

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ15

Раздел I. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.А. Абоян, К.И. Бадьян, А.М. Галстян

Высокоинтенсивная сфокусированная ультразвуковая абляция (HIFU) в лечении рака предстательной железы: 8-летний опыт клинической практики17

И.А. Абоян, Ю.Н. Орлов, В.Э. Абоян, С.М. Пакус, Д.И. Пакус, С.В. Павлов

Прогнозирование недержания мочи после радикальной простатэктомии17

И.А. Абоян, Ю.Н. Орлов, С.М. Пакус, Д.И. Пакус

Программы реабилитации пациентов после радикальной простатэктомии18

И.А. Абоян, С.М. Пакус, С.В. Грачев, Д.И. Пакус, К.В. Березин, Р.А. Осокин

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия: латеральный подход18

И.А. Абоян, В.А. Редькин, Н.Н. Гермашева, Н.Б. Волконская, К.И. Бадьян, И.В. Куликов

Возможности пункционной биопсии предстательной железы под МРТ-навигацией: наш первый опыт выполнения19

А.И. Авдеев, О.В. Золотухин, Ю.Ю. Мадькин, М.В. Кочетов

Соотношение уровня простатического специфического антигена и данных патогистологического исследования при диагностике рака предстательной железы20

Б.Я. Алексеев, К.М. Нюшко, А.А. Крашенинников, М.Ю. Шкурников, А.Д. Каприн

Интраоперационное обнаружение метастазов в лимфатических узлах с использованием полимеразной цепной реакции у больных раком предстательной железы при проведении хирургического лечения20

Б.Я. Алексеев, К.М. Нюшко, А.А. Крашенинников, Н.В. Воробьев, А.Д. Каприн

Результаты хирургического лечения больных раком предстательной железы с высоким риском прогрессирования21

В.А. Атдуев, Л.В. Шкалова, В.Э. Гасраталиев, З.В. Амоев, А.А. Данилов, Д.С. Ледаев, И.В. Юдеев, В.Н. О. Нуриев, Х.М. Мамедов, О.Б. Дырдик, Г.И. Шейыхов, И.С. Шевелев

Распространенность инцидентального рака предстательной железы у больных, подвергнутых радикальной цистэктомии22

К.Б. Байжанулы, В.В. Землянский, И.Э. Тен, Ж.Д. Жумагазин, Е.К. Сарсебеков, Т.А. Курманов

Эндоваскулярный метод лечения различных форм рака предстательной железы23

П.В. Булычкин, С.И. Ткачев, А.В. Назаренко, В.Б. Матвеев, В.Н. Шолохов, В.О. Панов

Отдаленные результаты спасительной лучевой терапии после радикальной простатэктомии с использованием передовых подходов в онкоурологии и онкорadiологии23

А.О. Васильев, А.А. Ширяев, А.В. Говоров, В.Д. Мельников, Д.Ю. Пушкарь

Клеточная терапия эректильной дисфункции у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию24

Р.А. Велиев, Е.И. Велиев, Е.А. Соколов

Состояние оргазмической функции у пациентов после перенесенной радикальной простатэктомии25

Е.И. Велиев, А.А. Томилов, А.Б. Богданов, Е.Н. Голубцова

Имплантирование искусственного мочевого сфинктера у пациентов со стрессовым недержанием мочи после лечения рака предстательной железы26

ПЖ. Продолжается наблюдение за пациентами, в исследование включаются новые больные, ожидаются отдаленные результаты.

Послеоперационные осложнения робот-ассистированной простатвезикулэктомии

Б.В. Ханалиев, С.Н. Нестеров, Д.В. Бутарева,
Ш.С. Магомедов, Е.И. Косарев, И.И. Кириченко
ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
Москва

Введение. РПЖ занимает ведущее место в статистике онкоурологических заболеваний и является актуальной проблемой в связи с ростом заболеваемости и смертности не только среди пожилого населения, но и у молодых мужчин. Хирургическое лечение имеет ряд несомненных преимуществ по сравнению с другими методами, но, несмотря на малоинвазивность метода, как и другое хирургическое вмешательство, робот-ассистированная простатвезикулэктомия приводит к послеоперационным осложнениям.

