

старше – 0% заболели женщины с семейной историей рака и 8,2% – в группе спорадического рака соответственно.

При анализе негенетических факторов удельный вес факторов соматической патологии (наличие патологии печени, ожирения) в группе спорадического рака с люминальным В-иммунофенотипом был достоверно выше ($56,3 \pm 8,1$ против $24,3 \pm 7,6$), чем в группе «семейного». И, напротив, удельный вес репродуктивных факторов риска был достоверно выше в группе «семейного» рака с люминальным В-иммунофенотипом ($51,4 \pm 4,5$ против $26,4 \pm 7,8$).

Заключение. Люминальный В-иммунофенотип РМЖ имеет отличительные особенности в группах спорадического и «семейного» рака. В группе «семейных» ЗНО молочной железы возраст пациенток достоверно ниже, преобладают факторы риска репродуктивной системы, в то время как в группе спорадического рака с люминальным В-иммунофенотипом возраст пациенток выше и преобладают факторы риска хронической соматической патологии.

Самуйленкова О.В.^{1,2}, Бычкова Е.Ю.¹

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ALK-СТАТУСА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

¹КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;
²Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия

В настоящее время назначение многих диагностических и лечебных мероприятий в онкологии основывается на статистической вероятности получения эффекта, зачастую без учета каких-либо индивидуальных характеристик пациента. Но частота ответа новообразований на лечение противоопухолевыми препаратами находится в пределах 20–40%; таким образом, часть онкологических больных могут получать дорогостоящие лекарственные схемы без заметного результата. Поэтому в последние годы ведется поиск методов, позволяющих прогнозировать эффективность того или иного лечения. Примером такой направленной терапии является применение ингибитора тирозинкиназы ALK – кризотиниба, который назначается только при выявлении транслокации гена *ALK*. Недавние исследования подтвердили, что иммуногистохимическое исследование (ИГХ) является достаточно чувствительным и специфическим методом для определения *ALK*-статуса. Этот метод является надежной и экономически более дешевой альтернативой FISH.

На сегодняшний день подобные исследования делают только в трех городах России: Москве, Барнауле и Ростове-на-Дону. Причем первыми определение *ALK*-статуса при немелкоклеточном раке легкого начали проводить в патологоанатомическом отделении ГУЗ «АКОД» еще в апреле 2014 г. При отработке методики проводилось ретроспективное исследование

50 случаев больных аденокарциномой легкого за последний год с последующим определением транслокации гена *ALK* методом FISH в лаборатории молекулярной диагностики ГБУЗ МГОБ № 62 (Москва). Результаты данных исследований совпали в 100%.

Материалом для исследования служат парафиновые блоки, содержащие опухолевую ткань, полученную при биопсии как на этапе диагностики, так и во время операции, а также ткань из рецидива опухоли. Для проведения ИГХ-реакции отбираются только EGFR-негативные аденокарциномы. Исследование экспрессии *ALK* предполагает просмотр серийных срезов опухолевой ткани, окрашенных гематоксилином и эозином с последующей иммуногистохимической реакцией с антителами VENTANA анти-*ALK* (D5F3). Позитивным считается результат при наличии яркого гранулярного цитоплазматического окрашивания любой доли опухолевых клеток.

С ноября 2014 г. ПАО ГУЗ «АКОД» проводит определение *ALK*-статуса при аденокарциноме легкого для больных как Алтайского края, так и других регионов Сибири. Всего проведено 173 исследования: Алтайский край – 92, Иркутск – 51, Новосибирск – 23, Красноярск – 6, Томск – 1. В 20 случаях проведенная ИГХ-реакция была оценена как позитивная. Процент *ALK*-позитивных опухолей составил 1,15%, что является гораздо меньшим показателем по сравнению с данными, приводимыми в литературе (около 7%).

Таким образом, востребованность проведения ИГХ-определения *ALK*-статуса при аденокарциноме легкого представляется достаточно очевидной и в ближайшее время должно войти в практику, как рутинный метод.

Сихвардт И.А., Леонов О.В., Копыльцов Е.И., Мажбич М.С.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРИ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТВЕЗИКУЛЭКТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

БУЗ Омской области «Клинический онкологический диспансер», г. Омск, Россия

За последнее десятилетие заболеваемость раком предстательной железы существенно возросла, и к настоящему времени это заболевание занимает второе место среди онкологических заболеваний у мужчин в развитых странах. Основным и стандартным методом лечения локализованного рака предстательной железы является радикальная простатвезикулэктомия. Выполнение радикальной позадилонной простатвезикулэктомии сопряжено с риском развития эректильной дисфункции и недержания мочи. Необходимо отметить, что клинически значимое недержание мочи после позадилонной простатвезикулэктомии может сохраняться в период от 3–6 до 12 мес. В Российской Федерации у 5–65% пациентов после позадилонной простатвезикулэктомии встречается недержание мочи различной степени выраженности. Недержание мочи после простатвезикулэктомии, требующее использование урологиче-

ских прокладок, крайне неблагоприятно влияет на качество жизни больных раком предстательной железы, ограничивая их жизненную активность.

Цель исследования – оценить влияние восстановления фасции Денонвиллье при выполнении простатвезикулэктомии у больных раком предстательной железы на функцию удержания мочи, объем кровопотери и длительность операции.

