

(SECOND LOOK TUR) в сроки от 4 до 8 недель. Были отобраны все пациенты, у которых был диагностирован переходно-клеточный рак второй степени дифференцировки.

После выполнения ранней повторной цистоскопии, ТУР-биопсии мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) у 8 пациентов были выявлены резидуальные опухоли после первичной трансуретральной резекции, что составляет 25% от общего количества пациентов. По нашему мнению, важное значение в данных случаях приобретает повторная трансуретральная резекция и биопсия (SECOND LOOK TUR), проведенная в ранние сроки после первичного лечения, что даёт возможность своевременного выявления рецидивов и резидуальных опухолей в ранние сроки, а также возможность более дифференцированного подхода к лечению и диагностике ракового процесса. Повторная ТУР позволяет более точно определить стадию заболевания для формирования оптимальной стратегии лечения в 61% случаев. Повторная ТУР рекомендуется, если первоначальная ТУР признана неадекватной или если имеется минимальный рецидив заболевания. Повторная ТУР должна быть рекомендована пациентам с РМП Т1 для достижения полной резекции опухоли и определения той категории пациентов, которым необходима радикальная цистэктомия.

В качестве дополнительной терапии при поверхностном раке мочевого пузыря широкое распространение получила вакцина БЦЖ, с помощью которой удаётся снизить общее количество рецидивов в 1,5-2,5 раза по сравнению с чисто хирургическим лечением.

Новейшим препаратом в этой области также является интерферон α -2в. При этом эффективность применения интерферон α -2в соответствует результатам БЦЖ-терапии при меньшем количестве осложнений.

Выводы

По нашему мнению, использование новых методов у больных с поверхностным РМП позволяет снизить количество рецидивов до 15-30%, что определяет необходимость их широкого внедрения в практической урологии.

Литература

1. Колосов А.Е. Рецидивы злокачественных опухолей. Киров. 1995. с.176-185.
2. Матвеев Б.П., Шипило В.И., Гоцадзе Д.Т. Частота рецидивов опухолей мочевого пузыря после трансуретральной резекции при комбинированном лечении. Урология и нефрология, 1990,3,53-56.
3. Чепуров А.К., Неменова А.А. Осложнения трансуретральной резекции мочевого пузыря по поводу его опухоли. Урология и нефрология, 1996,2,21-23.
4. Heer H.// The value of second transurethral resection in evaluating patients bladder tumors// Urology 1999, V 162., 74-76.
5. Heney Nm, Ahmed S, Flanagan Mj, Frable W, Corder Mp, Hafermann Md, Hawkins Jr: Superficial bladder cancer : Progression and recurrence. J Urol. 130: 1083-1086 (1983)
6. Kiemeny Lalm, Witjes Ja, Heijbroek Rp, Verbreek Alm, Debruyne Fmj: Predictability Of Recurrent And Progressive Disease In Individual Patients With Primary Superficial Bladder Cancer. J Urol 150: 60-64 (1993)
7. Klan F, Loy V, Huland H: Residual Tumor Discovered In Routine Second Transurethral Resection In Patients With Stage T1 Transitional Cell Carcinoma Of Bladder. J Urol 146: 316-318 (1991)
8. Kohrmann Ku, Woeste M, Kappes J, Rassweiler J, Alken P: Der Wert Der Transurethralen Nachresektion Dein Oberflächlichen Harnblasenkarzinom. Akt Urol 25: 208-213 (1994)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костев Ф.И., Филиппов С.А., Лысенко В.В., Филиппов П.С.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета, Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

