на 14–16-й день после операции.

Следует отметить, что ретроспективный анализ показал: не все больные были достаточно обследованы до операции по субъективным и объективным причинам.

Для уточнения анатомо-функционального состояния мочеполовых органов до операции следует проводить комплексное обследование: экскреторную урографию, УЗ-сканирование почек и МП, цистоскопию. Уточнение степени прорастания опухоли в мочеполовые органы следует проводить с учетом данных ТРУЗИ, КТ и МРТ, что позволит лучше визуализировать топографические особенности распространения опухоли прямой кишки.

Эффективность тренировки мышц таза под контролем биологической обратной связи в лечении недержания мочи после радикальной простатэктомии

**П.В. Глыбочко, Ю.Л. Демидко, А.З. Винаров,
М.Е. Чалый, Е.А. Безруков, Д.В. Бутнару,
Л.С. Демидко, С.А. Мянник**

*НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека,
Москва*

Тренировка мышц таза с применением биологической обратной связи — метод реабилитации, при котором человеку с помощью электронных приборов

в режиме реального времени предоставляется информация о силе и продолжительности упражнений посредством визуальных или звуковых сигналов. Тренировка мышц таза — самая распространенная рекомендация пациентам с недержанием мочи после РПЭ. Тем не менее эффективность этого метода нуждается в уточнении.

Мы применили тренировку мышц таза с применением биологической обратной связи у 58 пациентов, перенесших РПЭ. Возраст больных составил 63 (54–72) года (здесь и далее указана медиана, 5-й и 95-й перцентили).

Для объективной оценки выраженности недержания применяли опросник ICIQ-SF, рекомендованный EAU. Частота подтекания мочи несколько раз в день выявлена у 37 (63,8 %) больных, все время — у 20 (34,5 %). У 1 пациента частота недержания была эпизодической. Потерю небольшого количества мочи отмечали 20 (34,5 %) пациентов, достаточного — 28 (48,3 %) и большого — 10 (17,2 %) пациентов. Чем чаще пациенты отмечали эпизоды недержания, тем большее количество мочи они теряли ($p = 0,001$).

Недержание мочи к моменту обращения продолжалось 2 (1–22) мес и не имело тенденции к уменьшению.

Тренировка под контролем биологической обратной связи направлена на идентификацию пациентом мышц тазового дна и развития способности произвольно управлять ими. Приобрели навык произвольного сокращения мышц промежности в течение 1–2 занятий 28 (48,3 %) пациентов, остальным 30 (51,7 %) на это требовалась регулярная поддержка при помощи биологической обратной связи.

В процессе регулярных упражнений 18 (31 %) пациентов могли полностью удерживать мочу в любых обстоятельствах, у 18 (31 %) произошло улучшение состояния, что выразилось в уменьшении количества эпизодов недержания, числа используемых прокладок. Отсутствие изменений зафиксировано у 19 (32,8 %) больных. У 2 пациентов (3,4 %) установлен искусственный сфинктер МП и у 1 (1,7 %) — слинг.

Медиана улучшения способности удерживать мочу составила 5,6 мес.

Длительность и эффективность лечения недержания мочи при помощи тренировки мышц тазового дна под контролем биологической обратной связи обусловлена способностью идентифицировать и произвольно сокращать мышцы промежности. Дополнительный канал информации в виде биологической обратной связи существенно облегчает обучение тренировке и повышает результативности занятий.

Возможности имплантации искусственного мочевого сфинктера AMS-800 у пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи в сочетании со стриктурой уретровезикального анастомоза

Е.Н. Голубцова, Е.И. Велиев, А.А. Томилов
РМАПО, Москва

Цель исследования — оценка возможности имплантации искусственного мочевого сфинктера AMS-800 у пациентов с тяжелой степенью стрессового недержания мочи (НМ) в сочетании со стриктурой уретровезикального анастомоза (УВА).

Материалы и методы. В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО за период с 2007 по 2011 г. было выполнено 25 имплантаций AMS-800 пациентам, страдающим тяжелой формой НМ. Средний возраст пациентов составил $67,2 \pm 12,8$ года. Основными причинами НМ были следующие: РПЭ — 72,7% пациентов, чреспузырная аденомэктомия — 18,2%, ТУР ПЖ — 9,1%. У 39,3% пациентов имела место стриктура УВА. Также следует отметить, что у 3 пациентов в анамнезе была попытка хирургического лечения НМ (периуретральные инъекции, имплантация мужского слинга InVance) без эффекта.

Результаты. Необходимым условием имплантации искусственного мочевого сфинктера является наличие свободного просвета уретры. Так как у значительной части больных в ходе предоперационного обследования была выявлена стриктура УВА, потребовались соответствующие вмешательства. На первом этапе пациентам со стриктурой УВА была выполнена эндоскопическая коррекция (оптическая уретротомия или ТУР УВА). У 27,3% пациентов после эндоскопических операций отмечен рецидив стриктуры УВА. Этим пациентам выполнена открытая пластика уретры, через 3 мес наблюдения рецидива не отмечено. Имплантация искусственного мочевого сфинктера была проведена в среднем через $3,1 \pm 1,2$ мес после устранения стриктуры УВА. Осложнения имплантации искусственного мочевого сфинктера AMS-800: острая задержка мочеиспускания — 3 пациента (в 1 случае разрешена однократной катетеризацией МП, в 2 — потребовалось наложение троакарной эпицистостомы), эрозия слизистой уретры без пролабирования манжеты — 1 пациент.

Выводы. У значительного числа пациентов, страдающих тяжелой степенью стрессового НМ после

операций на ПЖ, имеет место стриктура УВА. При этом эндоскопические вмешательства, как опция первой линии в коррекции стриктур УВА, не всегда служит эффективным методом лечения. В ряде случаев необходимо прибегать к открытой пластике УВА. После восстановления достаточного просвета уретры имплантация искусственного мочевого сфинктера AMS-800 является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с тяжелой степенью НМ.

Мочекаменная болезнь как фактор развития рака почечной лоханки

Е.В. Комаров, Д.З. Лехтман
ГКБ № 1 г. Тольятти

Введение. Первичные опухоли почечной лоханки встречаются значительно реже, чем опухоли паренхимы почек. По статистическим данным мировой литературы, в 1903 г. первичные опухоли лоханки составляли 7% от общего количества опухолей почки, а в 1937 г. — 8,5%. В настоящее время опухоли лоханки составляют 5–10% всех новообразований почки. Чаще имеют эпителиальное происхождение папиллярный, переходно-клеточный, плоскоклеточный типы рака. Заболевание наблюдается главным образом в возрасте 40–60 лет, значительно чаще у мужчин.

Об этиологии первичных опухолей лоханки нет достоверных данных. Известен целый ряд факторов, предрасполагающих к развитию первичных опухолей лоханки, как, например, эндо- и экзогенные канцерогены, хронические инфекции и воспалительные процессы. Правда, до сих пор нет доказательств того, что в возникновении опухолей какой-либо из этих факторов имеет решающее значение. Скорее всего, при опухолях лоханки злокачественная трансформация клеток вызывается комплексом факторов. В организме здорового человека в процессе обмена веществ образуются и выделяются с мочой химические вещества типа ортоаминофенола — метаболиты аминокислоты (триптофана), обладающие канцерогенным действием. В связи с этим патогенетическое значение приобретает застой мочи, который увеличивает продолжительность воздействия данных веществ на почечную лоханку.

Известный интерес представляет собой то обстоятельство, что при плоскоклеточном раке лоханки камни наблюдаются в 25–30% случаев, в то время как при всех остальных типах опухолей лоханки — лишь в 5–10% случаев. Эти данные позволяют предположить, что хронический воспалительный процесс име-

ет известное значение в возникновении плоскоклеточного рака лоханки особенно при длительном течении нефролитиаза (В.А. Гораш, 1930; М.К. Даль, 1937; С.А. Гринер, 1938; М.Д. Джавад-Заде, В.А. Арутюнов, 1956; Д.С. Мураткин, 1961; Urtz, MacDonald, 1957; Seth-Smith, 1959; Rosemann, 1967 и др.). В.А. Гораш обнаружил камни лоханки в 17 из 28 случаев плоскоклеточного рака, т. е. более чем в половине наблюдений. Lazebnik и Behar (1959) нашли в литературе описание 50 случаев сочетания МКБ и рака почечной лоханки. По данным Gahagan и Reed (1949), такое сочетание встречается в 48 %, но по данным Riches и др. (1951) — в 29 % случаев плоскоклеточного рака почечной лоханки.

Материалы и методы. Больной Д., 81 год, поступил в экстренном порядке с приступом почечной колики слева. Острые боли наступили несколько часов назад. При УЗИ мочеполювой системы в средней и нижней группе чашечек левой почки визуализируется коралловидный камень размером до 45 мм, толщина корково-мозгового слоя — до 15 мм, границы нечеткие, дивертикулез МП. На обзорной урографии в проекции нижней трети левого мочеточника тень конкремента размерами 7 × 4 мм. На в/в урографии слева замедление функции левой почки: полостная система расширена и деформирована, мочеточник расширен до нижней трети. В общем анализе крови: лейкоцитоз $38,4 \times 10^9$, палочкоядерные формы — 30 %. В связи с нарастанием клиники острого гнойного пиелонефрита в экстренном порядке выполнена эпифасциальная нефрэктомия, мочеточник пересечен на границе верхней трети и средней трети. На разрезе в просвете полостной системы — белые, ворсинчатые разрастания, связанные с лоханкой, в просвете чашечек — множественные мелкие желтые конкременты, паренхима дряблая, с множественными гнойниками. Гистологическое заключение: переходно-клеточный рак почечной лоханки, G₂, с инвазией до мышечного слоя, папиллярная форма роста, хронический интерстициальный пиелонефрит с абсцедированием, ткани почки мочеточника без новообразования. Через 20 сут после первой операции больному выполнена уретерэктомия с резекцией устья левого мочеточника и цистостомией, выполнение ТУР устья мочеточника оказалось невозможным ввиду протяженной стриктуры уретры. Гистологическое исследование опухолевой ткани в мочеточнике не выявило.

