

лечение первичного очага при РПЖ М+ как экспериментальное и допустимое в рамках клинических исследований.

Материалы и методы. С января 2018 г. в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова проводится набор пациентов с омРПЖ для исследования эффективности химиогормональной терапии (ХГТ) с последующим выполнением РПЭ. Критериями включения являются подписанное информированное согласие пациента на участие в исследовании, верифицированный РПЖ с наличием не более 3 синхронных метастатических очагов при отсутствии висцеральных метастазов, возраст < 75 лет, ECOG < 2, локально резектабельный процесс и возможность выполнения лимфодиссекции. ХГТ проводили в течение 6 месяцев по схеме доцетаксел 75 мг/м² в/в 1 раз в 21 день + дегареликс п/к 120 мг, затем каждые 28 дней в поддерживающей дозе по 80 мг. Задачами исследования являются оценка безопасности и эффективности ХГТ с последующим выполнением простатэктомии у пациентов с омРПЖ, частота и длительность локального контроля (отсутствие симптомов заболевания), выживаемость без прогрессирования (ВБП), общая выживаемость (ОВ).

Результаты. Лечение проведено 6 пациентам, 2 из которых имели изолированное поражение костей скелета (1 и 2 очага), еще четверо — поражение отдаленных лимфатических узлов. Средний возраст пациентов составил 58 (от 49 до 68) лет. Уровень ПСА до начала лечения — 22,4 (от 11,5 до 33,) нг/мл. Средняя длительность наблюдения после хирургического лечения — 8 (от 5 до 14) месяцев. Ответ на неоадъювантную терапию получен у всех больных (снижение уровня ПСА, локальное уменьшение распространенности процесса). У 4 пациентов (66,7 %) отмечены нежелательные явления ХГТ (все — 1–2-й степени). Уровень ПСА

менее 1 нг/мл достигнут у 4 из 6 (66,7 %) пациентов. Хирургическое лечение в объеме простат-везикулэктомии с суперрасширенной (до уровня бифуркации общих подвздошных сосудов) лимфаденэктомии выполнено 5 пациентам (83,3 %). У одного больного при обследовании после курса ХГТ отмечено прогрессирование в виде увеличения числа метастатических очагов в костях (с 1 до 5), пациент переведен на 2-ю линию терапии. При РПЭ интраоперационных осложнений не отмечено. В раннем послеоперационном периоде осложнения 1-й степени (все — лимфокиста таза) выявлены у 60 %. По результатам гистологического исследования во всех случаях локально отмечен местнораспространенный процесс (pT3a), у 2 из 5 (40 %) — pN1, и у 1 пациента (20 %) — положительный хирургический край. Послеоперационный уровень ПСА составил < 0,2 нг/мл в 40 % (2 пациента) случаев. Локальное воздействие на отдаленные очаги после РПЭ проведено двум пациентам с поражением костей скелета (хирургическое удаление пораженного позвонка с вертебропластикой, облучение двух очагов в подвздошной кости), в одном случае ВБП без назначения системного лечения составила 6 месяцев, в другом наблюдалось прогрессирование на фоне ХГТ. После РПЭ у больных с M1a гормональная терапия назначена двум из трех пациентов; у одного больного (регресс очагов в отдаленных лимфоузлах при ХГТ) уровень ПСА < 0,2 нг/мл сохраняется в течение 8 месяцев после РПЭ. Общая выживаемость за период наблюдения составила 100 %.

Выводы. Радикальная простатэктомия в сочетании с системной терапией является безопасным и эффективным средством контроля за течением опухолевого процесса. Для подтверждения полученных данных необходимо более длительное наблюдение с включением большего количества пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

© С.А. Рева^{1, 2}, А.К. Носов², С.Б. Петров^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. На сегодняшний день радикальная простатэктомия (РПЭ) считается наиболее эффективным методом лечения рака предстательной железы (РПЖ) высокого и очень высокого

риска. Тем не менее частота регионарных рецидивов остается высокой и проблема дальнейшей тактики в этих случаях не решена. С внедрением новых технологий (11С-ПЭТ/КТ, PSMA-ПЭТ/КТ,

и т. д.) понятие клинического рецидива изменилось в сторону большей выполнимости полноценного циторедуктивного вмешательства. В то же время современные показавшие свою безопасность и эффективность минимально инвазивные технологии, такие как лапароскопия, недостаточно оценены в использовании при клиническом рецидиве РПЖ после перенесенной РПЭ.

