

выделение долей простаты в пределах капсулы специальной петлей с последующим измельчением их на фрагменты и удалением.

В урологическом центре Дорожной клинической больницы на станции Горький ОАО «РЖД» в период с мая 2008г. по апрель 2009г. выполнена 41 операция – трансуретральная энуклеация простаты. Средний возраст оперированных больных составил 64 года. Средний объем удаленной железы – около 120 см³ (от 60 до 220 см³). Среднее время операции составило около 2 часов (от 1 часа 00 мин до 3 часов 15 мин). Причем достаточно много времени занимала морцелляция долей простаты, которая выполнялась стандартной биполярной петлей. Операция проводилась с помощью биполярного резектоскопа фирмы «Olympus». В качестве ирригационной жидкости использовался 0,9% раствор хлорида натрия. Количество израсходованного физ. раствора – в среднем 40 л (от 27 до 55л). Время дренирования уретральным катетером после операции – в среднем 3 дня (от 2 до 5 дней). Из осложнений в раннем послеоперационном периоде следует отметить кровотечение, потребовавшее повторного оперативного вмешательства – ТУРис с коагуляцией сосуда.

Таким образом, первый опыт применения трансуретральной энуклеации простаты показывает высокую эффективность и минимальную инвазивность при оперативном лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров. Основным преимуществом перед стандартной ТУР является меньшая кровопотеря при операции, более четкая визуализация капсулы простаты и, как следствие, более радикальное удаление гиперплазированной ткани. Применение в перспективе морцеллятора для удаления энуклеированных долей простаты позволит значительно уменьшить общее время операции и улучшить результаты лечения данной категории больных.

РОЛЬ ОЦЕНКИ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. В. Сивков, В. Н. Ощепков, Н. Г. Кешишев,
Э. З. Рабинович (Москва)

Введение. Ряд исследований последних лет свидетельствует о нейроэндокринной активности клеток рака предстательной железы при

переходе от гормонозависимого к гормонорезистентному состоянию. При этом важным этапом диагностики при гормонорезистентном раке предстательной железы (ГРРПЖ) является определение экспрессии рецепторов к соматостатину (РС) и основного биомаркера нейроэндокринных опухолей – хромагранина-А (ХрА) в плазме крови.

Материалы и методы. Визуализация РС осуществлена у 5 больных ГРРПЖ с помощью нового диагностического препарата Октреотид ¹¹¹In, (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия) с использованием стандартной гамма-камеры. Комбинированная терапия проведена 27 больным ГРРПЖ. Она включала назначение длительно действующего аналога соматостатина – октреотида-депо и дексаметазана на фоне антиандрогенной блокады или хирургической кастрации. Комбинированное лечение было назначено 20 пациентам до курса системной химиотерапии (1-я группа) и 7 больным – после развития резистентности к химиотерапии таксотером (2-я группа). У всех пациентов определяли ПСА до лечения и 1 раз в месяц в последующем. Оценивали общий статус по шкале ECOG и болевой синдром по 6-балльной шкале. У отдельных больных определяли уровень хромагранина А (ХрА) в плазме крови до и в процессе комбинированной терапии.

Результаты. У 4 из 5 больных РС были выявлены как в первичной опухоли, так в лимфоузлах и скелете, что подтверждает нейроэндокринную активность ГРРПЖ. Исходный уровень ПСА, в среднем, составил 76 нг/мл и 14 нг/мл в 1-й и 2-й группах соответственно. Анализ полученных данных показал, что 70 % больных 1-й группы ответили на комбинированную терапию падением или стабилизацией ПСА, снижением интенсивности боли и улучшением качества жизни. Регрессия заболевания отмечена у 10 больных (50 %), стабилизация – у 4 (20 %), отсутствие ответа – у 6 (30 %). Во 2-й группе ответ на комбинированное лечение отмечен у всех 7 пациентов. Время до прогрессирования заболевания (ВПр) было связано с выраженностью ответа на лечение. У пациентов, ответивших снижением ПСА на 50 % и более (группа А), ВПр было существенно длительнее, чем у больных, которые отвечали незначительным снижением ПСА или его стабилизацией (группа В). В группе «А» ВПр составило 7-15 мес., а в группе «В» – 4-6 мес. Начальный уровень ХрА хорошо коррелировал с ВПр, но не с исходным уровнем ПСА. Изменения ХрА в процессе комбинированного лечения не были связаны с изменениями уровня ПСА.

Заключение. Целесообразно определение соматостатиновых рецепторов и ХрА в качестве диагностических и прогностических критериев у больных ГРРПЖ. Применение новых методов диагностики и

лечения ГРПЖ, учитывающих нейроэндокринный статус опухоли, позволяет оптимизировать выбор и чередование адекватных терапевтических подходов, что обеспечивает достижение обнадеживающих клинических результатов, в том числе улучшение качества жизни больных и увеличение времени до прогрессирования заболевания.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

К. Е. Трубникова, И. В. Румянцева,
Т. Н. Назаров (Санкт-Петербург)

Цель исследования. Выявить диагностическую значимость эхографии в оценке состояния репродуктивной системы у мальчиков-подростков с задержкой физического и полового развития (ЗФПР).

Материалы и методы. Были обследованы 13 мальчиков-подростков в возрасте 13-17 лет с ЗФПР (основная группа). Контрольную группу составили 20 человек в возрасте 13-17 лет, у которых физическое и половое развитие соответствовало возрастной норме. Исследование включало внешний осмотр гениталий, оценку физического развития, развитие вторичных половых признаков по Таннеру, эхографию предстательной железы и яичек, оценку уровня гормональных показателей (пролактина, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона, Т3, Т4, тиреотропного гормона (ТТГ), антитела к тиреопероксидазе). УЗИ предстательной железы проводили трансабдоминально на ультразвуковом сканере Hitachi-6500 конвексным датчиком 3,5 МГц, УЗИ яичек – линейным датчиком 12 МГц.

Результаты. По данным исследования, у подростков контрольной группы физическое развитие было среднее, гармоничное. Стадия полового созревания соответствовала IV стадии по Таннеру. В основной группе отмечена задержка физического и полового развития (I-II – по Таннеру). Гормональные показатели в контрольной группе соответствовали норме, а в основной группе наблюдалось в 76,9% (10 человек) снижение уровня тестостерона и повышение уровня ФСГ, у 23,1% (3 человека) – повышение уровня антител к тиреопероксидазе и к тиреоглобулину. Объем предстательной железы в контрольной