

КРИОАБЛАЦИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© *А.В. Говоров, А.О. Васильев, А.А. Ширяев, Д.Ю. Пушкарь*

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва)

Введение. Первая криоабляция предстательной железы (ПЖ) с использованием оборудования для криотерапии третьего поколения была проведена в России в марте 2010 г. на кафедре урологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова на базе ГКБ № 50 г. Москвы. За период реализации программы криотерапии нами прооперировано более 150 больных с раком предстательной железы (РПЖ). Проведенный анализ собственных шестилетних результатов криоабляции ПЖ показал сравнительно высокую онкологическую эффективность данного метода лечения как у пациентов, перенесших первичную тотальную криоабляцию, так и у больных, перенесших сальважную криоабляцию ПЖ. Целью данного проспективного исследования явился анализ собственных результатов криоабляции предстательной железы в течение 6 лет.

Материалы и методы. В 141 случаях лечение было первичным, в 14 — сальважным (7 пациентов ранее перенесли дистанционную лучевую терапию, 5 — брахитерапию, 2 — первичную криоабляцию простаты). Средний возраст пациентов составил 72,7 года, уровень общего ПСА — 10,6 нг/мл, объем простаты — 46,2 см³, максимальная скорость мочеиспускания — 11,6 мл/с, сумма баллов по шкале IPSS — 9, ПЕФ — 2,4. Клинические стадии T1c, T2 и T3 были диагностированы у 81, 53 и 21 пациента; сумма баллов по Глиссону 6 (3+3), 7 (3+4, 4+3) и 8 (4+4) имела место у 73, 72 и 10 пациентов соответственно; стратификация рисков по критериям D'Amico: низкий риск ($n = 68$), средний риск ($n = 65$) и высокий риск ($n = 22$).

Результаты. Всем пациентам под контролем ТРУЗИ в двух проекциях проведено 2 цикла замораживания и оттаивания простаты при помощи игл IceSeed и IceRod. После удаления уретрального катетера в среднем на 7-е сутки у всех пациентов вос-

становлено самостоятельное мочеиспускание. Среднее время операции составило 105 мин. Протокол наблюдения в клинике урологии МГМСУ включает определение ПСА каждые 3 мес., проведение биопсии ПЖ через 1 год после операции (независимо от уровня ПСА) и определение через 3, 6 и 12 месяцев после операции Qmax и IPSS. Через 1 год после криоабляции полностью обследованы 83 больных: средний уровень общего ПСА крови у них составил 0,28 нг/мл, сумма баллов по шкале IPSS — 12, максимальная скорость мочеиспускания — 10,7 мл/с, объем остаточной мочи — 84 мл. Выживаемость без биохимического рецидива (БХР) по Kaplan-Meier при надире ПСА 0,6 нг/мл у больных после первичной тотальной криоабляции ПЖ через 12, 24, 36, 48 и 60 мес. составила 83, 79, 76, 74 и 70 % соответственно. По критериям ASTRO данный показатель в указанные сроки составил 98, 94, 91, 88 и 84 % соответственно. При медиане наблюдения 30,5 мес. выживаемость без БХР по критериям ASTRO составила 90 % у больных низкого риска, 78 % у пациентов промежуточного риска и 65 % в группе высокого риска D'Amico. Выживаемость без БХР по критериям ASTRO у больных после сальважной криоабляции ПЖ через 12, 24, 36, 48 и 60 мес. составила 83, 72, 65, 55 и 49 % соответственно.

Выводы. В настоящее время в урологической клинике МГМСУ имеется наибольший опыт в РФ по проведению криоабляции предстательной железы, что позволило нам получить сертификат центра, обучающего врачей методике криоабляции. Низкий процент осложнений после криоабляции позволяет рекомендовать данный метод как вариант первичного лечения рака предстательной железы. В течение 12–18 мес. после тотальной криоабляции ПЖ у большинства пациентов отмечается уменьшение выраженности сим-

птомов нижних мочевых путей по сравнению с дооперационным уровнем и улучшение показателей качества жизни.

В статью вошли результаты работ, выполненных при поддержке гранта Президента РФ МК-5594.2016.7.

ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ПРОСТАТЫ (РНИ)

© *А.В. Говоров¹, Д.Ю. Пушкар¹, А.О. Васильев¹, Н.Г. Гордиенко², Е.Н. Рябко², J.-S. Blanshet³, А.В. Ружанская³, Н.В. Мазов³, С.А. Евгина³*

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ (г. Москва);

² Клинико-диагностическая лаборатория «КДЛ Домодедово-Тест» (г. Москва);

³ ООО «Бекмен Культер» (г. Москва)

Введение. Являясь предиктором наличия рака предстательной железы (РПЖ), индекс здоровья простаты (РНИ) представляет собой комбинацию значений трех тестов — общего и свободного ПСА, а также -проПСА и может быть рассчитан иммунохимическими анализаторами Access/DxI (производства Beckman Coulter, Inc.). Присутствие в формуле результатов 3 независимых сывороточных тестов ведет к необходимости соблюдения более жестких требований для преаналитического этапа сбора биоматериала.

Цель исследования. Оценить результаты различных вариантов обработки образцов крови в исследовании РНИ.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты, полученные при использовании 4 различных вариантов обработки образцов крови. Был исследован уровень РНИ, %свПСА и оПСА для 22 мужчин с уровнем оПСА < 12 нг/мл. От каждого мужчины было получено 5 первичных пробирок с кровью. Были выполнены один контрольный и 4 экспериментальных варианта исследования. В экспериментальном исследовании № 1 отбор сыворотки не проводился до момента выполнения анализа, при этом первичная пробирка центрифугировалась и хранилась охлажденной (+2...+8 °С) либо охлаждалась и хранилась (+2...+8 °С) без этапа центрифугирования. Определение маркеров в таком случае проводилось через 10 часов после взятия крови. В экспериментальном исследовании № 2 после центрифугирования первичных пробирок через час после взятия крови

сыворотка была отделена от сгустка путем переноса из первичной во вторичную пробирку, при этом отобранная сыворотка хранилась охлажденной (+2...+8 °С) и была исследована через 10 часов после взятия крови; в другом случае был добавлен этап заморозки вторичной пробирки, которая вначале хранилась охлажденной (+2...+8 °С) в течение 7 часов, затем замораживалась (-20 °С) в течение 18 часов и анализировалась через 25 часов после взятия крови.

Результаты. Достоверные сдвиги в результатах измерения оПСА (96 %) и РНИ (107 и 109 %) были отмечены для пробирок с сывороткой, неотделенной от сгустка по сравнению с контрольным исследованием, и отсутствие достоверной вариабельности для результатов %свПСА. Минимальная вариабельность была отмечена при втором экспериментальном исследовании для оПСА (102 и 97 %), %свПСА (96 и 99 %) и РНИ (97 %). Вариабельность результатов РНИ для пробирки с этапом заморозки была статистически незначимой.

Заключение. Наиболее значимое влияние на результат РНИ было обнаружено в случае пробирок с сывороткой, не отделенной от сгустка; наблюдалось выраженное завышение результатов РНИ, что подтверждает необходимость отбора сыворотки во вторичную пробирку для предотвращения получения некачественных результатов. Применение этапа заморозки отобранной сыворотки в дополнение к использованию системы Vacuette Tube Holders (системы для венопункции) увеличивает возможное время хранения пробы и позволит региональным медицинским