

Prostate (Nucletron, — Elekta). Лечебный план подразумевал использование ВДБТ в качестве монотерапии или в составе комбинированного лечения (ВДБТ + гормонотерапия + дистанционная лучевая терапия). Выбор основывался на оценке прогноза заболевания в соответствии с классификацией NCCN (2012). В качестве монотерапии ВДБТ выполнена 92 из 136 пациентов (67,6%). Для планирования облучения и контроля за введением игл-эндостатов использовалось интраоперационное 3D-УЗ исследование и/или рентгеновская компьютерная томография. Отбор пациентов для проведения ВДБТ осуществлялся в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации радиологов ESTRO (2012, 2014). Основными критериями включения в группу монотерапии с помощью ВДБТ являлись отсутствие данных за поражение регионарных лимфатических узлов и наличие отдаленных метастазов (сT1–3NoMoGx), отсутствие выраженных обструктивных нарушений со стороны мочевыводящих путей (объем остаточной мочи менее 50 мл, IPSS менее 17 баллов).

**Результаты.** У 92 человек (67,6%) ВДБТ использовалась в качестве самостоятельного метода лечения. У всех больных этой группы риск рецидива РПЖ определен как низкий или средний. Величина биологически эффективной дозы, подводимой на предстательную железу и семенные пузырьки, составляла 110–180 Гр. Длительность наблюде-

ния варьировала от 2 до 30 месяцев. До настоящего времени признаков биохимического рецидива РПЖ не отмечалось (медиана наблюдения 24 месяца). У 6 (6,5%) пациентов зафиксирован феномен биохимического скачка простатспецифического антигена (bounce). В ранние сроки после ВДБТ тяжелых (3–4 степени) осложнений со стороны мочевыводящей системы не наблюдалось. У 1 из 92 больных (1,1%) вследствие эпизода острой задержки мочи была выполнена повторная катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером продолжительностью 2 дня. В 5 (5,4%) случаях макрогематурия в послеоперационном периоде осложнилась тампонадой мочевого пузыря. В 1 из 92 случаев (1,1%) в послеоперационном периоде диагностирован острый эпидидимит. У 1 больного наблюдался неврит подколенного нерва, разрешившийся после лекарственной терапии. Отсроченное осложнение III степени со стороны мочевыводящих путей в виде формирования стриктуры мембранозного отдела уретры выявлено у одного пациента (1,1%). Осложнений со стороны прямой кишки у пациентов, получавших ВДБТ в режиме монотерапии, не наблюдалось.

**Выводы.** Высокодозная брахитерапия РПЖ является эффективным методом радикального лечения, который обеспечивает высокие показатели безрецидивной выживаемости при низком риске нежелательных последствий лечения.

## СРАВНЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ ИЗ МЕЖМЫШЕЧНОГО АБДОМИНАЛЬНО-ТОРАКАЛЬНОГО МИНИ ДОСТУПА И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

© *А. К. Носов, П. С. Лушина, И. Б. Джалилов, Э. М. Мамижеев, Е. Е. Самарцева, С. Б. Петров*

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Малоинвазивные хирургические вмешательства при опухолях почек нашли широкое применение в урологической клинике. При этом отмечается тенденция к увеличению частоты применения лапароскопической резекции почки по сравнению с классическим открытым доступом.

**Цель исследования.** Сравнить преимущества лапароскопического доступа и малоинвазивного межмышечного мини доступа к почке при открытых операциях у больных с опухолями почки в стадии T1.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 157 больных с опухолями почки в стадии T1 и сформированы две группы пациентов. 64 больным первой группы

была выполнена резекция почки из межмышечно-абдоминального мини доступа, разработанного в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова (подана заявка на патент). В 37 случаях не понадобилось расширение оперативного доступа, а в 27 случаях потребовалось расширение доступа. Во второй группе 94 больным была выполнена лапароскопическая резекция с тепловой ишемией.

Средний размер опухоли почки в двух группах составил  $3,4 \pm 1,2$  см. У всех больных был верифицирован почечно-клеточный рак.