В период с 2009 по 2012 г. в урологических отделениях ГКБ № 1 г. Тольятти из 240 прооперированных пациентов со злокачественными новообразованиями почек рак почечной лоханки выявлен у 6 пациентов, что составило 2,6 %. Четыре пациента — мужчины со средним возрастом 64 года. Папиллярный переход-

но-клеточный рак разной степени дифференцировки выявлен у всех 6 пациентов. МКБ выявлена только у 1 (16,7 %) из них.

Выводы. Таким образом, по частоте выявления данные нашего исследования сопоставимы с материалами мировых публикаций. МКБ является одним из многих факторов, предрасполагающих к развитию плоскоклеточного рака почечной лоханки.

Роль послеоперационных тренировок мышц тазового дна в функции удержания мочи у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию

Д.О. Королев, А.Д. Каприн, А.А. Костин
ГКБ № 20; кафедра урологии с курсом онкоурологии ФПК МР
РУДН, Москва

Введение. По данным мировой литературы, инконтиненция развивается у 6–80 % мужчин, перенесших РПЭ.

Цель исследования — оценка влияния послеоперационных тренировок мышц тазового дна после РПЭ на функцию удержания мочи.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2011 г. 28 мужчинам была выполнена открытая нервосберегающая позадилоная РПЭ. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе ($n = 16$) проводились интенсивные тренировки, предусмотренные 10-недельной программой. Последняя включала обучение и комплекс упражнений на укрепление мышц тазового дна, которые проводились под контролем специально обученного медицинского персонала. Пациентам 2-й группы ($n = 12$) рассказали, как правильно сокращать мышцы тазового дна, и было предложено выполнять данные упражнения ежедневно по 3 раза в день. Функция удержания мочи у пациентов оценивалась с помощью подсчета количества использованных в течение 24 ч урологических прокладок, а также определения их веса (в граммах) в сроки 1, 3 и 6 мес после операции.

Результаты. В первый месяц удержание мочи в обеих группах пациентов было одинаково. Через 3 мес в 1-й группе полной континенции достигли 86 % пациентов, во 2-й группе — 48 %. К 6-му месяцу данный показатель составил 94 и 73 % соответственно.

Выводы. Послеоперационные тренировки мышц тазового дна должны стать обязательным условием в восстановлении континенции и реабилитации пациентов, перенесших РПЭ.

Выбор метода реконструкции мочевого пузыря после его резекции при хирургическом лечении местно-распространенных злокачественных новообразований тазовой локализации

И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев
Кафедра урологии ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования — оптимизация хирургической тактики на резекционном и реконструктивном этапах вмешательства при поражении МП у больных с местно-распространенными опухолями малого таза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 154 пациентов, которым в период с 2004 по 2011 г. были выполнены комбинированные хирургические вмешательства, сопровождавшиеся резекцией или полным удалением МП. Наибольшее число — 67 (43,5%) пациентов — страдали колоректальным раком. В 53 (34,4%) случаях отмечен рак шейки матки, в 21 (13,7%) — рак яичников, в 8 (5,2%) наблюдениях — рак тела матки, в 5 (3,2%) — рак влагалища. В 81 (52,6%) случае отмечены первичные злокачественные новообразования, в 73 (47,4%) наблюдениях вмешательство выполнено по поводу местного рецидива опухоли. У 41 (26,6%) пациента операция сопровождалась резекцией МП, в 113 (73,4%) случаях проведена эвисцерация малого таза. Радикального характера операции (так называемых R0 резекций) удалось добиться в 127 (82,5%) случаях. В 112 (73%) случаях отмечено осложненное течение заболевания с манифестацией по крайней мере одного из нижеперечисленных патологических синдромов: нарушение кишечной проходимости, кровотечение, обструкция мочевых путей, параканкрозное нагноение, формирование межорганных свищей и боль. Для их купирования перед основным вмешательством у 39 (25,3%) пациентов выполнили дренирование ВМП, у 24 (15,6%) — сформирована петлевая колостома, в 3 (1,9%) случаях потребовалась перевязка внутренних подвздошных артерий. Межорганные свищи, кровотечение и некупируемый болевой синдром в 27 (17,5%) наблюдениях были показаниями к выполнению заведомо паллиативных вмешательств.

Результаты. Для выбора метода реконструкции МП после резекции мы использовали известную схему его сегментарного строения М.Ф. Поляничко. Если при резекции с клиренсом не менее 2 см от видимого края опухолевой инфильтрации удаляли менее 2 сегментов МП, выполняли его ушивание. При более масштабной резекции выполняли аугментацию МП участком подвздошной кишки.

Двуствольная влажная стома как метод смешанной мочевой и кишечной деривации после полной эвисцерации малого таза

И.П. Костюк, С.С. Крестьянинов, Л.А. Васильев
Кафедра урологии ВМА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования — оценка роли и места двуствольной влажной стомы как метода смешанной мочевой и кишечной деривации после эвисцерации малого таза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 154 пациентов, которым в период с 2004 по 2011 г. выполнены комбинированные хирургические вмешательства, сопровождавшиеся резекцией или полным удалением МП. Наибольшее число — 67 (43,5%) пациентов — страдали колоректальным раком. В 53 (34,4%) случаях отмечен рак шейки матки, в 21 (13,7%) — рак яичников, в 8 (5,2%) наблюдениях — рак тела матки, в 5 (3,2%) — рак влагалища. Мужчин было 24 (15,6%), женщин — 130 (84,4%). В 81 (52,6%) случае отмечены первичные злокачественные новообразования, в 73 (47,4%) наблюдениях вмешательство выполнено по поводу местного рецидива опухоли. У 41 (26,6%) пациента операция сопровождалась резекцией МП, в 113 (73,4%) случаях выполнена эвисцерация малого таза (ЭМТ).

Результаты. После передней и полной ЭМТ у 39 (34,5%) больных для деривации мочи использовали континентные технологии. В 19 (16,8%) случаях выполнили ортотопическое моделирование мочевого подвздошно-кишечного J-резервуара, в 5 (4,5%) наблюдениях формировали дистопический Indiana Pauch. У 9 (7,9%) больных выполнена толстокишечная мочевая деривация по Mainz Pauch II, у 6 (5,3%) пациентов восстановили непрерывность толстой кишки с отведением мочи в изолированный илеоцекальный угол, развернутый в малый таз и замещающий удаленный кишечный сегмент. У 74 (65,5%) пациентов выполнили инконтинентную деривацию мочи. В 57 случаях (50,4%) применили технологию Бриккера, в 17 (15,1%) — формирование двуствольной влажной петлевой колостомы с отведением мочи в дистальный от колостомы сегмент толстой кишки.

Выводы. Двуствольная влажная стома как метод смешанной мочевой и кишечной деривации после полной эвисцерации малого таза позволяет ограничиться формированием одной стомы даже в тех случаях, когда восстановление непрерывности толстой кишки невозможно. В первую очередь это относится к инфралевавторным ЭМТ.

Влияние аводарта и омника на динамику простатспецифического антигена и результаты биопсий при 4-летнем лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с высоким онкориском

Ю.И. Кушнирук, В.А. Ярош, В.В. Сорока
ДНУ НПЦПКМ ДУС, Киев, Украина

Введение. Выигрышной стратегией сохранения здоровья ПЖ у мужчин, страдающих ДГПЖ с повышенным уровнем ПСА, является их длительное лечение ингибиторами 5- α -редуктазы, блокирующими превращение тестостерона (Т) в дигидротестостерон (ДГТ) и снижающими риск развития РПЖ, и клиническое прогрессирование ДГПЖ (Р. Mulders, 2007; С.П. Пасечников, 2010). Согласно последним клиническим исследованиям эффективность лечения возрастает при их сочетанном применении с α -адреноблокаторами (α -АБ) (I.D. McConell и др., 2003; С. Roehrborn и др., 2010). Наиболее удачной считается комбинация аводарта и омника (Combat-исследование), однако многие вопросы, связанные с их длительным применением для снижения риска РПЖ, остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения (Р.С. Walsh, 2010; F. Schrouder и др., 2010).

Цель исследования — изучение влияния аводарта и омника на динамику ПСА и положительные результаты биопсий у больных ДГПЖ с высоким онкориском при 4-годичном применении препаратов с целью оптимизации показаний к биопсиям и ранней диагностики агрессивных опухолей.

Материалы и методы. В исследование включены данные 140 больных ДГПЖ в возрасте 50–93 лет с уровнем ПСА 2,5–10,0 нг/мл, объемом ПЖ 33–186 см³, оценкой по шкале IPSS 9–26 баллов, остаточной мочой до 100 мл, которые имели базовую отрицательную биопсию. Пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу включили 35 пациентов, которым проводилась комбинированная терапия аводартом и омником в общепринятых дозах в течение 4 лет. Во 2-ю группу вошли 30 мужчин, лечившихся только аводартом. Третью группу составили 75 пациентов, которым проводилась монотерапия омником. До лечения, а также через 1, 3 и каждые 6 мес в процессе его проводили мониторинг общего и свободного ПСА, тестостерона (Т), проводили ПРИ ПЖ, ежегодное УЗИ почек, МП и ПЖ с определением остаточной мочи (ОМ), а также МРТ органов малого таза, спектроскопию и мультифокальную биопсию

ПЖ — по показаниям. Положительные биоптаты при РПЖ оценивали по шкале Глисона. Проводили мультивариативный анализ риска РПЖ в зависимости от вариантов динамики ПСА, Т, клинического прогрессирования ДГПЖ, ОМ и наличия хронического простатита (ХП).