A complex approach to prostate cancer treatment at a high PSA level without confirmed regional and distant metastases is grounded. The comparative data of distant results of treatment of 79 patients being examined and differently treated for 3 years are represented. It has been established that simultaneous usage of ray therapy and hormonal therapy in maximum antiandrogen blockade

regime substantially increase the remission percentage and decrease lethality at prostate cancer of the 2nd and 3rd stages.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у мужчин. Ежегодно в Европе регистрируется не менее 80 000 новых случаев этого заболевания. Комбинированное и комплексное лечение в последние годы стало стандартной терапией многих злокачественных опухолей. В настоящее время существуют общепризнанные стандарты лечения больных РПЖ в зависимости от распространенности опухолевого процесса. При ранних стадиях наиболее перспективно радикальное оперативное лечение либо лучевая терапия.(1,2) В случае распространенного рака простаты «золотым» стандартом считается максимальная андрогенная блокада (МАБ) - медикаментозная или хирургическая кастрация в сочетании с гормональной терапией. Однако, отдаленные результаты лечения оставляют желать лучшего. Каждый из методов имеет достаточно осложнений: операция радикальная позадилоная простатэктомия имеет строгие критерии отбора пациентов, а гормонотерапия имеет большое количество сердечно - сосудистых осложнений (до 80 % пациентов в течение первого года применения эстрогенов отмечают приступы стенокардии, нарастание сердечной и циркуляторной недостаточности). (4)

Основным критерием выбора того или иного метода лечения является распространенность опухолевого процесса. Наличие метастатического поражения других органов оценивают обычно по данным уровня простатического специфического антигена (ПСА), рентгенологических (включая КТ), УЗИ и радионуклеидных исследований. Все перечисленные методы имеют существенный процент ошибочной трактовки. (5)

С 1995 года в урологическом отделении Одесского областного онкологического диспансера в процессе отбора пациентов для лучевой терапии при ранних стадиях РПЖ, применяется операция - двухсторонняя подвздошная лимфаденэктомия с морфологическим исследованием регионарных лимфоузлов. Полученные данные сравниваются с предоперационным УЗИ подвздошных лимфатических узлов. Мы отметили значительное количество расхождений в результатах исследований (27, 1 %). Только уровень ПСА достоверно коррелировал с данными морфологического исследования. Поэтому наиболее информативным нам представляется исследование уровня ПСА, особенно соотношения его фракций и плотности. Однако, по данным многочисленных исследователей, представленным на XIV конгрессе EAU в Стокгольме 1999 г. нормальные показатели ПСА не исключают наличие РПЖ, в том числе и генерализованного.

Кроме того, уровень ПСА, являясь иммунологической реакцией, полезен для скрининга и мониторинга РПЖ, но его повышение не позволяет определить локализацию метастазов.

А имеющиеся в нашем распоряжении диагностические методы не всегда обладают достаточной разрешающей способностью. Нами была выделена группа пациентов, у которых при значительном повышении уровня ПСА (более 40 нг/мл), регионарных и отдаленных метастазов выявлено не было. Зная особенности клинического РПЖ, а именно тот факт, что небольшие размеры первичной опухоли не исключают генерализацию процесса (7), у таких пациентов нельзя было ограничиться только локальной терапией. Кроме того, основанием для применения нескольких методов лечения у больных РПЖ послужили особенности морфологического строения опухолей этой локализации.

По данным литературы отмечено, что нередко опухолевые очаги располагаются на значительном расстоянии, в различных долях органа и имеют разное морфологическое строение. Чем больше размер очага, тем чаще в нем выявляются различные опухолевые структуры. В некоторых случаях отмечено слияние в одном опухолевом узле опухолевых зачатков различного гистологического строения, что позволяет, в части случаев, объяснить мозаичность структуры РПЖ. (3,8) Мультицентрическое возникновение опухолевых очагов встречается по данным различных авторов от 24% до 85% случаев.

С 1998 года мы стали применять лучевую терапию в сочетании с МАБ у больных РПЖ во II - III стадии, при значительном повышении уровня ПСА и отсутствии подтвержденных метастазов. Целью данной работы было сравнение отдаленных результатов лечения локального РПЖ при использовании различных методов лечения.