**Результаты.** Средняя длительность ишемии почки при лапароскопической резекции составила  $14 \pm 4$  минут, при абдоминальном мини доступе

23±5 минуты. Объем кровопотери при лапароскопической резекции почки составил 160±20 мл, при абдоминальном мини доступе 265±50 мл. Как осложнение лапароскопической резекции длительное истечение мочи по дренажам отмечено у 7 (7,4%) больных, что потребовало стентирования мочеточника. Данное осложнение в группе больных оперированных абдоминальным мини доступом зарегистрировано у 7 (11,1%) пациентов.

По данным ангиофросцинтиграфии через 6 месяцев у пациентов двух групп в большинстве случаев (88%) определялись признаки умеренного снижения фильтрационной и замедления экскреторной функции оперированной почки.

В группе пациентов оперированных открытым мини доступам миофасциальные дефекты области послеоперационного шва выявлены у 6 пациентов (9,5%). Во второй группе данного осложнения не выявлено.

Исследуемые группы подвергались однофакторному межгрупповому статистическому анализу, по исследуемым критериям достоверных различий в двух группах пациентов не выявлено ( $p \geq 0,05$ ).

**Выводы.** Лапароскопическая резекция почки является эффективным малотравматичным оперативным вмешательством, которое успешно может быть использовано для лечения пациентов с опухолями почек небольшого размера. Однако, при невозможности выполнения лапароскопического доступа при резекции почки, альтернативным доступом должен быть абдоминальный межмышечный мини доступ, который позволяет значительно снизить объем операционной травмы по сравнению с классической открытой операцией, не влияя на уровень осложнений и результаты лечения. Оба метода демонстрирует хороший косметический эффект.

## ВЫБОР ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА ПРИ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧКА

© *А. К. Носов, Г. И. Гафтон, С. Б. Петров, Э. М. Мамижеев*

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Всем пациентам, имеющим рентгенологически определяемые ретроперитонеальные метастазы на фоне отрицательных опухолевых маркеров после проведения индукционной химиотерапии при диссеминированных герминогенных опухолях яичка, рекомендовано проведение забрюшинной лимфаденэктомии (ЗЛАЭ).

**Цель исследования.** Анализ первого опыта хирургического лечения больных при диссеминированных герминогенных опухолях яичка после проведенной полихимиотерапии.

**Материалы и методы.** В клинике ФГБУ НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова 19 пациентам выполнены хирургическое пособие по поводу метастатического поражения легких, ретроперитонеальных и средостенных лимфоузлов.

**Результаты.** Среднее время от проведенной радикальной орхифунгулектомии с последующей индукционной химиотерапией составил 119,5 дней. Распределение по операционному доступу: лапаротомия — 8, лапароскопия — 6, стернотомия — 2, торакотомия — 3. Среднее время операции составило при лапаротомии 200 минут (минимум 180 — максимум 285), лапароскопии 127,5 минут (минимум 90 — максимум 210), торакотомии/стернотомии 172,5 минут (минимум 120 — максимум 235). Средний объем интраоперационной кровопотери при лапаротомии 425 мл (минимум 100 — максимум 750),

лапароскопии 175 мл (минимум 100 — максимум 250), торакотомии/стернотомии 375 мл (минимум 100 — максимум 400). Проведен анализ ранних послеоперационных осложнений в зависимости от операционного доступа. При лапаротомии лимфоррея возникла у 5 пациентов, перфорация мочеточника у 3 больных, гидронефроз 1–2 степени у 3 больных, перфорация нижней полой вены у 1 пациента, перфорация почечной вены у 1 больного, нагноение послеоперационной раны выявлено в 3 случаях, один больной скончался на 6-е сутки после операции (ТЭЛА). Возникновение ретроградной эякуляции, рецидива заболевания при лапаротомном доступе не выявлено. При лапароскопической ретроперитонеальной лимфаденэктомии отмечена лимфоррея у 2 больных, рецидив заболевания через 3 месяца от операции — у 1 пациента, ретроградная эякуляция — у 1 больного, других осложнений не отмечено. При торакотомии — гидроторакс у 1 больного, отек головного мозга у 1 больного.

**Выводы.** Лечение и дальнейшее наблюдение больных с диссеминированными герминогенными опухолями яичка должно проходить в специализированном учреждении. Оперативное пособие — забрюшинная лимфаденэктомия — технически сложное и сопровождается большим количеством осложнений как во время самой операции, так и в послеоперационном периоде.