

22 дней после операции. Объем одного мочеиспускания на момент выписки составлял от 80 до 250 мл. У двух пациентов от закрытия надлобкового свища пришлось воздержаться из-за недержания мочи. У одного пациента в отдаленном периоде развилась стриктура цистоуретрального анастомоза, что потребовало ТУР шейки мочевого пузыря.

Таким образом, для улучшения результатов оперативного лечения рака предстательной железы, мы считаем необходимым соблюдение следующих условий: 1. адекватный подбор больных для подобных операций; 2. использование современных технологий (медицинский инструментарий, шовный материал, уретральные катетеры с антибактериальной пропиткой и др.); 3. наличие условий для реабилитации больных после простатэктомии.

Внедрение в клиническую практику простатэктомии как единственного на сегодняшний день радикального хирургического метода лечения РПЖ ставит перед клиницистами целый ряд проблем, наиболее существенные из них – стриктура пузырно-уретрального анастомоза, недержание мочи, снижение эректильной функции. Перспективными направлениями в решении этих проблем, на наш взгляд, являются: 1. совершенствование ранней диагностики РПЖ (диспансерное наблюдение пациентов “групп риска”); 2. расширение показаний для простатэктомии у молодых пациентов с одиночными метастазами в регионарные лимфоузлы либо в случае выхода опухоли за пределы простатической капсулы (ст. Т-3) в комбинации с МАБ и ДГТ; 3. разработка аппаратов для наложения цисто-уретрального анастомоза; 4. разработка и внедрение методик эндоскопической коррекции недержания мочи у пациентов, перенесших простатэктомию; 5. совершенствование хирургической техники простатэктомии с учетом необходимости сохранения кровоснабжения и иннервации.

## **ПРЕДЛУЧЕВАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

*Карташов М.В., Бенцион Д.Л., Баянкин С.И.*  
г. Екатеринбург

Опухоли орофарингеальной зоны составляют около 4% в общей структуре злокачественных новообразований и примерно в 2% являются причиной смерти. Среди опухолей данной локализации плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки встречается в 75-80%.

Более чем у 70% больных опухоли головы-шеи диагностируются в III-IV стадии заболевания. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении этой патологии, за последние 30 лет не отмечено значительного увеличения выживаемости. 5-летняя выживаемость не превышает 55% для всех стадий. В лечении пациентов традиционно используются хирургический, лучевой и лекарственный методы в различной комбинации и последовательности. Для пациентов III-IV стадий основным остается консервативное лечение, стандартом которого сегодня считается химиолучевая терапия.

Успех лучевой терапии в значительной мере определяется качеством предлучевой подготовки, которая включает в себя топометрическую разметку и планирование дистанционной лучевой терапии. Наиболее точными и современными методами предлучевой подготовки являются применение спиральной КТ для получения требуемого количества аксиальных сканов пациента, передача данных сканов по сети в трехмерную планирующую систему и проведение оптимального расчета плана облучения с участием врача-радиолога, врача-топометриста и инженера-физика. Для контроля качества лучевой терапии важным компонентом является применение рентгеновского симулятора и систем портальной верификации непосредственно на лечебном аппарате.

В соответствии с общепринятыми рекомендациями нами проведена предлучевая подготовка 45 пациентов с местнораспространенным раком орофарингеальной зоны. На догоспитальном этапе пациентам выполнялась диагностическая КТ с контрастированием. Первым этапом предлучевой подготовки проводилось КТ-сканирование на спиральном томографе Philips Tomoscan AVE1 с болюсным контрастным усилением (омнипак, ультравист 50 мл) скорость 2,5 мл/сек. Зона интереса включала первичную опухоль и все локорегионарные зоны (сверху – основание средней черепной ямки, снизу – грудинно-ключичное сочленение). Длина сканирования составляла от 16 до 22 см в зависимости от конституции пациента. Топометрия проводилась в положении больных на спине с вытянутыми вдоль туловища руками, голова фиксировалась на подголовнике с помощью индивидуальных термопластических масок. Сканирование проводилось с шагом 5 мм и толщиной скана 5 мм, индекс движения стола составлял 1,5 от толщины выделяемого слоя с индексом реконструкции (восстановления) 5 мм. Полученные изображения передавались по сети на планирующую систему Helax TMS 4.0B, где осуществлялось планирование лучевой терапии. После оконтуривания объемов мишени (GTV, CTV, PTV) и критических структур (спинной мозг, слюнные железы, хрусталики) проводился подбор количества, формы, размеров и направления полей. Для под-

бора этих параметров широко использовались плоскостные изображения и цифровые реконструированные рентгенограммы (DRR). Оптимизация планирования осуществлялась на основании анализа доз-объемных гистограмм.

При проведении КТ-топометрии было выяснено, что 89% плоскоклеточных опухолей интенсивно накапливают контрастное вещество. Максимум контрастного усиления наблюдался на 30-40 секундах от введения контрастного вещества. У 34% больных с помощью КТ с усилением удалось выявить поражение регионарных лимфоузлов, оценить характер накопления контрастного вещества в них, в 45% случаев удалось дифференцировать не увеличенные лимфатические узлы от мелких сосудов в зоне исследования. Применение спиральной техники сканирования позволило в 1,5 раза снизить количество выполняемых сканов без потери качества информации, что сэкономило ресурсы и снизило облучение пациента. Использование для планирования облучения топометрической информации, полученной при спиральной КТ-топометрии, позволяет с высокой точностью проводить анализ дозного распределения в мишени и критических структурах. Это позволяет снизить риск лучевых повреждений спинного мозга и других органов, а также повысить точность облучения зоны клинической мишени.

Данная технология предлучевой подготовки легла в основу алгоритма комплексного лучевого диагностического обследования, предлучевой топометрической подготовки больных опухолями головы-шеи и внедрена в практику Свердловского областного онкологического диспансера.

## **МЕЗОТЕЛИОМЫ В СОСТАВЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*Кашинский С.В., Бердников Р.Б., Бабаев Ю.А.*  
г. Екатеринбург

Мезотелиомы относятся к числу редких новообразований, распространенность которых в общей популяции, как правило, не превышает 1-2 случаев на 1 млн. населения в год. Еще реже встречаются мезотелиомы в составе первично-множественных опухолей. Среди более 4000 клинических описаний и упоминаний мезотелиом всех локализаций, собранных нами в русскоязычной медицинской литературе, мы нашли всего 12 (0,3%) случаев полинеоплазий, в составе которых были мезотелиомы, и в одной публикации рак пищевода сочетался с опухо-