

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 уретральную катетер. 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 –  $510 \pm 76$  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.<sup>1,2</sup>, Россоха Е.И.<sup>1,2</sup>, Авдалиян А.М.<sup>1,2</sup>, Федоскина А.В.<sup>1</sup>*

## НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

<sup>1</sup>КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;  
<sup>2</sup>Алтайский 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), адреналкортикальный рак, медуллярный рак щитовидной железы, опухоли аденогипофиза.

В диагностике заболеваний помогает определение продукции специфических маркеров в крови и

ткани. Данные свойства НЭО активно используются в современной диагностике. Окончательная верификация проводится с помощью ИГХ-исследования. В Алтайском крае за 10 лет, за период 2004–2014 гг., выявлено 249 первичных больных эндокринными опухолями. В своем исследовании мы попытались проанализировать заболеваемость эндокринными опухолями за период 2013–2014 гг. Всего выявлено 68 человек, из них 38 мужчин (средний возраст 53,2 ода.) и 30 женщин (средний возраст 54,4 года). Мы выбрали 2 морфологических варианта НЭО: № 8240/3 Карциноид БДУ и № 8245/3 Нейроэндокринный рак.

При анализе локализаций выявлено: С16 (рак желудка) – 16; С17 (рак тонкой кишки) – 4; С18 (рак ободочной кишки) – 2; С20 (рак прямой кишки) – 3; С25 (рак поджелудочной железы) – 7; С34 (рак легкого) – 21; С44 (рак кожи) – 2; С48 (рак забрюшинного пространства) – 4; С50 (рак молочной железы) – 2; С5–С67 (опухоли малого таза) – 7.

Локализация НЭО при первичной диагностике: локализованные – 27 (40%), с регионарными метастазами – 19 (28%), с отдаленными метастазами – 22 (32%).

Функциональная активность опухоли: нефункционирующие НЭО – 44 (65%), функционирующие НЭО – 24 (35%).

Стадии НЭО: I – 14 (20,6%), II – 6(8,8%), III – 10(14,7%), IV – 8(11,8%), без стадии – 30(44,1%).

Лечение: Локализованные НЭО – хирургический метод.

Распространенный опухолевый процесс и рецидивы:

- Циторедуктивные операции.
- Радиочастотная абляция.
- Эмболизация и химиоэмболизация метастазов печени.
- Лекарственная терапия (схемы: EP, TC, TX, DX, XELOX, аналоги соматостатина, иммунотерапия, биотерапия).

#### Стандарт при морфологической диагностике нейроэндокринноклеточных неоплазий

1. Проводка через вакуумный гистологический процессор.

2. Срезы толщиной 3–4 микрона.

3. Покраска гематоксилином и эозином.

4. Визуализация:

А. Оценка полиморфизма.

Б. Оценка митотической активности.

5. Иммуногистохимическая реакция со стандартом антител:

синаптофизин, хромогранин А, нейронспецифическая энолаза, белок S-100, Ki-67 для оценки индекса пролиферации.

6. Заключение.

Клинический случай: Б о л ь н о й К . , 16.01.49 гр.

Диагноз: нейроэндокринный рак БДС (большого дуоденального сосочка) Т3N1M0 IIb стадия.

05.09.08 гастропанкреатодуоденальная резекция по поводу опухоли поджелудочной железы в городской больнице № 5. Г/д №188503-4 от 08.09.08 (гастродуоденальный комплекс с опухолью области фатерова сосочка) – рост злокачественной опухоли, больше данных за злокачественную лимфому с прорастанием БДС, дуоденума, головки поджелудочной железы. ГД № 16663-4 (лимфатический узел из ге-

патодуоденальной связки) – в лимфатическом узле рост злокачественной неходжкинской лимфомы. При поступлении в отделение химиотерапии обнаружены множественные метастазы в печени (УЗИ и КТ брюшной полости). Консультация в АКОД № 934 от 16.10.08 – иммуногистохимическая картина соответствует злокачественному эндокринноклеточному раку.

Больному было начато лечение по схеме СНОР-21. Получена полная клиническая ремиссия после 6 курсов. С марта 2014 г. отмечается вновь ухудшение состояния: лихорадка, потеря массы тела, слабость. При обследовании обнаружено поражение печени (УЗИ, КТ брюшной полости, пункция пораженных участков под контролем УЗИ).

ИГХ № 0700440 от 08.05.14 – дистрофия гепатоцитов, воспалительная инфильтрация, нейроэндокринный рак.

Прошел 6 курсов химиотерапии по схеме карбоплатин 450 мг и этопозид 200 мг 3 дня с перерывом 21 день. Сохраняется частичный ответ (50%). Осложнение – анемия II степени.

В настоящее время получает иммунотерапию, терапию сандостатином. Остается анемия I степени.

Дата исследования: 11.04.14. Пациент: М/66 лет.

#### Иммуногистохимические исследования

– Хромогранин А: негативно в клетках опухоли, позитивно в эндокринно-клеточном компоненте поджелудочной железы (островковом аппарате).

– Синаптофизин: позитивно в клетках опухоли (цитоплазматическая реакция в 100% клеток) и в островках поджелудочной железы.

– Cytoker (pan): негативно в клетках опухоли, позитивно в эпителиальном компоненте (слизистая кишки, поджелудочная железа).

– CD-45: негативно в клетках опухоли, позитивно в лимфоцитарном инфильтрате.

**Гистологическое исследование** №К 14-13078 I 14-13941

– Блоки №I 14-13941/11277, I 14-13941/11278, I 14-13941/11279, I 14-13941/11280, K 14-13078/10549, K 14-13078/10550

– Количество блоков: 6

Заключение: морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют нейроэндокринноклеточной карциноме высокой степени злокачественности.

**Заключение.** Для практической медицины важным является популяризации знаний о НЭО среди врачей различных специальностей, разработка и внедрение национальной программы по диагностике и лечению этой патологии.

*Скрябина Л.С.<sup>1,2</sup>, Россоха Е.И.<sup>1,2</sup>, Лазарева Д.Г.<sup>1,2</sup>, Задонцева Н.С.<sup>1,2</sup>, Нечунаева Т.Г.<sup>1,2</sup>*

#### ЛИМФОМА ХОДЖКИНА И БЕРЕМЕННОСТЬ

<sup>1</sup>КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»;

<sup>2</sup>Алтайский филиал ФГБНУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина», г. Барнаул, Россия

За последние годы достигнуты большие успехи в лечении лимфомы Ходжкина, что позволяет молодым пациенткам иметь хороший прогноз на продол-