Всего под наблюдением находилось 79 больных РПЖ. У 41 из них была II стадия заболевания, у 38 - III стадия. Диагноз был установлен на основании данных пальцевого ректального исследования предстательной железы, исследования уровня ПСА, УЗИ, рентгенологического обследования. У всех пациентов диагноз был морфологически подтвержден путем пункционной промежностной биопсии предстательной железы. Регионарные метастазы были исключены путем морфологического исследования подвздошных лимфатических узлов после двусторонней тазовой лимфаденэктомии. Отдаленные метастазы исключались данными УЗИ и рентгенологического обследования. Наблюдаемые пациенты были разделены на

три группы: 34 получили только лучевую терапию на область предстательной железы СОД 60 – 72 Гр. в два этапа, 25 – получили аналогичный курс лучевого лечения в сочетании с МАБ (6), которая осуществлялась применением золадекса 3,6 мг п/к 1 раз в 28 дней, либо двусторонней орхидэктомией в сочетании с антиандрогенами (Андрокур – депо 300 мг в/м 1 раз в 14 дней, либо Флуцином 750 мг в сутки внутрь) или эстрогенами в высоких дозировках (Эстрадурин 240 – 320 мг в/м 1 раз в 28 дней. 20 пациентов получали только гормональную терапию в режиме МАБ.

Результаты терапии оценивались по субъективным и объективным признакам. К субъективным относились оценка самим пациентом качества мочеиспускания и качества жизни. К объективным – пальцевое ректальное исследование предстательной железы, исследование уровня ПСА, УЗИ и контрольная пункционная биопсия простаты, в случае необходимости.

Сравнительная характеристика отдаленных результатов лечения

метод лечения	лучевая терапия		лучевая терапия + гормонотерапия в режиме МАБ		гормоно-терапия	
	ст II n = 26	ст III n = 8	ст II n = 15	ст III n = 10	ст II	Ст III N = 20
Ремиссия заболевания	13 (50,1%)	4 (50%)	11 (73,4%)	7 (70%)		9 (45%)
Прогресси- рование заболевания	10 (38,4%)	3 (37,5%)	3 (20%)	2 (20%)		6 (30%)
Смертность	3 (11,5%)	1 (12,5%)	1 (6,6%)	1 (10%)		5 (25%)

Как видно из таблицы, процент ремиссии при лучевой терапии и при гормонотерапии мало различались, но комбинированное применение лучевой терапии и гормонотерапии значительно повышало процент ремиссии и снижало смертность как во II, так и в III стадии заболевания. Высокая смертность при изолированной гормонотерапии была обусловлена генерализацией опухолевого процесса на фоне развившейся вторичной гормонорезистентности у 2 пациентов и наступившей декомпенсацией сердечно – сосудистой патологии у 3 пациентов.

Таким образом, анализируя собственный клинический опыт и данные литературы, мы пришли к выводу, что сочетание лучевой терапии на область предстательной железы и гормонотерапии в режиме МАБ, существенно улучшает отдаленные результаты лечения РПЖ, является логичным и патогенетически обоснованным.

Учитывая особенности морфологии РПЖ, перспективным будет изучение отдаленных результатов комплексного лечения в зависимости от гистологического строения опухоли и степени ее дифференцировки.

Литература

1. Алиев Б. М., Матвеев Б. П., Ткачев С. И. / Урол. и нефр./ - 1986 г. - № 6 – с. 37 – 41
2. Алиев Б. М., Ткачев С. И. / Вест. рентген. и радиол. / - 1987 г. - №5 – с. 71 – 76.
3. Бялик В. В., Пинчук В. Г. Патологическая анатомия и ультраструктура нодозной гиперплазии простаты и рака предстательной железы. Изд. « Наукова думка » 1977 г.
4. Портной А. С., Бегунов А. В. / Урол. и нефр. / - 1992 г. - № 1 - с. 6 – 11.
5. Ошибки клинической онкологии. / Руководство для врачей под редакцией В. И. Чиссова А. Н. Трахтенберга./ М. медицина. – 1993 г. – с. 470 – 476.
6. Фернан Лабри. Последние достижения гормональной терапии рака простаты. Тезисы докладов симпозиума «Современные подходы к лечению онкоурологических заболеваний» Москва – 1998 г.с. 2-4.
7. Е. Шуберт, Е. Венерт / Урол. и нефр. / - 1985 г. - № 6
8. S. Khoury, C. Chatelain, G. Murphy, L. Denis. Prostatae cancer. FII S et RGP 1999 г. – с. 390 – 411 439 – 447.