Материал и методы. Нами за период с 2011 по 2014 г. у 27 мужчин выполнена простатвезикулэктомия с восстановлением фасции Денонвиллье по разработанной оригинальной методике. Средний возраст пациентов на момент операции составлял $63,5 \pm 3,7$ года. На диагностическом этапе уровень простатспецифического антигена $23,11 \pm 5,9$ нг/мл, объем предстательной железы $36,6 \pm 8,2$ мл и среднее значение индекса Глиссона после биопсии предстательной железы $5,84 \pm 1,1$. Сопутствующая патология была компенсированной, не утяжеляла течения опухолевого процесса и не ограничивала возможности проведения оперативного пособия.

Техническое исполнение простатвезикулэктомии не отличалось от традиционного выполнения оперативного вмешательства. Особенностью являлось то, что перед формированием уретровезикального анастомоза за задней стенкой мочевого пузыря сшивались латеральный правый и левый листки висцеральной фасции мочевого пузыря. Получалась конусообразная шейка мочевого пузыря, циркулярно покрытая висцеральной фасцией пузыря. Для полного восстановления тазовой капсулы созданная циркулярная висцеральная фасция мочевого пузыря по его задней поверхности сшивалась с каудальным краем фасции Денонвиллье. Таким образом удавалось восстановить при формировании уретровезикального анастомоза целостность фасции Денонвиллье (приоритетная справка № 2014132990 от 11.08.14). Согласно критериям прогноза, 6 пациентам выполнена расширенная лимфодиссекция, в остальных наблюдениях объем стандартный ($n=21$). После операции на 10-е сутки всем пациентам удаляли уретральные катетеры. Контроль удержания мочи проводили с помощью метода суточного мониторинга количества выделенной мочи в урологические прокладки (1 г равен 1 мл) в сроки от 1 сут до 3 мес.

Результаты и обсуждение. Для профилактики недержания мочи после простатвезикулэктомии нами замещен недостающий фрагмент фасции Денонвиллье между краниальным и каудальным концами, используя латеральные правый и левый листки висцеральной фасции мочевого пузыря для задней стабилизации уретровезикального анастомоза при восстановлении брюшно-промежностной фасции малого таза. Предоперационный койко-день составил $1,3 \pm 1,0$ сут. Длительность оперативного вмешательства – $129,5 \pm 10,4$ мин. Интраоперационная кровопотеря – 510 ± 76 мл. Среднее значение индекса Глиссона после операции $5,96 \pm 1,5$. Послеоперационный койко-день равен $14,1 \pm 1,0$ сут. В общем, пациенты находились в стационаре $16,5 \pm 0,5$ сут.

Клинические рекомендации с высокой степенью достоверности указывают на то, что после позадилонной простатвезикулэктомии выраженное стрессовое недержание мочи встречается в 0–15,4% случаев и легкое стрессовое недержание мочи в 4,0–50,0% случаев после простатвезикулэктомии.

После проведения простатвезикулэктомии с восстановлением фасции Денонвиллье по оригинальной методике удерживали мочу в 1-е сутки после удаления катетера 51,8% ($n=14$) оперированных, через 1 мес 81,4% ($n=22$) пациентов, а уже через 3 мес все 100% ($n=27$) мужчин. На всех этапах исследования нами отмечено уменьшение потери мочи. Восстановление фасции Денонвиллье явилось независимым положительным фактором, способствующим удержанию мочи в послеоперационном периоде пациентами после простатвезикулэктомии.

Заключение. Выполнение простатвезикулэктомии с восстановлением фасции Денонвиллье значительно улучшает функцию удержания мочи у больных раком предстательной железы, не увеличивая длительность операции и объема кровопотери. Предлагаемый способ позволяет достигнуть стабилизации уретровезикального анастомоза при восстановлении фасциальных анатомических образований малого таза, что способствует снижению числа послеоперационных осложнений, улучшая качество жизни оперированных пациентов.

Скрябина Л. С.^{1,2}, Россоха Е.И.^{1,2}, Авдалиян А.М.^{1,2}, Федоскина А.В.¹

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

¹КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;
²Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», г. Барнаул, Россия

В России существует много проблем, связанных с диагностикой и лечением нейроэндокринных опухолей (НЭО). Нет национального регистра по учету НЭО и в связи с этим данных о распространенности патологии. В настоящее время нейроэндокринный рак включается в общую статистику злокачественных новообразований по органной принадлежности. В национальном регистре злокачественных опухолей не существует диагноза «нейроэндокринная опухоль». Это препятствует получению данных о заболеваемости и смертности. Есть проблемы в диагностике и лечении данных заболеваний. Большинство патолого-анатомических и биохимических лабораторий не располагают возможностями для диагностики НЭО. Новые препараты, эффективность которых при НЭО была доказана в международных клинических исследованиях, длительное время проходят регистрацию в России, что также ограничивает возможности терапии НЭО на современном уровне.

Сложность проблемы заключается в том, что нейроэндокринные опухоли, несмотря на общие характеристики, отличаются большим разнообразием. К группе НЭО относятся карциноиды, мелкоклеточный рак, феохромоцитомы, параганглиомы, эндокринные опухоли поджелудочной железы (гастриннома, инсулинома, глюкагонома, соматостатинома), адренокортикальный рак, медуллярный рак щитовидной железы, опухоли аденогипофиза.

В диагностике заболеваний помогает определение продукции специфических маркеров в крови и