Результаты. В группах комбинированной терапии и монотерапии аводартом у 49 из 65 (75,4%) больных наблюдалось стойкое снижение общего ПСА к концу 1-го месяца, достигающего максимального уменьшения (около 5% базового уровня) к концу 3-го месяца и удерживающегося на таких цифрах с небольшими колебаниями на протяжении 4 лет лечения. У 6 из 49 пациентов (12,2%), у которых отмечалось нестойкое снижение высоких уровней ПСА при биопсиях «по показаниям» выявлены 2 положительных результата, идентифицированных как РПЖ с суммой баллов по Глисон у равной 5, и простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН) средней степени. У других 16 (24,6%) больных 1-й и 2-й групп наблюдалось аномальное повышение базовых уровней ПСА с различными его колебаниями до единичных 2–3-кратных повышений у 4 пациентов. Биопсии проведены всем 16 больным, из которых 5 (31,2%) были положительными: РПЖ с суммой баллов по шкале Глисона 6 и 8 — 2 и 3 случая ПИН.

Подобная аномальная динамика ПСА отмечалась у 42 из 75 (53,3%) мужчин 3-й группы, которым проводилась монотерапия омником. Среди них у 9 (12%) отмечено годичное удвоение базового уровня ПСА и у 15 (20%) — годичный прирост > 0,7 нг/мл. Снижение коэффициента свободного ПСА от 15 до 8% отмечено у 8 больных до лечения и у 3 — в процессе его. Биопсии подвергнуто 38 (50,6%) из 75 мужчин, которым проводилась монотерапия омником. Положительные биопсии выявлены у 11 (29%) из 38 больных, причем у 2 (18,1%) был агрессивный РПЖ с 7–10 баллами по шкале Глисона.

Клиническое прогрессирование ДГПЖ, проявляющееся увеличением суммарного балла симптоматики по шкале IPSS > 4 баллов и (или) увеличением объема ПЖ > 5% в год, наблюдалось у 9 (13,8%) из 65 больных, принимавших аводарт, и у 48 (64%) из 75, лечившихся омником. Частота ОЗМ составила 3% у мужчин, лечившихся аводартом, и 17,4% — в группе применения омника ($p < 0,05$), а количество проведенных оперативных вмешательств в процессе и после 4 лет лечения аводартом и омником равнялся 13,3 и 32% соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Применение аводарта в течение 4 лет у больных ДГПЖ с повышенным уровнем ПСА снижает количество биопсий «по показаниям» в целом и положительных биопсий в частности по сравнению с таковым при монотерапии омником. Биопсии «по показаниям» при КТ и монотерапии аводартом обоснованы

при любых стабильных повышениях базовых значений ПСА в процессе лечения, нестойких снижениях высоких базовых уровней ПСА, особенно в случаях клинического прогрессирования ДГПЖ, снижениях коэффициента свободного ПСА и общего Т.

Информационные технологии в онкологии

О.В. Леонов, С.Н. Орлов, Е.И. Копыльцов

БУЗ ОО «Клинический онкологический диспансер», Омск

С учетом диспансерного метода наблюдения за онкологическими больными по территориальному принципу на территории Омской области создан канцер-регистр. Информационное пространство онкологической службы организовано в рамках защищенной сети передачи данных Правительства Омской области. База информационно-аналитической системы канцер-регистра, внедренная МНИОИ им. П.А. Герцена (Москва), положена в основу разработки модуля «АРМ-онколога». Дополнительная защита передаваемой информации обеспечивается установкой на всех рабочих местах программы VipNet и обеспечения доступа к «АРМ-онколога» посредством авторизации. Укомплектованность компьютерной техникой лечебно-профилактических учреждений области, включенных в информационную систему, составляет 100 %. Требования к техническому обеспечению программного комплекса следующие.

Серверная часть. Процессор типа IBM Intel Xeon E5645 2.4GHz/1333MHz/12MB L3 80W x3650M3 или подобный. Минимальный объем оперативной памяти — 4 Гб. Минимальный объем жесткого диска — 600 Гб; операционная система: WINDOWS.

Клиентская часть. Процессор не ниже Pentium-II. Частота 1,6 ГГц. Минимальный объем оперативной памяти — 1 Гб. Минимальный объем жесткого диска — 20 Гб. Сетевая плата — 100 Мбит/с. Клавиатура — раскладка Рус/Лат 104 клавиши. Монитор с разрешением: 1024 × 768; Операционная система: WINDOWS 98/2000/XP.

Программно-информационное пространство онкологической службы Омской области образовано автоматизированными рабочими местами, включающими программные модули: Популяционный «канцер-регистр»; Электронная интернет-регистрация; Направление в онкологический диспансер; Цитология; Лаборатория ПСА; Диспансеризация; Центр обработки данных онкологического диспансера.

Пользователям программы предоставляется доступ только к тем модулям программы, который им необходим. В информационное пространство через систему «АРМ-онколога» предоставлен доступ 58 он-

кологическим кабинетам лечебно-профилактических учреждений г. Омска и Омской области (26 лечебным учреждениям г. Омска и 32 центральным районным больницам), 13 женским консультациям, 39 смотровым кабинетам, 58 клиничко-диагностическим лабораториям лечебно-профилактических учреждений области, врачам-специалистам поликлиник онкологического диспансера, аппарату управления онкологического диспансера, сотрудникам организационно-методического отдела, специалистам отдела централизованного учета больных со злокачественными образованиями. Данные из всех лечебно-профилактических учреждений города Омска и области, введенные в «АРМ-онколога», стекаются в онкологический диспансер и доступны для анализа в центре обработки данных. Там же есть информация о персональном пользователе программы с его контактными данными и о программисте лечебно-профилактического учреждения, которая заполнена в каждом учреждении в «АРМ-онколога» в паспорте лечебно-профилактического учреждения, что позволяет быстро разрешать возникающие в ходе работы вопросы. Мониторинг входа учреждений в «АРМ-онколога» позволяет увидеть, кто в данный момент находится в программе, кто входил в нее в любой день с точностью до минуты и с какого компьютера. Система позволяет осуществлять автоматический контроль запуска «АРМ-онколога». При внесении изменений в программный код система автоматически обновляет себя без участия программистов лечебно-профилактических учреждений.

В рамках реализации мероприятий долгосрочной целевой программы Омской области «Региональный проект «Онкология» на 2011–2015 годы» проводятся ежегодные обследования населения на онкологическую патологию с использованием онкомаркеров. В 2011 г. в области с использованием программных модулей Лаборатория ПСА и Направление в онкологический диспансер запущена программа «Урологическое здоровье мужчины», направленная на раннее выявление РПЖ. Мониторинг этого мероприятия возложен на информационную систему «АРМ-онколога». Программными средствами были сформированы списки приписного мужского населения для каждой территории по участковому принципу. На уровне процедурных кабинетов лечебно-профилактических учреждений при заборе крови данные вносятся в информационную систему «АРМ-онколога». В программе формируются списки обследованных мужчин, а из них — списки мужчин, нуждающихся в дополнительном обследовании, либо медицинской манипуляции. В результате администрация онкологического диспансера в режиме реального времени может наблюдать процесс обследования мужского населения всей области и вносить необходимые коррективы в работу конкретных лечебно-профилактических учреждений.

Герминогенные опухоли яичка: влияние диагностической задержки на стадию заболевания и выживаемость

**А.К. Носов, Г.И. Гафтон, С.Б. Петров,
Э.М. Мамижев, И.В. Карнаухов**
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ,
Москва

Введение. Рак яичка — самая распространенная солидная злокачественная опухоль у мужчин в молодом возрасте, занимающая 2-е место по частоте среди злокачественных новообразований у мужчин в возрасте от 35 до 39 лет. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения этой патологии может быть поздняя диагностика. Сокращение времени от обращения пациента до окончательной постановки диагноза может способствовать диагностике герминогенных опухолей яичка на ранних стадиях, сокращению объема необходимых лечебных мероприятий и улучшению показателей выживаемости больных.

Цели исследования — анализ фактического времени от первых симптомов до окончательного стадирования и оценка его влияния на стадию заболевания и выживаемость к моменту начала лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ на основании данных историй болезни 294 пациентов, проходивших лечение в период с 1998 по 2011 г., а также их анкетирования на момент последнего обращения к врачу.

Результаты. Медиана времени от появления первых симптомов до постановки окончательного диагноза составила 14 нед в общей популяции, у больных семиномой — 17 нед и с несеминомой герминогенной опухолью яичка (НГОЯ) — 13 нед. Для анализа влияния пациента и врача общей практики на задержку диагноза временной промежуток был разделен на 3 периода. Медиана периода от появления первых симптомов и/или подозрения на новообразование яичка до обращения пациента к врачу в общей популяции составил 9,5 нед от первого обращения до орхифуникуэктомии — 3 нед и от хирургического лечения до окончательной постановки диагноза — 2 нед. Для семиномы эти интервалы времени составили 11, 4 и 2 нед, для НГОЯ — 9, 3 и 2 нед соответственно.

При распределении данных групп пациентов по стадиям заболевания: медиана времени от появления первых симптомов и/или подозрения на новообразование яичка до окончательной постановки диагноза в общей популяции составила: при I стадии 13 нед, при II — 23 нед и при III — 21 нед. У пациентов с семиномой при I стадии — 14 нед, при II стадии — 25 нед

и при III стадии — 28 нед. В группе больных с НГОЯ: при I стадии — 10 нед, при II и III стадиях — 21 нед.