Материалы и методы. В период с декабря 2015 по январь 2019 г. 25 пациентам с биохимическим рецидивом, обусловленным прогрессированием в лимфатических узлах (ЛУ), в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» и в клинике урологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.М. Павлова выполнена лапароскопическая лимфаденэктомия после ранее перенесенного хирургического лечения по поводу РПЖ. Клинический рецидив устанавливали на основании данных ПЭТ/КТ (с ^{11}C -холином или ^{68}Ga -PSMA), выполнявшейся больным с биохимическим рецидивом (БХР). Решение о выполнении спасительной лимфаденэктомии (СЛАЭ) основывалось на наличии клинического рецидива в зонах, соответствующих объему суперрасширенной лимфаденэктомии. Проведена оценка диагностической ценности ПЭТ/КТ, профиля безопасности выполнения лапароскопической СЛАЭ, показателей госпитализации и онкологических результатов.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент спасительного лечения составил 62,9 года (от 44 до 72). Во всех случаях первичная операция выполнена лапароскопическим доступом. В ходе СЛАЭ интраоперационные осложнения были у двух (в обоих случаях — повреждения крупных сосудов) пациентов, в том числе в одном случае потребовалась гемотрансфузия. Во всех случаях лимфодиссекция выполнена в суперрасширенном (у 15 пациентов — до бифуркации аорты и у 10 — до нижней брыжеечной артерии) объеме. Среднее количество удаленных ЛУ на одного пациента составило 12,8 (от 3 до 26), при этом позитивные

лимфоузлы были выявлены у 18 (72 %) больных (в том числе в 3 случая — экстранодальное распространение). В среднем на одного пациента с N+ приходилось по 2,2 пораженных лимфоузла (от 1 до 9). Пораженные ЛУ только в зоне предшествующей тазовой лимфаденэктомии (до уровня бифуркации общих подвздошных сосудов) выявлены в 12 (48 %) случаях. Результаты ПЭТ/КТ полностью соответствовали исследованию удаленного материала по стороне поражения, зоне и количеству метастатических очагов у 61,1 % (11 из 18) пациентов. У 11 (44 % из всех пациентов и 61,1 % из больных с гистологически подтвержденным поражением ЛУ) отмечен ответ в виде снижения ПСА > 50 % и почти у половины из них ($n = 5$) — до уровня ПСА < 0,2 нг/мл. Еще у 8 больных показатели ПСА оставались стабильны в течение не менее 6 месяцев. При медиане длительности наблюдения за пациентами 24 месяца средняя продолжительность полной ремиссии составила 9 месяцев. За время наблюдения развитие отдаленных метастазов не отмечено ни у одного больного. Нежелательные явления в отдаленном периоде были в основном 1–2-й степени — лимфоцеле ($n = 6$), отек половых органов ($n = 5$).

Выводы. СЛАЭ как повторное вмешательство в области, уже подвергнутой операции, является относительно безопасной процедурой, и ее выполнение при помощи лапароскопического метода не ведет к повышению частоты осложнений. Имеющиеся на сегодняшний день методы диагностики не позволяют определить точную локализацию рецидива, поэтому объем вмешательства должен сводиться к максимально краниальному двустороннему удалению лимфоузлов. При выполнении спасительной лимфодиссекции после расширенной тазовой лимфаденэктомии эта операция имеет преимущество (длительная ремиссия и/или отсутствие данных за наличие остаточной опухоли) у некоторых пациентов с изолированным поражением ЛУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

© Г.Н. Румянцева¹, В.Н. Карташев¹, А.А. Медведев², А.Л. Аврасин²

¹ ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Тверь);

² ГБУЗ ТО «Детская городская клиническая больница» (Тверь)

Актуальность. До настоящего времени актуальными являются вопросы разработки комплекса диагностических мероприятий, обеспечивающих раннее распознавание первичного обструктивного мегауретера, выбор оптимальных сроков и способов оперативной коррекции, а также сроков

и способов организации периодов реабилитации и диспансеризации для снижения инвалидизации больных. В последние годы отмечается тенденция к ранней диагностике данного порока развития, что позволяет более эффективно и широко применять малоинвазивные методики лечения.