

**Заключение.** Лечение парауретральных кист должно быть хирургическим и максимально радикальным. Оперативное лечение по поводу данных образований должно выполняться в «холодный» период, то есть при минимальных клинических про-

явлениях заболевания. Операцией выбора является лазерная абляция парауретральных образований. Соблюдение техники операции и адекватное ведение послеоперационного периода позволяет предотвратить развитие послеоперационных осложнений.

## КОМБИНАЦИЯ ВЫСОКОМОЩНОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИИ И ДИСТАНЦИОННОЙ РАДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ

© *В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский, А.Г. Дзидзария, И.Б. Кравцов*

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава РФ (Москва)

**Введение.** В основе выбора брахитерапии в качестве радикального метода лечения пациентов с локализованными и местнораспространенными формами РПЖ лежат представления о наличии существенных различий в прогнозе у больных в зависимости от распространенности и биологических особенностей опухолевого процесса после лучевой терапии. Высокомощностная брахитерапия, как метод достижения локального контроля у больных раком предстательной железы группы высокого риска, имеет высокий уровень эффективности, зачастую превосходящий хирургические методы лечения. Среди современных радиотерапевтических методов брахитерапию расценивают как эффективный и более безопасный метод доставки необходимой дозы облучения по сравнению с 3D-конформной лучевой терапией.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 39 больных РПЖ с инвазией опухоли в семенные пузырьки, относящиеся к группе крайне высокого риска прогрессирования без признаков отдаленного метастазирования, прошедшие лечение в ФГБУ РНЦРР с января 2009 по декабрь 2013 г. До радикального лечения все пациенты проходили курс андроген-депривационной терапии антиандрогенами и аналогами ЛГРГ в течение не менее 3 месяцев (в среднем 3,7 месяца). Все вмешательства выполняли под спинномозговой анестезией на аппарате Microselectron HDR с использованием трансректального ультразвукового датчика 4–9 МГц. Брахитерапию проводили в виде 1 фракций в разовой очаговой дозе (РОД) 10–15 Гр. При этом значение линейно-квадратичной эквивалентной дозы ( $LQED_2$ ) при 2 Гр за фракцию составило 32,9 Гр (при РОД 10 Гр) и 70 Гр (при РОД 15 Гр) ( $\alpha/\beta = 1,5$ ). Процент

предписанной дозы на орган-мишень (V100) составлял не менее 90 % (в среднем 96,8 %). Процент объема органа-мишени, на который приходится 150 % предписанной дозы (V150), составлял менее 33 % (в среднем 22,9 %). Критическая доза на уретру и прямую кишку составила 110 и 70 % от предписанной дозы соответственно.

На втором этапе лучевой лечения через 2 недели после брахитерапии пациентам проводили дистанционную радиотерапию СОД 44–46 Гр в регламенте стандартного фракционирования на зону предстательной железы и регионарного лимфатического оттока. После лучевого этапа лечения продолжали андроген-депривационную терапию аналогами ЛГРГ в течение 3–6 месяцев. Пациенты наблюдались с периодичностью 1 раз в 3 месяца в течение первого года, далее проходили контрольное обследование с интервалами от 3 до 6 месяцев. Медиана наблюдения за пациентами составляла в среднем 42 месяца (диапазон — 19–74 месяца).

**Результаты.** Безрецидивная ПСА-специфическая выживаемость составила 87 % при медиане наблюдения 42 месяца. Только в 2 случаях (5,2 %) мы получили местный рецидив опухоли. Анализ эректильной функции (ЭФ) показал, что из 20 пациентов, которые были заинтересованы в сохранении половой жизни после комплексного лечения, у 11 (55 %) отмечено сохранение ЭФ. Поздних лучевых токсических реакций III и IV степеней со стороны мочевой системы и прямой кишки зафиксировано не было.

**Вывод.** Брахитерапия высокой мощной дозы Ir-192 является эффективным методом эскалации дозы при проведении радиотерапии. Количество ранних и поздних лучевых токсических реакций минимально, а сохранение ЭФ отмечено более

чем в 50 % случаев у пациентов, живших активной половой жизнью до лечения с отсутствием и легкой формой ЭД. Таким образом, брахитерапия высокой мощной дозы в сочетании с ДЛТ

и андроген-депривационной терапией может расцениваться как эффективный метод лечения больных, страдающих РПЖ с инвазией в семенные пузырьки.