При статистическом анализе была выявлена достоверная зависимость стадии заболевания от времени задержки постановки диагноза как в общей популяции ($p < 0,001$), так и среди пациентов с семиномой ($p = 0,001$) и с НГОЯ ($p < 0,001$).

Пятилетняя выживаемость как в общей популяции, так и в группе пациентов с герминогенными опухолями яичка составила 88,1 %, в группе больных с семиномой — 90,4 %, с НГОЯ — 87,5 %. В нашем исследовании статистический анализ достоверно показал влияние времени от первого обращения к врачу до окончательной постановки диагноза на выживаемость в общей популяции ($p < 0,004$) и в группе больных с НГОЯ ($p = 0,001$). В группе пациентов с семиномой такой корреляции не выявлено ($p = 0,79$).

Выводы. В нашей группе больных стадия заболевания достоверно зависела от времени задержки диагноза при герминогенных опухолях яичка. Сокращение этого временного промежутка должно привести к диагностике на ранних стадиях и снижению объема необходимых лечебных мероприятий. Несвоевременность обращения к врачу оказывает существенное влияние на результаты лечения больных с герминогенными опухолями яичка. Это подчеркивает актуальность проблемы санитарно-гигиенической пропаганды среди населения и указывает на необходимость регулярных профилактических осмотров у врача-уролога.

Опухоли яичек: состояние проблемы и причины поздней постановки диагноза и отсрочки начала лечения

**С.Б. Петров, А.К. Носов, С.В. Галанин,
А.С. Шатров, Э.М. Мамижев, И.В. Карнаухов**
Отделение онкоурологии ФГУ «НИИ онкологии
им. проф. Н.Н. Петрова», Санкт-Петербург

Введение. В клинической практике рак яичек встречается нечасто и составляет около 1–2 % всех злокачественных опухолей. Подавляющее большинство данных опухолей представляют собой герминогенные опухоли яичек (ГОЯ), самые распространенные солидные злокачественные опухоли у мужчин в возрасте от 20 до 35 лет и занимающие 2-е место по распространенности среди злокачественных новообразований у мужчин в возрасте от 35 до 39 лет. Достижения современной медицины в диагностике, методах стадирования, хирургических подходах лечения, а также применении в клинической практике ХТ и ЛТ позволили значительно снизить морбидность и смертность, а также повысить ОВ пациентов со злокачественными



опухолями яичка. Однако 20 % пациентов с метастазами до сих пор умирают от данных новообразований. Главной проблемой генерализации опухолей яичек и последующего их метастазирования является поздняя постановка диагноза и, соответственно, несвоевременное лечение пациентов.

Цель исследования — оценка состояния проблемы и причин поздней постановки диагноза опухолей яичек и отсрочки начала лечения.

Материалы и методы. Оценка состояния проблемы поздней диагностики и отсрочки начала лечения была проведена на основании данных историй болезни 288 пациентов, которые проходили лечение в период с 1998 по 2011 г. в 3 медицинских учреждениях г. Санкт-Петербурга, занимающихся лечением пациентов онкоурологического профиля: 119 (41,3 %) больных из НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, 12 (4,2 %) из ВМА им. С.М. Кирова и 157 (54,5 %) из Городского клинического онкологического диспансера. Средний возраст пациентов составил 36 лет, возрастной диапазон от 18 до 74 лет.

Результаты. Средняя продолжительность периода от появления первых симптомов и/или подозрения на новообразование яичка до обращения пациента к врачу составила 194 дня (6,5 мес), минимальная — 9 дней, максимальная — 1920 дней (64 мес), 83 пациента (28,8 %) впервые обратились к врачу только через 6 мес и более. Средняя продолжительность периода от первого обращения до начала хирургического лечения составила 55 дней (1,8 мес), минимальная — 4 дня, максимальная — 1000 дней (33,3 мес), только 17 (5,9 %) пациентам оперативное лечение было выполнено в течение первой недели после обращения, что является крайне низким показателем и не соответствует

требованиям начала оперативного лечения в кратчайшие сроки (3–4 дня). Средняя продолжительность периода от первого обращения до проведения ПХТ составила 83 дня (2,8 мес), минимальная — 7 дней, максимальная — 1037 дней (34,6 мес), только 18 (6,25 %) пациентам ПХТ была начата в период рекомендованных первых 3 нед после операции (см. рис.).

Выводы. В подавляющем большинстве случаев отсрочка постановки диагноза и, соответственно, начала лечения происходила по вине пациентов, которые по различным причинам откладывали визит к врачу. Это может говорить о низком уровне информированности и санитарно-гигиенической образованности мужчин в вопросах выявления патологических изменений их половых органов, а также о важности регулярных профилактических осмотров у врача-уролога. Кроме того, важно отметить низкий уровень знаний о данном заболевании врачей поликлинического звена, к которым пациенты обращаются в первую очередь. Выходом из сложившейся ситуации могут стать популярные образовательные программы и/или ежегодный скрининг мужчин возрастных групп риска, а также прохождение дополнительной подготовки в вопросах онкологической настороженности врачей первичного звена, которые должны помнить о том, что любое опухолевое образование в яичке следует расценивать как злокачественное, пока не доказано обратное.

Этиология инфекций мочевых путей у онкологических больных

И.Н. Петухова, Н.В. Дмитриева,
З.В. Григорьевская, И.А. Ключникова

Лаборатория микробиологической диагностики и лечения
инфекций в онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина»
РАМН, Москва

Цель исследования — изучение таксономической структуры и чувствительности к антибиотикам возбудителей инфекций мочевых путей (ИМП) у онкологических больных.

Материалы и методы. Проанализированы 309 штаммов микроорганизмов, выделенных из мочи онкологических больных с ИМП ($n = 202$), находившихся с февраля по октябрь 2011 г. в отделениях реанимации (14,9 %), урологии (13,9 %), гинекологического профиля (21,3 %), химиотерапевтического профиля (13,9 %), хирургических отделениях (28,2 %) или наблюдавшихся амбулаторно (7,8 %). Идентификация и определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам осуществляли с помощью автоматического микробиологического анализатора MultiScan Walkaway (Siemens).

Результаты. Бактериальные возбудители ИМП составили 90,6%, дрожжеподобные грибы — 9,4%. Грамотрицательных бактерий выделено 63,2% и грамположительных — 36,8%. Наиболее часто выделяли грамотрицательные возбудители *E. coli* — 79 (44,6%) из 177 штаммов, *Klebsiella spp.* — 33 (18,6%), *Pseudomonas aeruginosa* — 18 (10,3%), *Acinetobacter spp.* — 14 (7,9%). Прочие грамотрицательные микроорганизмы включали *Stenotrophomonas maltophilia*, *Enterobacter spp.*, *Serratia spp.*, различные псевдомонады, в сумме составившие 18,6%. Из перечисленных 19 (24,1%) штаммов *E. coli* продуцировали β -лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС) и были чувствительны в 100% случаев только к имипенему и меропенему и в 89,5% случаев к пиперациллину/тазобактаму. *E. coli*, не продуцирующие БЛРС, были чувствительны к амикацину (95%), амоксициллину/клавуланату (75%), азтреонаму (98,3%), цефазолину (85%), цефепиму (100%), цефтазидиму (96,7%), цефотаксиму (96,7%), цефтриаксону (98,3%), цефуроксиму (93,3%), ципрофлоксацину (50,0%), эртапенему (95,7%), гентамицину (81,7%), имипенему (100%), меропенему (97,8%), левофлоксацину (53,3%), моксифлоксацину (47,5%), пиперциллину/тазобактаму (98,5%), тикарциллину/клавуланату (90%), тобрамицину (73,3%), бисептолу (45%).

19 (65,5%) штаммов *Klebsiella spp.* продуцировали БЛРС и были чувствительны только к имипенему/циластатину (89,5%) и меропенему (85,7%). Штаммы *K. pneumoniae*, не продуцирующие БЛРС, были чувствительны к амикацину (80,0%), амоксициллину/клавуланату (60,0%), азтреонаму (80,0%), цефепиму (70,0%), цефтазидиму (80,0%), цефотаксиму (70,0%), цефтриаксону (70,0%), ципрофлоксацину (30,0%), гентамицину (70,0%), имипенему (70,0%), меропенему (57,1%), левофлоксацину (40,0%), пиперациллину/тазобактаму (60,0%), тикарциллину/клавуланату (60,0%), тобрамицину (70,0%). Девять из 10 штаммов *Acinetobacter baumannii/haemolyticus* были мультирезистентными (MDR), однако они не исследовались на чувствительность к колистину и тигециклину. Один штамм был чувствителен ко всем тестируемым антибиотикам.

Pseudomonas aeruginosa ($n = 17$) были чувствительны к амикацину (70,6%), азтреонаму (47,1%), цефепиму (58,8%), цефтазидиму (52,9%), ципрофлоксацину (29,4%), имипенему (70,6%), меропенему (50,0%), пиперациллину/тазобактаму (76,5%), тикарциллину/клавуланату (58,8%), тобрамицину (52,9%); 8 из 17 (47,1%) штаммов были MDR.

Среди грамположительных микроорганизмов преобладали энтерококки — 79 (76,0%) из 104 штаммов, которые почти в равной степени были представлены *Enterococcus faecalis* и *E. faecium*. Стафилококки (13,5%) были представлены *Staphylococcus aureus* ($n = 1$) и коагулазо-негативными стафилококками

(KHC) ($n = 13$); стрептококки составили 6,7%; прочие ($n = 4$) — 3,8%.