Цель исследования — изучение возможных осложнений после робот-ассистированной простатвезикулэктомии у пациентов с локализованной формой РПЖ.

Материалы и методы. В исследование были включены 85 пациентов со стадиями T1a — T3b РПЖ, которым была проведена робот-ассистированная простатвезикулэктомия в отделении урологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 2018 г. Уровень ПСА колебался от 0,58 до 60 нг/мл, объем ПЖ варьировал в пределах 18,7–147,0 см³.

Результаты. Все 85 пациентов были обследованы в полном объеме согласно стандартам, у всех диагностирован РПЖ T1M0N0 — T3bM0N0 (количество случаев со стадией T1a — 1, T1b — 1, T2a — 10, T2b — 5, T2c — 44, T3a — 18, T3b — 5). Осложнения, выявленные в процессе данного исследования, объясняются различием антропометрических данных пациентов, анатомическими особенностями синтопии органов малого таза, объемом ПЖ, степенью распространения злокачественного процесса.

Анализ полученных данных выявил послеоперационные осложнения, встречающиеся с разной частотой, которые были зарегистрированы в течение 2 мес после простатвезикулэктомии. Общее количество послеоперационных осложнений составило 9,4 %. Инфекционные осложнения зафиксированы в 5 (5,9 %) случаях. После проведения робот-ассистированной простатвезикулэктомии с ЛАЭ был отмечен 1 (1,2 %) случай образования лимфоцеле. В зоне цистоуретрального анастомоза (к ранним послеоперационным

осложнениям относится нарушение герметичности анастомоза) зафиксировано 2 (2,4 %) осложнения.

Заключение. По данным проведенного исследования частота послеоперационных осложнений составила 9,4 %. Накопление опыта, профилактика инфекционных осложнений, внедрение новых технологий, усовершенствование техники позволят уменьшить объем послеоперационных осложнений.

Прогностическое значение кинетических параметров опухолевого роста у больных раком предстательной железы

И.В. Чепурная, Г.М. Жаринов, О.А. Богомолов,
Г.А. Раскин, С.Н. Бугров
ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

Цель исследования — определить прогностическое значение кинетических параметров опухолевого роста у больных РПЖ.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 109 пациентов с морфологически подтвержденным диагнозом РПЖ. У каждого больного исследуемой группы оценен уровень экспрессии Ki-67 в биопсийных образцах аденокарциномы ПЖ. Также в выбранной группе пациентов на основе имеющихся данных о кинетике ПСА было определено исходное время удвоения уровня ПСА. Полученные значения фактической скорости роста опухоли и фактора клеточных потерь сопоставляли с параметрами, характеризующими состояние опухоли (распространенность, степень дифференцировки по шкале Глисона, исходный уровень ПСА), и показателями опухолевоспецифической выживаемости.

Результаты. Вычисляемый на основании значений Ki-67 и времени удвоения ПСА показатель фактора клеточных потерь оказался важным прогностическим параметром. Совокупный сравнительный анализ данных критериев в зависимости от распространенности опухолевого процесса свидетельствует о том, что с увеличением опухолевого поражения достоверно снижается уровень клеточных потерь ($p = 1 \times 10^{-5}$), а скорость роста опухоли значимо увеличивается ($p = 1 \times 10^{-6}$). В многофакторной прогностической модели фактор клеточных потерь является независимым предиктором опухолевоспецифической выживаемости наряду со стадией РПЖ.

Заключение. Включение факторов пролиферативной активности в номограммы и прогностические модели позволит увеличить их прогностическую ценность и повысить практическую значимость. Необходимы