



## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

© П.А. Карлов<sup>1</sup>, А.П. Карлов<sup>1</sup>, В.Я. Дубинский<sup>2</sup>, К.С. Пешехонов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Для цитирования: *Урологические ведомости*. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 30–32. doi: 10.17816/uroved7130-32

Дата поступления: 07.02.2017

Статья принята к печати: 10.03.2017

Представлен клинический случай комбинированного хирургического и химиотерапевтического лечения больного раком полового члена.

**Ключевые слова:** рак полового члена; комбинированное лечение; клинический случай.

## COMBINED TREATMENT OF PENILE CANCER

© P.A. Karlov<sup>1</sup>, A.P. Karlov<sup>1</sup>, V.Ya. Dubinskiy<sup>2</sup>, K.S. Peshekhonov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>City Clinical Oncology Dispensary, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

For citation: *Urologicheskie vedomosti*, 2017;7(1):30-32. doi: 10.17816/uroved7130-32

Received: 07.02.2017

Accepted: 10.03.2017

A clinical case of combined surgical and chemotherapeutic treatment of a patient with penile cancer is presented.

**Keywords:** penile cancer; combined treatment; clinical case.

Рак полового члена (РПЧ) развивается из эпителиа крайней плоти и головки полового члена, является редкой патологией с частотой менее 1,0 на 100 тыс. мужчин в Европе и США. Заболеваемость РПЧ выше в странах с высокой распространенностью вируса папилломы человека [1]. Уровень заболеваемости увеличивается с возрастом и достигает максимальных показателей к 60–70 годам [2]. Предрасполагающими к развитию РПЧ факторами считают несоблюдение гигиенических норм и застой смегмы в препуциальном мешке, в том числе при необрезанной крайней плоти и фимозе. Кроме того, развитию плоскоклеточной карциномы полового члена нередко предшествуют болезнь Боуэна и эритроплазия Кейра [3]. Плоскоклеточный рак составляет более 95 % случаев злокачественных опухолей полового члена. Существуют различные смешанные типы РПЧ, из которых наиболее часто встречается бородавчато-базалоидный тип (50–60 %). Другие комбинации включают веррукозный, бородавчатый или папиллярный рак. Варианты плоскоклеточного РПЧ высокого риска наряду

с местным деструктивным ростом обладают склонностью к раннему метастазированию с высокими показателями смертности. Выбор метода лечения РПЧ определяется локализацией, размерами и типом роста первичной опухоли, категориями T, N, M и степенью анаплазии G [4].

*Представляем клиническое наблюдение выявления и лечения рака полового члена.*

Пациент И., 63 года, поступил в клинику 26.01.2017 г. с жалобами на опухолевидное образование головки полового члена, припухлость в паховой области слева, отечность левой нижней конечности. Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным в течение 6 месяцев, когда в конце августа 2016 г. обратил внимание на припухлость в паховой области слева. В течение последующих 2–3 месяцев отметил появление плотного, не смещаемого опухолевидного образования на тыльной поверхности полового члена. В декабре 2016 г. пациент обнаружил значительное увеличение образования в размере,

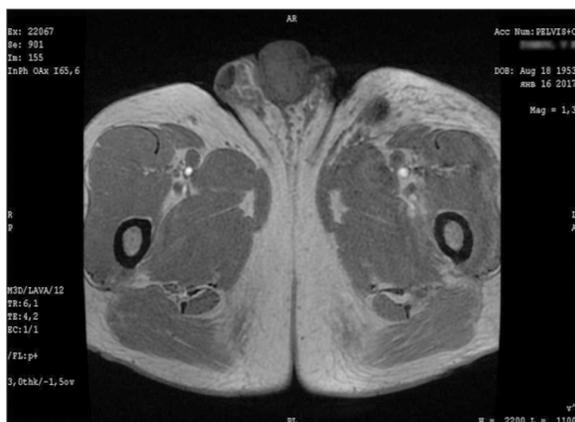


Рис. 1. МРТ органов малого таза больного И.

до 3 см, появление сукровично-геморрагического отделяемого из-под препуциального мешка. Также имело место появление отека левой нижней конечности с постоянными болями в ней при движении. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства и был направлен на УЗДГ сосудов нижних конечностей, по результатам которой данных за состоявшийся или текущий тромбоз сосудов нижних конечностей не получено. В паховой области, преимущественно слева, пальпировался конгломерат лимфатических узлов размером  $40 \times 30$  мм. Пациент направлен на консультацию к онкологу, по результатам которой была рекомендована госпитализация в онкоурологическое отделение.

На момент поступления пациента в стационар на тыльной стороне полового члена имело место овальной формы образование  $45 \times 35$  мм, плотное, бугристое, с нечеткими контурами, болезненное при пальпации, с выделением геморрагического содержимого. В паховой области, преимущественно слева, пальпировался несмещаемый конгломерат увеличенных лимфатических узлов. По данным МРТ органов малого таза и брюшной полости (рис. 1, 2) выявлены признаки новообразования полового члена, лимфаденопатия. Паховые лимфатические узлы слева определялись в виде конгломерата размером  $90 \times 45 \times 61$  мм, в этой области отмечены также отдельные более мелкие лимфатические узлы размером до 20 мм, справа паховые лимфатические узлы увеличены до  $20 \times 15$  мм. Отмечались также увеличенные лимфатические узлы по ходу левых наружных подвздошных сосудов размером до  $35 \times 25$  мм и по ходу левых общих подвздошных сосудов размером до  $28 \times 23$  мм. Данных за метастатическое поражение органов брюшной полости и легких не получено. Больному рекомендовано оперативное лечение.