Штаммы *E. faecalis* были чувствительны к ампициллину (92,5%), ванкомицину (97,5%), линезолиду (100%), даптомицину (100%). Штаммы *E. faecium* были чувствительны к ванкомицину (97,2%), линезолиду (100%), даптомицину (100%). Все штаммы *E. faecium*, за исключением одного, были резистентны к ампициллину. Два штамма энтерококков (по одному *E. faecalis* и *E. faecium*) были ванкомицин-резистентными (VRE) — 2,5%.

Единственный штамм *S. aureus* и 6 штаммов KHC были метициллин-чувствительными и были чувствительны к тестируемым антибиотикам. Восемь (57,1%) штаммов KHC были метициллин-резистентными (MR-KHC) и были чувствительны только к ванкомицину, линезолиду и даптомицину. Один штамм *Streptococcus agalactiae* был чувствителен ко всем тестируемым антибиотикам. Чувствительность других стрептококков не определялась.

Дрожжеподобные грибы в качестве возбудителей ИМП встречались в 28 случаях и были представлены *Candida albicans* (3 штамма, 10,7%) и 6 видами *non-albicans Candida*. Из них наиболее часто встречалась *Candida glabrata* (7 штаммов, 25%) и *C. parapsilosis* (7 штаммов, 25%). Остальные виды были представлены *C. guilliermondii*, *C. kefyr*, *C. tropicalis* и *C. krusei*, которые суммарно составили 39,3%. Определения чувствительности грибковых патогенов к антимикотикам не проводилось.

Выводы. Спектр возбудителей ИМП и частота их выделения в целом соответствуют общемировым данным, однако отмечается высокий процент резистентных микроорганизмов: *E. coli* (БЛРС) — 24,1%, клебсиеллы (БЛРС) — 65,5%, MR-KHC — 57,1%, синегнойные палочки (MDR) — 47,1%, ацинетобактеры (MDR) — 90%. Это обусловлено массивным и длительным использованием широкоспектральных антибиотиков и требует разработки локальных рекомендаций по антибиотикотерапии ИМП.

Частота и локализация рецидивов заболевания у пациентов с лимфомами яичка

М.В. Пучинская¹, И.Л. Масанский²

¹УО «Белорусский ГМУ»;

²УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер», Республика Беларусь

Введение. Лимфома яичка — очень редкая онкоурологическая нозология, при этом характеризуется агрессивным течением и склонностью к частому рецидивированию. Системная диссеминация или реци-

див заболевания могут развиваться даже после многих лет после полного ответа на проводимую терапию. Отмечается частое распространение опухоли в контралатеральное яичко, центральную нервную систему, кожу, кольцо Вальдейера, легкие, плевру и мягкие ткани. Для предотвращения распространения заболевания предложен ряд методик, например профилактическое облучение второго яичка и интратекальная ХТ, которые, однако, не всегда бывают достаточно эффективны. В связи с редкостью заболевания интересным представляется описание опыта отдельных центров по лечению лимфомы яичка.

Цель исследования — определение частоты развития рецидивов и их локализации, оценка выживаемости пациентов с лимфомой яичка по данным Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. Были изучены данные медицинских карт 20 пациентов с первичными тестикулярными лимфомами, проходившими амбулаторное лечение в МГКОД в период с 1991 по 2011 г. Всем пациентам проводили обследование и лечение согласно принятым в республике алгоритмам. При изучении медицинской документации отмечалось наличие или отсутствие рецидива заболевания, время и место его развития. Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica 6.0. Для определения выживаемости пациентов использован метод Каплана–Майера с оценкой достоверности различий в 2 группах с помощью log-rang-теста.

Медиана возраста пациентов на момент выявления заболевания составила 65 лет (49–82 года). Медиана времени наблюдения — 25 (1–241) мес.

Результаты. За время наблюдения прогрессирование заболевания развилось у 9 (45 %) пациентов. Рецидивы были отмечены: в головном мозге — у 2 (22,22 % всех рецидивов) пациентов, в контралатеральном яичке и ЛУ различных групп — у 1 (11,11 %), в костях — 1 (11,11 %), забрюшинном пространстве — 1 (11,11 %), в паховых ЛУ — в 1 (11,11 %) случае, небной миндалине и шейных ЛУ — в 1 (11,11 %), также у 1 (11,11 %) пациента было отмечено прогрессирование заболевания в забрюшинных ЛУ и ЛУ ворот печени с развитием асцита. Таким образом, как видно из приведенных данных, рецидивы лимфомы яичка развивались в самых различных органах. Нами не найдены данные литературы, которые говорили бы о высокой частоте рецидивов в контралатеральном яичке. В то же время в 22,22 % случаев отмечалось прогрессирование в мозге, что подтверждается публикациями. Наиболее частым оказалось прогрессирование в лимфоидной ткани различных локализаций. В целом нами также наблюдалась описываемая в литературе высокая частота рецидивов в иммунопривилегированных областях.

Медиана времени до прогрессирования у пациентов с лимфомой яичка составила 11 (6–68) мес. Медиана БРВ — 23,5 (1241) мес. Однолетняя бессобытийная выживаемость равнялась 60 %, 5-летняя — 20 %.

Отметим также, что 7 (77,78 %) из 9 пациентов с рецидивом на момент проведения исследования умерли в сроки от менее 1 до 22 мес после выявления рецидива. Медиана времени от прогрессирования до смерти составила 6 мес. Два (22,22 %) пациента, у которых был диагностирован рецидив, на момент проведения исследования были живы и наблюдались до 97 мес.

По данным настоящего исследования, БРВ пациентов с лимфомой яичка достоверно не различалась у пациентов старше и младше 60 лет, а также в зависимости от стадии заболевания. Последнее, вероятно, может быть обусловлено малым размером изученной выборки.

Выводы

- Рецидивы были отмечены в процессе наблюдения почти у половины пациентов с лимфомой яичка.
- Наиболее часто рецидивы выявлялись в ЛУ различных локализаций и головном мозге.
- Медиана времени до прогрессирования заболевания составила 11 мес.
- По нашим данным, БРВ не зависела от возраста пациента и стадии заболевания, однако такие результаты могут быть обусловлены очень малым объемом выборки.

Сочетание опухолей надпочечников со злокачественными новообразованиями других локализаций

М.В. Пучинская

УО «Белорусский ГМУ», Минск, Республика Беларусь

Введение. Опухоли и опухолеподобные поражения надпочечников (НП) являются весьма распространенными заболеваниями. Частое применение в диагностических целях современных методов медицинской визуализации (УЗИ, КТ и МРТ) привело к выявлению бессимптомных опухолей НП. Тем не менее на основе данных методов визуализации не всегда можно точно установить доброкачественную или злокачественную природу опухоли. Это приводит к необходимости лечения многих из указанной категории пациентов в специализированных онкологических стационарах. Кроме того, достаточно часто опухоли различных локализаций метастазируют в НП, поэтому у пациента со злокачественным новообразованием в анамнезе, имеющего опухоль в НП, следует подозревать метастати-

ческую природу поражения и также проводить дообследование и лечение в онкологическом учреждении. В связи с вышесказанным представляется интересным изучение сочетания первичных опухолей НП со злокачественными новообразованиями (ЗН) других локализаций.

Цель исследования — определить, с какими ЗН чаще сочетаются опухоли НП на основе данных Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. В базе данных пациентов МГКОД был осуществлен автоматизированный поиск пациентов с первичными злокачественными и доброкачественными новообразованиями НП, находившихся на стационарном лечении в период с 2001 по 2011 г. Отметим, что пациенты, у которых была подтверждена метастатическая природа опухоли НП, в настоящем исследовании не учитывались. Далее по записям был проведен поиск информации о наличии у них других онкологических заболеваний и их локализации. Полученные результаты были обработаны статистически в программе Microsoft Excel с использованием методов описательной статистики.

Результаты и обсуждение. Всего были найдены сведения о 149 пациентах с опухолями НП. У 43 (28,86 %) из них имели место ЗН других локализаций. Наиболее часто встречались рак щитовидной железы (РЩЖ) и ободочной кишки — по 8 (18,60 %) случаев, значительно реже другие опухоли: рак молочной железы и женских половых органов — по 5 (11,63 %) случаев, опухоли почки, кожи, а также легкого, плевры и средостения — по 3 (6,98 %) случая, опухоли желудка, мозга и лимфомы отмечены у 2 (4,65 %) пациентов, в 1 (2,33 %) случае опухоль НП сочеталась с раком поджелудочной железы и еще в 1 (2,33 %) — с РМП.

Таким образом, опухоли НП могли сочетаться со ЗН самых разнообразных органов. Не во всех случаях можно говорить об этиологической или патогенетической связи этих заболеваний, наиболее вероятно их независимое развитие, однако, как отмечалось, в ряде наблюдений исключить метастатическую природу образования в НП на дооперационном этапе бывает невозможно. Следует отметить частое сочетание опухолей НП с РЩЖ. При этом в большинстве случаев у пациентов был папиллярный РЩЖ, а случаев, соответствующих критериям синдрома множественных эндокринных неоплазий (МЭН), было всего 2. Ни у одного из пациентов не был диагностирован какой-либо наследственный синдром, сопровождающийся развитием опухолей НП.

Выводы

- Наиболее часто первичные опухоли НП сочетались со ЗН щитовидной железы и ободочной кишки.
- Отмечена возможность сочетания опухолей НП с ЗН самых разных локализаций.

- Доказать единую патогенетическую основу ЗН и опухоли НП удалось лишь у 2 пациентов (МЭН-синдром).

- Несмотря на частое выявление доброкачественных образований НП в сочетании с ЗН других органов, у пациентов, у которых опухоль в НП выявляется после обнаружения ЗН, всегда необходимо исключать метастатическое поражение, при необходимости — с обследованием и лечением в онкологическом стационаре.