## АНАЛИЗ БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОСЛЕ БРАХИТЕРАПИИ МИКРОИСТОЧНИКАМИ I-125

© В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский, И.Б. Кравцов, С.В. Фастовец

ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава РФ (Москва)

**Введение.** Уже более 30 лет низкомощностная брахитерапия с применением радиоактивного I-125 (LDR-BT) применяется в качестве лечения локализованного рака предстательной железы и признаана многими руководствами как стандарт лечения пациентов групп низкого и промежуточного рисков прогрессирования. В медицинской практике принято говорить о методах лечения РПЖ и сравнивать последние с радикальной простатэктомией.

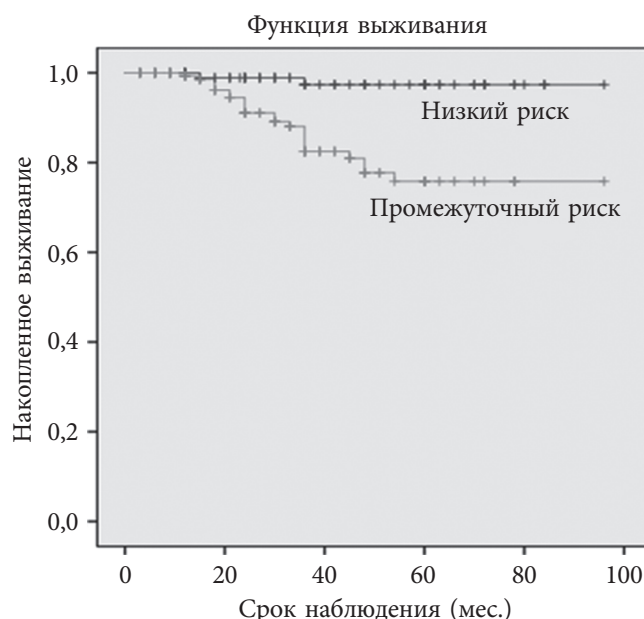
Радикальная простатэктомия позиционируется как «золотой стандарт» лечения РПЖ. С получением все новых данных о радиотерапевтических методах лечения, а также при сопоставлении качества жизни после различных методов лечения РПЖ и частоты локальных рецидивов термин «золотой стандарт», применяемый к радикальной простатэктомии, становится довольно-таки спорным.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 290 больных с клинически локализованным РПЖ групп низкого и промежуточного рисков прогрессирования. Всем пациентам проведена имплантация радиоактивных источников I-125 в монорежиме в период с 2010 по 2017 г. Результаты лечения оценивали по данным уровня ПСА. Биохимический рецидив определяли согласно критериям Phoenix (PSA nadir + 2 нг/мл).

В исследовании вошли пациенты со стадией: T1a-T2a — 160 (55 %) человек, T2b — 78 (27 %), T2c — 52 (18 %). Индекс Глисона G1 — Gleason score 5–6 — 235 (81 %), G2 — Gleason score 7 (3 + 4) — 47 (16 %), G3 — Gleason score 7 (4 + 3) — 8 (3 %). Максимальный уровень ПСА до лечения < 10 нг/мл зафиксирован у 195 (67 %) человек, 10–20 нг/мл — у 95 (33 %). Группа риска NCCN: низкий — 115 (39,6 %), промежуточный — 175 (60,4 %).

**Результаты.** Медиана времени наблюдения в группе составила 42 месяца (от 12 до 96 месяцев).

Общая выживаемость в группе оказалась 98,6 %. За указанный период времени умерло 4 пациента, из них 1 по причине прогрессирования РПЖ. Общая безрецидивная ПСА-специфическая выживаемость составила 91,4 %. В группах низкого и промежуточного рисков прогрессирования ПСА-специфическая выживаемость составила 98,3 и 86,8 % соответственно. При этом всего прогрессирование заболевания отмечено у 25 пациентов. У 10 из них выявлен биохимический рецидив, у 10 подтвержден локальный рецидив опухоли, у 4 пациентов отмечены отдаленные метастазы в лимфоузлы или в кости скелета и у 1 пациента выявлен локальный рецидив и отдаленные метастазы. Графики кривых раковоспецифической выживаемости представлены на рис. 1.



**Рис. 1.** Раковоспецифическая выживаемость в общей когорте пациентов в зависимости от группы риска ( $P_{\log\text{-rank}} = 0,001$ )