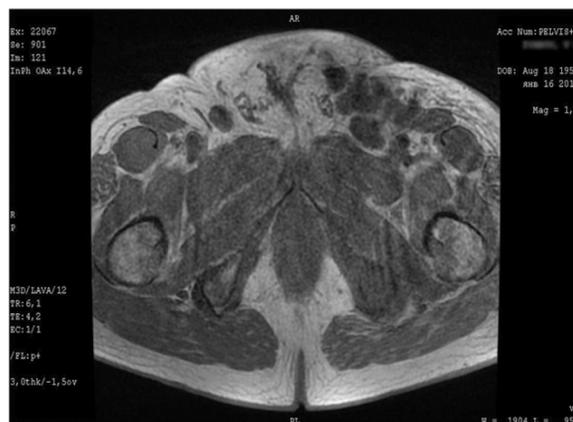


Рис. 2. МРТ брюшной полости больного И.

*Описание операции. Частичная ампутация с реконструкцией окончаний тел полового члена.*

Отступя около 2 см от проксимальной границы опухоли, выполнен разрез эллипсоидной формы. Последовательно пересечены и перевязаны поверхностные и глубокая тыльные вены. Рассечена глубокая фасция полового члена и белочная оболочка. Пересечены пещеристые тела. В толще губчатого тела выделена уретра на протяжении 1 см, затем уретра пересечена. Пещеристые тела сшиты узловыми швами синтетической рассасывающейся нитью 2–0. На ткань губчатого тела, окружающую уретру, наложены швы-держалки. Гемостаз. Адвентиция культи уретры вывернута и подшита по всей окружности к краям кожи (рис. 3).

При гистологическом заключении в области головки полового члена выявлен рост плотной, белесоватой опухоли размером около  $3,5 \times 3 \times 3$  см. Плоскоклеточный ороговевающий рак головки полового члена G1 (преимущественно



Рис. 3. 16-е сутки после операции — частичной ампутации с реконструкцией окончаний тел полового члена

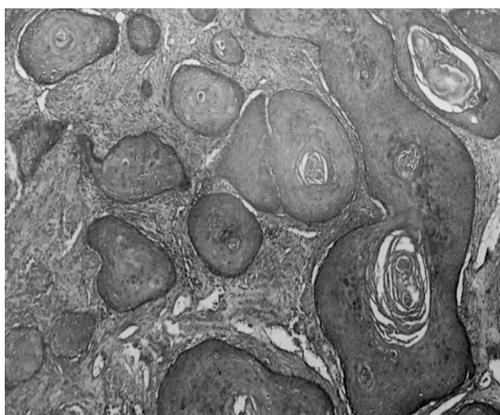


Рис. 4. Плоскоклеточный ороговевающий рак головки полового члена G1

но экзофитный рост) (рис. 4). Опухоль с начальной инвазией в губчатое и кавернозные тела с распространением на крайнюю плоть. Край резекции без элементов опухоли. Послеоперационный диагноз: рак полового члена T2N3M0G1R0 (IV ст.).

Пациенту в данную госпитализацию также проведен первый курс химиотерапии по схеме TRF (Цисплатин + Доцетаксел + 5-фторурацил). Пациент выписан на 16-е сутки после операции с рекомендацией продолжить курс химиотерапевтического лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Dillner J, von Krogh G, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol. Suppl.* 2000;205:189-193. doi: 10.1080/00365590050509913.
2. Maden C, Sherman KJ, Beckmann AM, et al. History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *J Nat Cancer Inst.* 1993;85(1):19-24. doi: 10.1093/jnci/85.1.19.
3. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов. – СПб.: Питер, 2000. – 320 с. [Al'-Shukri SKh, Tkachuk VN. Opukholi mocheopolovykh organov. Saint Petersburg: Piter; 2000. 320 p. (In Russ.)]
4. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с. [Urologiya. Rossiyskie klinicheskie rekomendatsii. Ed by Yu.G. Alyaev, P.V. Glybochko, D.Yu. Pushkar'. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 496 p. (In Russ.)]

### Сведения об авторах:

**Петр Александрович Карлов** — канд. мед. наук, зав. онкоурологическим отделением. СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер».

**Александр Петрович Карлов** — уролог, онкоурологическое отделение. СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». E-mail: dr\_Karlov@mail.ru.

**Владислав Яковлевич Дубинский** — канд. мед. наук, доцент кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: dubinskyvlad@mail.ru.

**Кирилл Сергеевич Пешехонов** — клинический ординатор кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: ispesh@gmail.com.

### Information about the authors:

**Petr A. Karlov** — candidate of medical science, chief of Department of Oncourology. City Clinical Oncology Dispensary.

**Aleksandr P. Karlov** — urologist, Department of Oncourology. City Clinical Oncology Dispensary. E-mail: dr\_Karlov@mail.ru.

**Vladislav Y. Dubinskiy** — candidate of medical science, associate professor. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: dubinskyvlad@mail.ru.

**Kirill S. Peshehonov** — clinical intern. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: ispesh@gmail.com.