Варианты гистологического строения опухолей и опухолеподобных поражений коры надпочечников

М.В. Пучинская

УО «Белорусский ГМУ», Минск, Республика Беларусь

Введение. Опухоли и опухолеподобные поражения надпочечников (НП) встречаются достаточно часто, во многих случаях протекают бессимптомно и выявляются случайно при проведении обследования в связи с сопутствующим заболеванием. При выявлении опухоли НП обычно встает вопрос о тактике лечения пациента. Многие авторы сходятся во мнении, согласно которому опухоли без признаков злокачественности, гормонально неактивные и не вызывающие дискомфорта у пациентов, можно не удалять. Злокачественные опухоли НП могут без лечения достаточно быстро прогрессировать. Диагностика опухолей НП затрудняется также и большим разнообразием гистологического строения опухолей и опухолеподобных поражений этих желез, что не во всех случаях позволяет поставить точный диагноз даже после гистологического исследования. Опухоли коркового вещества НП встречаются чаще аденомедуллярных и обладают большим разнообразием вариантов гистологической структуры, в связи с этим мы считаем интересным представить наши данные о вариантах гистологического строения опухолей коры НП.

Цель исследования — определение гистологической структуры опухолей коркового слоя НП на основе данных Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. Мы провели автоматизированный поиск пациентов МГКОД с первичными опухолями НП, проходивших стационарное лечение в период с 2001 по 2011 г. Далее на основании выписок из историй болезни, содержащих данные о результатах гистологического исследования, был проведен анализ частоты встречаемости различных гистологических вариантов аденокортикальных опухолей. Гистологи-

ческое исследование микропрепаратов проводилось на базе отделения онкоморфологии Минского городского клинического патологоанатомического бюро. Статистическая обработка полученных данных выполнена в программе Microsoft Excel с использованием методов описательной статистики.

Результаты. Были получены сведения о 111 пациентах с первичными опухолями коры НП. Аденокортикальный рак (АКР) был диагностирован у 24 (21,62%) пациентов, различные варианты доброкачественных опухолей — у 87 (78,38%), в том числе светлоклеточная аденома — 33 случая (29,73% всех опухолей НП и 37,93% доброкачественных), темноклеточная — 2 (1,80 и 2,30% соответственно), киста НП — 6 (5,41 и 6,90%), миелипома — 3 (2,70 и 3,45%), гиперплазия коры НП имела у 7 (6,31 и 8,05%) пациентов, аденома коры НП без уточнения гистологического варианта отмечена в 19 (17,12 и 21,84%) случаях. Другие гистологические варианты опухолей и опухолеподобных поражений (мультикистозная псевдотуморозная дегенерация, многоузловой аденоматоз коры НП, смешанная опухоль) встречались в единичных случаях. Гистологическое исследование не проводилось (диагноз установлен на основании данных цитологического исследования после пункционной аспирационной биопсии опухоли под УЗ-контролем или по данным инструментальных исследований) у 6 (5,41 и 6,90%) пациентов.

Также было отмечено, что доброкачественные кортикальные опухоли встречались преимущественно у женщин (66,67%, соотношение мужчин и женщин 1:2), в то время как АКР несколько чаще наблюдался у мужчин (54,17%, соотношение мужчин и женщин 1,18:1).

Выводы

- Наиболее частой гистологической формой опухолей коры НП была светлоклеточная аденома (37,93%, более 1/3 всех доброкачественных поражений).
- АКР является относительно редким заболеванием, он был выявлен лишь у 21,62% пациентов с адренокортикальными опухолями.
- Доброкачественные опухоли коры НП встречались преимущественно у женщин.
- У пациента на дооперационном этапе необходимо проведение комплекса диагностических мероприятий с целью максимально надежного исключения АКР-опухоли, характеризующейся плохим прогнозом.

Некоторые данные о феохромоцитомах надпочечников по данным Минского городского клинического онкологического диспансера

М.В. Пучинская

УО «Белорусский ГМУ», Минск, Республика Беларусь

Введение. Феохромоцитома (ФХЦ) в течение многих 10-летий представляет интерес для врачей и ученых различных специальностей. Она может быть одним из признаков ряда наследственных синдромов. Опухоль эта зачастую проявляется симптомами артериальной гипертензии, установить причину которой не всегда просто. Многим пациентам диагноз не выставляется в течение длительного времени. Даже при использовании всех современных методов диагностики (методы медицинской визуализации, гормональные исследования) установить точный диагноз удается не всегда. Кроме того, примерно в 10% случаев ФХЦ оказывается злокачественной, и в этом случае необходимо максимально раннее начало специализированного лечения. Оперативное удаление гормонально-активной опухоли (в том числе доброкачественной) требует хорошей подготовки хирурга и адекватного анестезиологического обеспечения в связи с возможностью развития адреналовых кризов. Все это делает ФХЦ актуальной проблемой онкологов, эндокринологов, хирургов и других специалистов.

Цель исследования — оценка частоты выявления и результатов лечения ФХЦ у пациентов Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД).

Материалы и методы. В базе данных пациентов МГКОД осуществлен автоматизированный поиск пациентов с опухолями надпочечников, проходивших стационарное лечение в период с 2001 по 2011 г. В последующем на основании данных о результатах гистологического исследования отобраны пациенты с ФХЦ. Проведен анализ данных выписок из историй болезни и амбулаторных карт пациентов. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты. Всего за указанный период в МГКОД было пролечено 149 пациентов с опухолями надпочечников. ФХЦ при гистологическом исследовании операционного материала были выявлены у 38 (25,50%) из них. При этом у 15 (10% всех опухолей надпочечников, 39,47% ФХЦ) пациентов ФХЦ были злокачественными, т. е. у пациентов, пролеченных в МГКОД, злокачественные поражения выявлялись значительно чаще описанных в литературе 10%, что объясняется концентрацией пациентов со злокачественными новообразованиями.

Отметим, что многих пациентов с ФХЦ без признаков злокачественности по данным дооперационного обследования направляли для хирургического лечения в другие стационары города.

Среди пациентов с ФХЦ было 13 (34,21 %) мужчин и 25 (65,79 %) женщин (соотношение мужчин и женщин 1:1,92). Среди пациентов с доброкачественной опухолью — 8 (34,78 %) мужчин и 15 (65,22 %) женщин, соотношение 1:1,875, со злокачественной — мужчин 5 (33,33 %) и женщин 10 (66,67 %), соотношение 1:2.

Поражение правого надпочечника отмечено в 21 (55,26 %) случае, левого — в 16 (42,11 %), у 1 (2,63 %) пациента имелись ФХЦ обоих надпочечников.

Ни один из пациентов с доброкачественной ФХЦ не умер от этого заболевания. Три (20 %) пациента со злокачественной ФХЦ на момент проведения исследования умерли в сроки соответственно 0, 18 и 39 мес от начала лечения. Медиана ОВ пациентов не достигнута. Так как не у всех пациентов удалось оценить наличие или отсутствие рецидива в процессе наблюдения, определить БРВ не представлялось возможным.

Выводы

- ФХЦ были выявлены в 1/4 случаев опухолей надпочечников и почти у 40 % пациентов были злокачественными.
- Как доброкачественные, так и злокачественные ФХЦ в 2 раза чаще встречались у женщин.
- Отмечалось несколько более частое поражение правого надпочечника.
- Летальность пациентов со злокачественной ФХЦ невысока, а медиана ОВ в настоящее время не достигнута.

Выживаемость пациентов со злокачественными опухолями надпочечников по данным Минского городского клинического онкологического диспансера

М.В. Пучинская

УО «Белорусский ГМУ», Минск, Республика Беларусь

Несмотря на относительно высокую частоту опухолей и опухолеподобных поражений надпочечников (НП), злокачественные новообразования этой локализации весьма редки. Тем не менее из-за наличия гормональной активности или агрессивного течения они могут представлять серьезную опасность для жизни пациентов. Как и для опухолей других локализаций, важна максимально ранняя диагностика новообразования. В то же время возможное отсутствие гормональной активности у таких опухолей приводит к выявлению

заболевания на поздних стадиях. Актуальной является разработка критериев злокачественности опухоли на основании данных дооперационного обследования (прежде всего УЗИ, КТ и МРТ), однако до сих пор надежная диагностика природы опухоли до операции возможна далеко не всегда, что говорит о необходимости онконастороженности во всех случаях выявления опухолей НП.

Цель исследования — оценка выживаемости пациентов со злокачественными опухолями коркового и мозгового вещества НП.

Материалы и методы. Проанализированы данные пациентов со злокачественными новообразованиями НП, проходивших стационарное лечение на базе Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД) в период с 2001 по 2011 г. Всем пациентам проводили обследование и лечение согласно принятым в республике стандартам. Статистическая обработка результатов выполнялась в программах Microsoft Excel и Statistica 6.0 с использованием методов описательной и непараметрической статистики. Выживаемость пациентов определяли по методу Каплана–Майера с оценкой достоверности различий в 2 группах с использованием log-rang-теста.

Результаты. За указанный период в диспансере на стационарном лечении находились 149 пациентов с опухолями НП, в том числе 39 (26,17 %) со злокачественными новообразованиями. Из них у 24 пациентов был адренокортикальный рак (АКР) и у 15 — злокачественная феохромоцитома (ФХЦ). Средний возраст пациентов составил $53,4 \pm 13,42$ года и достоверно не отличался в группах с АКР и ФХЦ. АКР с примерно одинаковой частотой наблюдался у мужчин и женщин (соотношение 1,18:1), в то время как 2/3 пациентов с ФХЦ были женщинами (соотношение мужчин и женщин 1:2). В 19 (48,72 %) случаях поражался левый НП, в 19 (48,72 %) — правый и у 1 (2,56 %) пациента имелось двустороннее поражение.

