

За 36-месячный период наблюдения после оперативного вмешательства рецидив РМП выявлен у 9 (12%) больных после комбинированной терапии (ТУР+ФДТ). В группе больных, которым выполнялась только ТУР, рецидив РМП возник у 17 (27,9%) больных. Отмечено, что рецидивирование опухолевого процесса после комбинированного лечения РМП происходило у больных

с изначально множественными очагами опухоли, умеренной или низкой дифференцировкой опухолевой ткани и при опухолях большого объема.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали эффективность адьювантной ФДТ препаратом фотодитазин после ТУР МП, способствовавшей отсутствию рецидивов РМП в течение 3 лет у 88% больных.

ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

© *И. А. Ананий, Р. Э. Амдий*

Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Введение. Частота развития стрессового недержания мочи после радикальной простатэктомии (РП) составляет от 5 до 65%. Данное осложнение оказывает существенное влияние на качество жизни больных, перенесших РП, и обуславливает необходимость дальнейшего наблюдения и лечения.

Целью настоящего исследования явилась оценка удержания мочи после РП, разработка тактики обследования и лечения недержания мочи у больных после радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова находились 124 больных в возрасте от 52 до 81 года, перенесших РП. Всем пациентам оценивали удержание мочи после РП и эффективность упражнений для мышц тазового дна. При сохранении недержания мочи вместе с упражнениями для мышц тазового дна проводили их электростимуляцию. При неэффектив-

ности выше описанной консервативной терапии применяли хирургическую коррекцию недержания мочи.

Результаты. Для ранней профилактики недержания мочи после удаления уретрального катетера всем пациентам мы рекомендовали выполнять упражнения для мышц тазового дна. Через 6 месяцев от начала тренировок 108 пациентов полностью удерживали мочу. Недержание мочи сохранялось только у 16 больных. Этим больным была проведена электростимуляция мышц промежности. У 5 больных после проведенного консервативного лечения сохранялось стрессовое недержание мочи и этим пациентам через 1 год после РП было выполнено хирургическое вмешательство — слинговая уретропексия.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили обосновать эффективность предложенной нами тактики профилактики и лечения недержания мочи у больных после РП.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРОСТАТЫ С СИНДРОМОМ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© *Белов А. Д.¹, Тимофеев Д. А.¹, Лисицын И. Ю.¹, Харитонов М. В.²*

¹ ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

² СПб ГБУЗ «Онкологический диспансер Московского района» (г. Санкт-Петербург)

Цель. Оценить возможность рентгеноэндоваскулярных вмешательств у больных с синдромом верхних мочевых путей.

Материалы и методы. С 1995 года нефростомия выполнена 274 больным раком мочевого пузыря (165 больных — 60%) и раком простаты (109 боль-

ных — 40%). Показанием к выполнению данной манипуляции послужило наличие обструкции верхних мочевых путей, выявленное по результатам УЗИ и данным спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием. Также показанием к наложению нефростомы по-

служило наличие выраженных явлений почечной недостаточности: мочевины — $21,3 \pm 5,2$ ммоль/л, креатинин $251,5 \pm 34,2$ ммоль/л, наличие лихорадки до $38,3 \pm 1,3$ °С, болевой синдром. Процедура нефростомии выполнялась в рентгеновском кабинете под УЗИ-контролем. Контроль стояния нефростомы осуществлялся путем ретроградного введения рентгеноконтрастного вещества.

Результаты. У всех больных на 3–5 сутки отмечено достоверное снижение уровня мочевины до $16,1 \pm 2,3$ ммоль/л и креатинина до

$172,3 \pm 19,7$ ммоль/л, снижение температуры до $37,5 \pm 0,6$ °С, значительное уменьшение болевого синдрома.

Заключение. Наложения нефростомы при обструкции верхних мочевыводящих путей у больных раком мочевого пузыря и простаты целесообразно выполнять в рентгеновском кабинете для более надежного контроля проведенного лечения, купирования явлений острого пиелонефрита и является единственным эффективным методом разрешения почечной недостаточности у данной категории больных.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ БИОХИМИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© М. И. Коган¹, М. Б. Чибичян¹, Е. А. Черногубова^{1,2}

¹ Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ (г. Ростов-на-Дону)

² ФГБУН «Институт аридных зон» Южного научного центра РАН (г. Ростов-на-Дону)

Введение. Ранее нами установлено, что нарушение протеиназно-ингибиторного баланса калликреин-кининовой и ренин-ангиотензиновой систем играет значительную роль в процессах онкогенной трансформации при раке предстательной железы (РПЖ). Определение активности калликреина и ангиотензин-превращающего фермента в секрете простаты может использоваться в качестве маркера рака простаты со специфичностью 75 % и чувствительностью 66,7 %. Цель работы — анализ протеиназ и их ингибиторов калликреин-кининовой и ренин-ангиотензиновой систем крови в мониторинге пациентов после радикальной простатэктомии (РПЭ).

Материалы и методы. Исследовано состояние протеолитических систем крови (активность калликреина (К) и содержание прекалликреина (ПК), суммарная активность сериновых протеиназ и эластазоподобная активность, активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и ингибиторная активность α_1 -протеиназного ингибитора (α_1 -ПИ) и α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ) у 36 больных после РПЭ. I группу составили 28 больных без биохимического рецидива (БР) после РПЭ. У 18 пациентов в этой группе был локально-ограниченный рак, у 10 б-х — рТ3. II группу составили 8 больных после РПЭ с развитием БР. Стадия рака простаты во II группе: у 7 пациентов — рТ3, у одного — рТ4. Средний воз-

раст пациентов в группах — $61,44 \pm 1,39$ года. Медиана ПСА до РПЭ — 8,05 нг/мл (LQ=5,01; UQ=12). Среднее значение объема простаты в группах составило $52 \pm 2,74$ см³. Медиана наблюдения — 18 месяцев. Контрольную группу составили 20 практически здоровых мужчин. Статистический анализ проведен с использованием общепринятых методов вариационной статистики и стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.1.

Результаты исследования. Анализ состояния протеолитических систем крови показал, что у больных II группы через 1 месяц после РПЭ активность АПФ на 136,5 % ($p_1 < 0,001$) выше, а