Злокачественные новообразования НП I стадии были выявлены у 8 (20,51 %) пациентов, II стадии — у 13 (33,33 %), III — у 4 (10,26 %) и IV стадии — у 10 (25,64 %) пациентов. В 4 (10,26 %) случаях стадия заболевания по различным причинам не была установлена. Приведенные данные показывают, что почти в 1/4 случаев заболевание выявлялось в IV стадии, вероятно, вследствие скрытого бессимптомного течения, что свидетельствует об актуальности разработки диагностических мероприятий, направленных на более раннюю диагностику заболевания (в том числе при отсутствии жалоб).

В процессе наблюдения за пациентами у 8 (20,51 %) из них отмечено прогрессирование заболевания, в том числе у 6 (25 %) пациентов с АКР и у 2 (13,33 %) — с ФХЦ. Медиана времени до прогрессирования составила 27 (2–122) мес.

На момент проведения исследования медиана ОВ пациентов со злокачественными новообразованиями НП не была достигнута. Более 1 года наблюдались 30 (76,92 %) пациентов, более 5 лет — 19 (48,72 %). Нами не было установлено достоверной разницы в ОВ пациентов с АКР и ФХЦ ($p = 0,721$, long-rang-test).

Выводы

- Злокачественные новообразования НП были выявлены у 1/4 части пациентов, проходивших лечение в МГКОД, чаще выявлялся АКР.
- Опухоли мозгового вещества в 2 раза чаще выявлялись у женщин.
- Наиболее часто заболевание выявлялось на II стадии, но в 25,64 % случаев диагностировалась запущенная опухоль.
- У 1/5 части пациентов отмечено прогрессирование заболевания, причем при АКР частота прогрессий была почти в 2 раза выше таковой при ФХЦ.
- Медиана выживаемости пациентов при максимальном сроке наблюдения 179 мес не была достигнута; достоверные различия в ОВ пациентов с АКР и ФХЦ отсутствовали.
- Злокачественные опухоли НП требуют максимально ранней диагностики и адекватного хирургического лечения с целью профилактики прогрессирования заболевания и увеличения продолжительности жизни пациентов.

Дифференциальная диагностика жидкостных образований почек

А.В. Серегин, В.В. Борзцовская

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО,
Москва

Благодаря широкому распространению метода УЗ-диагностики, а также доступности КТ улучшилась ранняя доклиническая диагностика опухолей почки. Стало возможным дифференцировать различные кистозные образования почки, выявлять в этой группе рак. Несмотря на прогресс диагностических возможностей, интерпретация кистозных образований почек зачастую представляет определенные трудности и дает ложноотрицательные результаты. До настоящего времени не разработан определенный алгоритм обследования и лечения больных с кистозными образованиями почек. Очевидна необходимость дальнейшего совершенствования диагностического процесса, четкого представления о возможностях каждого метода. Основополагающим фактором для выбора оптимальной тактики лечения и суждения о прогнозе заболевания является не только диагностика, но и четкая гра-

дация кистозных образований почек в соответствии с классификацией по Bosniak.

За 4,5 года на кафедре урологии и хирургической андрологии обследовано 95 больных с кистозными образованиями почек. Из них прооперировано 73 пациента. Больные в соответствии с классификацией по Bosniak распределились следующим образом: I — 15 человек (15,8 %); II — 17 человек (17,9 %); III — 18 человек (18,9 %); IV — 30 человек (31,6 %). Количество случаев обнаружения рака в рамках данной категории составили: I — 1 (6,7 %); II — 2 (11,8 %); IIF — 4 (26,7 %); III — 11 (61,1 %); IV — 22 (73,3 %).

Анализ результатов показал, что наиболее патогномоничными признаками в диагностике кистозного РП являются следующие факторы: количество и толщина перегородок; наличие кровотока в перегородках; наличие солидного компонента; контрастное усиление при КТ более 20 ед. НУ.

Роль биопсии неоднозначна. Ее выполнение оправдано при идентификации доброкачественных кистозных образований, поскольку она позволяет избежать ненужных хирургических вмешательств. Аспирационная биопсия целесообразна при подозрении на воспалительные образования почки, лапароскопическая биопсия — при подозрении на доброкачественное или злокачественное образование почки, а также аномалии развития.

Особенности структуры микрофлоры госпитальной инфекции мочевых путей у онкоурологических больных

Л.А. Синякова¹, И.А. Шагинян², М.Ю. Чернуха²,
Г.В. Алексеева², Л.Ю. Никитина¹

¹Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО;
²лаборатория молекулярной эпидемиологии госпитальных инфекций ФГБУ НИИ им. Гамалеи, Москва

Введение. Госпитальные инфекции мочевых путей (ГИМП) занимают 1-е место в мире (29–44 %) среди всех видов госпитальной инфекции.

ГИМП характеризуется широким спектром микроорганизмов и высокой частотой распространения антибиотикорезистентных штаммов, что вызывает значительные трудности при лечении гнойно-воспалительных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде.

Цель исследования — оптимизация выявления, профилактики и лечения ГИМП у пациентов со злокачественными новообразованиями почек и ПЖ,

находящихся на лечении в отделениях урологии ГKB им. С.П. Боткина. Задачи исследования: определить особенности микрофлоры мочевых путей пациентов, страдающих онкоурологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы 122 пациента, поступившие для оперативного лечения в отделения урологии ГKB им. С.П. Боткина с диагнозом: РП — 38 больных, РПЖ — 84 больных.

Забор клинического материала для посева на флору и определения чувствительности к антибиотикам проводился: 1) при поступлении в стационар (не более 2 сут после госпитализации) — моча (средняя порция при самостоятельном мочеиспускании); 2) спустя 3–5 сут после операции: раневое отделяемое (при наличии) и смыв с уретрального катетера, моча; 3) в послеоперационный период: на 3–4-е сутки после удаления уретрального катетера у пациентов с РП и на 10–14-е сутки — у больных РПЖ.

Результаты. При поступлении в стационар у 25 из 122 пациентов моча была стерильной, у 97 выявлялись возбудители в количестве 10^2 – 10^3 КОЕ/мл: коагулазоотрицательные стафилококки — 36,3 % и *Enterococcus spp.* — 28 % случаев (из данной группы 78,5 % — *Enterococcus faecalis*); *E. coli* — 6,6 %; *Klebsilla spp.* — в 2,2 %; *S. aureus* — в 3,3 % случаев. Послеоперационный период протекал у всех пациентов гладко.

В послеоперационном периоде в обеих группах высеваемость *E. coli* и *S. aureus* снизилась в среднем на 2 %, а высеваемость *Klebsilla spp.* не изменилась. При анализе антибиотикограмм штаммов (высеянных из раневого отделяемого) установлено, что все они чувствительны к антибиотикам: пенициллину, эритромицину, ванкомицину, гентамицину, рифампицину, норфлоксацину, левофлоксацину.

Выводы. Выявлено, что доминирующими микроорганизмами, выделенными из мочи пациентов, имеющих злокачественные новообразования почек и ПЖ, являлись коагулазоотрицательные стафилококки и *Enterococcus faecalis*, вероятно эндогенного происхождения, частота высеваемости которых снижалась в послеоперационном периоде. На фоне адекватной антибактериальной профилактики послеоперационных осложнений у больных не отмечалось. Микроорганизмы, которые не элиминировались, заслуживают особого внимания, так как могут вызывать инфекционные осложнения у пациентов.

Планируется проводить мониторинг микрофлоры у онкоурологических больных для определения эпидемиологической значимости выделенных микроорганизмов.

Возможности ультразвукового метода исследования при дифференциальной диагностике рака предстательной железы и гранулематозного простатита

Т.Н. Стеценко, С.В. Полетаева,
И.Ю. Ефремова, О.В. Югина
ГБУЗ «Самарский ОКОД»

Цель исследования — выявление особенностей эхографической картины при ТРУЗИ у пациентов, обследованных по поводу подозрения на РПЖ, у которых при гистологическом исследовании был выявлен простатит.

По данным литературы, лишь у каждого 4 мужчины с уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл диагностируется РПЖ, в 70–80 % случаев это пациенты с ДГПЖ и хроническим простатитом. У 25 % пациентов биопсия ПЖ может не выявить РПЖ, являющийся клинически значимым. Острое и хроническое воспаление ПЖ иногда приводит к значительному повышению уровня ПСА (12–22 нг/мл), что обусловлено нарушением анатомических и физиологических барьеров между ПЖ и кровотоком.

Известно более 30 факторов, вызывающих гранулематозный простатит (Н. Mohan). Гранулематозные простатиты по этиологии в большинстве случаев имеют инфекционное происхождение, реже — аллергического характера, иногда встречаются и при системных гранулематозных заболеваниях. Описаны гранулематозные простатиты, вызванные микобактериями, у пациентов с иммунодефицитом (Galbis и др.), паразитарной, вирусной и микотической этиологии (G.J. Wise и др.), индуцированные внутрипузырной БЦЖ-терапией (D.L. Lam, La Fontaine и др.), а также после ТУР (B. Helpar). Морфологическую оценку осложняют частые случаи ошибочной диагностики гранулематозного простатита как низкодифференцированной аденокарциномы, особенно на основе исследования биоптатов (J.R. Oppenheimer).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым было проведено обследование по поводу подозрения на РПЖ. Учитывали повышение уровня ПСА > 4 нг/мл, данные ПРИ, ТРУЗИ, гистологического исследования материала, полученного при трепанбиопсии под контролем ТРУЗИ. На основе гистологического заключения был диагностирован гранулематозный простатит, подозрение на рак не подтвердилось. УЗИ и ТРУЗИ проводили на аппарате Logic7 GE (США) по стандартной методике. Трепанбиопсию выполняли с помощью биопсийной системы Fast Gun (Италия), иглы 18 G. Материал забирали из 12 участков ПЖ.

Результаты. Обследовано 25 пациентов с подозрением на РПЖ. Возраст обследованных больных колебался в пределах от 43 до 81 года, средний возраст — 65,3 года. При этом 20 (80 %) пациентов были старше 60 лет, из них 8 (32 %) — старше 70 лет. Уровень ПСА колебался от 4 нг/мл до 29 нг/мл, при этом у 16 (64 %) больных значение данного показателя находилось в серой зоне: < 10 нг/мл. Медиана уровня ПСА — 1,8 нг/мл.

Повышение плотности ПСА можно связать с наличием большой аденомы у 12 (48 %) пациентов, у 13 (52 %) плотность ПСА была выше 0,15, что вызывает подозрение на РПЖ. ПРИ выявило увеличение ПЖ, участки уплотнений до хрящевидной плотности, т. е. признаки возможного развития рака. Данные ТРУЗИ: объем ПЖ — от 16,6 до 134 см³, средний объем — 52,4 см³. Изменения периферической части в 20 (80 %) случаях описаны, как зоны пониженной эхогенности, требующие верификации: необходимо было дифференцировать зоны простатита и локализованную форму РПЖ. У 5 (20 %) пациентов с нарушенной капсулой эхографические данные трактовались как РПЖ с инвазией за капсулу. Семенные пузырьки не были изменены. Гиперваскуляризация периферической части при доплеровском сканировании определялась у 4 (16 %) пациентов, у остальных отмечен симметрично обедненный, недеформированный кровоток.

В исследованной группе пациентов у 19 (76 %) диагностирован неспецифический гранулематозный простатит, характеризующийся массивной эпителиоидноклеточной, лимфоцитарной, плазмочитарной инфильтрацией. Гранулематозный простатит, развившийся после ТУР, выявлен в 3 (12 %) наблюдениях с характерным палисадообразным расположением гигантских многоядерных клеток вокруг зон фибриноидного некроза. У 2 (8 %) пациентов выявлен аллергический простатит с преобладанием в инфильтрате эозинофилов. В 1 (4 %) наблюдении диагностирован гранулематозный микотический простатит. У 1 (4 %) больного развитие гранулезоклеточного простатита связано с БЦЖ-терапией по поводу РМП с интравезикулярными инстилляциями.

Наибольшие трудности для дифференциальной диагностики с аденокарциномой вызвали наблюдения с преобладанием гистиоцитов в инфильтрате и ксантогранулематозный простатит.

Выводы. Эхографическая картина поражения периферической части ПЖ с плохой визуализацией капсулы и даже с деформацией контура железы может соответствовать как РПЖ, так и хроническому гранулематозному простатиту. ТРУЗИ с биопсией является эффективным методом диагностирования, позволяющим исключить РПЖ и выбрать правильную тактику ведения пациента.

Лечение недержания мочи у мужчин после операций по поводу опухолей предстательной железы

И.В. Чернышев, А.А. Качмазов,
А.А. Жернов, Д.В. Перепечин, В.В. Ромих,
Я.Д. Бекиев, С.А. Серебряный
ФГБУ «НИИ урологии», Москва

Одним из осложнений после операций на ПЖ является стрессовое недержание мочи (СНМ), частота которого варьирует от 3 до 60 %. Продолжаются попытки разработать безопасные и эффективные устройства для оказания помощи пациентам с различными степенями недержания мочи с низкой вероятностью возникновения различных осложнений и с возможностью регулирования их натяжения в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов. Сама возможность достижения заданного уровня натяжения имеет существенное значение — как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Одним из эффективных методов лечения недержания мочи является использование регулируемого слинга Argus. Собственному опыту использования данной методики посвящена наша работа.

С июля 2010 г. в ФГБУ «НИИ урологии» для лечения СНМ у мужчин используется регулируемый слинг Argus. Выполнено 30 операций у мужчин в возрасте от 51 до 80 лет с умеренной ($n = 4$) и тяжелой ($n = 26$) степенью недержания мочи. Причиной стрессового недержания мочи была в 8 случаях РПЭ, в 7 случаях — открытая аденомэктомия, у 10 пациентов — ТУР ПЖ, у 2 больных — брахитерапия, у 2 — ДЛТ и у 1 пациента — ВИФУ-терапия. Обращает внимание большое число пациентов после ТУР ПЖ (33,3 %). До имплантации слинга пациентам не применялся ни один из других методов хирургического лечения недержания мочи. Все пациенты прошли обследование до имплантации слинга в объеме комплексного уродинамического исследования, уретрографии, уретроцистоскопии. Регулирование натяжения слинга потребовалось у 8 (26,7 %) пациентов, во всех случаях выполнялось подтягивание петли. В 25 случаях применялся слинг с трансобтураторным способом выведения, в остальных — с надлонным способом выведения. Продолжительность операции была 45–90 мин. Для оценки степени натяжения слинговой системы использовался визуальный уретроскопический контроль за сужением просвета уретры в проекции местоположения подушечки слинга. Особо следует отметить группу из 7 больных, у которых СНМ сочеталось с протяженной стриктурой уретры. Этой группе пациентов мы выполняли оптическую уретротомию с установкой

уретральной спирали с последующей коррекцией недержания мочи слингом. Непродолжительный период наблюдения (от 1 до 18 мес) не позволяет делать окончательные выводы. Эффективно удерживают мочу (не используют прокладки) в настоящее время 22 (73,3%) пациента, 4 отмечают улучшение (используют меньше прокладок, чем до операции). Таким образом, эффективность операции составила 86,7%. У 5 больных слинг был неэффективным даже после его коррекции. Причиной недержания мочи у этих пациентов были ДЛТ, множественные уретротомии в анамнезе, осложнения после пластики уретры по Хольцову. В 2 случаях (6,7%) слинговая система была удалена в связи с инфекционным осложнением. При этом следует отметить, что эффект по удержанию до имплантации слинга был достигнут. Случаев эрозии уретры не наблюдали.

Выводы. Мужская слинговая система Argus является эффективным способом лечения СНМ. Она может применяться при лечении пациентов с тяжелой степенью недержания мочи. При необходимости мужской слинг Argus может быть отрегулирован под местной или общей анестезией в любой момент после имплантации. Мужская слинговая система Argus является альтернативным методом лечения пациентов, которым ранее безуспешно выполнялись операции для лечения СНМ. Преимущество слинга заключается также в возможности нормального мочеиспускания без каких-либо дополнительных манипуляций.

Распространенность уротелиальной карциномы почечной лоханки у больных, перенесших радикальную цистэктомию с ортотопической тонкокишечной пластикой по поводу рака мочевого пузыря

П.Г. Яковлев¹, В.В. Мрачковский¹, В.С. Сакало²,
А.В. Кондратенко¹, Ю.Ю. Куранов¹

¹Киевский городской клинический онкологический центр;

²ГУ «Институт урологии НАМН Украины», Киев, Украина

Для уротелиальной карциномы почечной лоханки (УКПЛ) характерны мультифокальность поражения уротелия с образованием синхронных опухолей в МП и частое рецидивирование. Мультифокальность является фактором неблагоприятного прогноза и требует проведения нефруретерэктомии с резекцией МП. В то же время существуют трудности в своевременном выявлении опухолей в ВМП, несмотря на применение современного диагностического арсенала.

Цель исследования — оценка распространенности и клинических особенностей УКПЛ у больных, которым было проведено удаление МП с ортотопической тонкокишечной деривацией мочи.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2012 г. в отделении урологии Киевского городского клинического онкологического центра (КГКОЦ) было пролечено 200 больных с РМП в объеме РЦЭ с ортотопической тонкокишечной реконструкцией МП, из них 176 (88%) мужчин. Средний возраст больных — 59 лет (32–73 года).

Результаты. У 7 (3,5%) пациентов диагностировали УКПЛ, из них 3 (43%) мужчин. На момент постановки диагноза УКПЛ средний возраст больных составил 48 лет (20–62 года). У всех больных верифицирован гистологический вариант — переходно-клеточная карцинома лоханки почки G₂. Умерли от прогрессии 2 (29%) больных через 3 и 18 мес после проведения цистэктомии. Пяти больным проводили множественные (от 3 до 8) резекции опухолей МП, в среднем 5,8 в течение срока от 2 до 11 лет (в среднем 5 лет) до проведения РЦЭ. Из них 2 нефруретерэктомия была выполнена после РЦЭ через 2 и 62 мес. Остальным 3 больным нефруретерэктомию выполнили одновременно с РЦЭ ввиду мышечно-инвазивного рецидивного поражения МП. Лишь 1 больному была выполнена нефруретерэктомия с резекцией МП как первый этап лечения с последующими 2 резекциями по поводу рецидивов в МП и дальнейшей РЦЭ. У 1 пациентки после нефруретерэктомии неудаленная культя мочеочника была причиной 6 рецидивов в МП в течение 6 лет, что в конечном счете привело к РЦЭ через полгода после удаления культи.

Выводы. У больных с частым рецидивированием РМП необходимо исключать уротелиальную карциному почечной лоханки, которая присутствует в 3,5% случаев после РЦЭ с ортотопической кишечной пластикой. Для рака почечной лоханки характерна мультифокальность поражения уротелия мочевыводящего тракта с множественными рецидивами в МП. Остается актуальным поиск специфических маркеров уротелиальной карциномы ВМП.