

1. Акрамов Н.Р. Детская эндокринология и андрология. Парахирургические аспекты лечения мальчиков с гипоспадией / Н.Р. Акрамов, Г.Г. Шарабидзе // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2010. — №5. — С. 39–48.
2. Каганцов И.М. Операция ТПР при хирургической коррекции проксимальных форм гипоспадии у детей / И.М. Каганцов, Н.Р. Акрамов // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2014. — №1. — С. 59–63.
3. Каганцов И.М. Хирургическая коррекция гипоспадии у детей : автореф. ... докт. мед. наук. – Ростов н/Д, 2015. – 43 с.
4. Каганцов И.М. Хирургическая коррекция тяжёлых форм гипоспадии у детей // Казанский медицинский журнал. — 2012. — №2. — С. 255–260.
5. Рудин Ю.Э. Выбор метода коррекции проксимальной гипоспадии в детском возрасте / Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, К.М. Сайедов // Экспериментальная и клиническая урология. — 2014. — №1. — С. 81–87.
6. Рудин Ю.Э. Оптимизация пластики уретры при лечении детей с дистальной и среднестволовой гипоспадией / Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. — №2. — С. 20–26.
7. Урология: национальное руководство / под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
8. Шангичев В.А. Хирургическое лечение осложнений первичной уретропластики при гипоспадии : автореф. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2010. – 26 с.
9. Ширяев Н.Д., Каганцов И.М. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей. (Часть I – гипоспадия) : моногр. – Сыктывкар, 2012. – 144 с.

УДК 616.146-006.6-085

**Жигимонт А.В., Здрок В. С.
ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ
ТЕРАПИИ**

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Гродненский государственный медицинский университет
Беларусь, Республика Беларусь

**Zhigimont A.V., Zdrok V.S.
EVALUATION OF CLINICAL AND LABORATORY METHODS FOR
DIAGNOSTIC OF PROSTATE CANCER AND
MULTICOMPONENT THERAPY**

Department of Radiation Diagnostics and Radiation Therapy
Grodno State Medical University
Belarus, Republic of Belarus

E-mail: v.zdrok@mail.ru

Аннотация. Авторами проанализированы различные схемы терапии рака предстательной железы. Полученные в исследовании данные позволяют утверждать, что гистоморфологическая характеристика опухоли может использоваться в качестве определяющего критерия при выборе тактики ведения пациентов.

Annotation. The authors analyzed various treatment regimens for prostate cancer. The results obtained in the study data suggest that tumor histomorphological feature may be used as a defining criterion for selecting tactics patients.

Ключевые слова: рак предстательной железы, Глиссон, лечение.

Keywords: prostate cancer, Glisson, treatment.

Актуальность. Рак предстательной железы (РПЖ) входит в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин. Рост заболеваемости раком предстательной железы достигает 3% за год, что позволяет прогнозировать удвоение числа регистрируемых случаев к 2030 году. Как показывают эпидемиологические исследования, заболеваемость в различных странах неодинакова. Одно из первых мест по уровню заболеваемости раком предстательной железы занимают США. В Республике Беларусь уровень заболеваемости раком предстательной железы находится на 3 месте после рака кожи и легкого, и составляет 46,3 случая на 100 тыс. мужчин.

Цель исследования – выявления закономерностей в диагностике, а также рецидивировании заболевания в зависимости от проведенного лечения у пациентов с раком предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Ретроспективное когортное исследование. Выборка 64 пациентов. Исследования проводились на базе УЗ «ГУК» в отделении ОНКО – 4 за период 2017 год. Критериями включения являлись: мужской пол, наличие верифицированного заболевания – рак предстательной железы.

Результаты исследования и их обсуждение. Были обработаны статистические данные пациентов, возраст которых варьировал от 40 до 95 лет. Возрастная группа пациентов от 41-50 лет составила 3%, 51-60 лет – 25%, 61-70 лет – 46,9%, старше 71 лет – 21,8%.

Проанализированы клиничко-лабораторные данные: концентрацию общего ПСА определяли 60(93,75%) пациентам, уровень общего и свободного ПСА исследовали у 12(18,75%). Уровень ПСА в пределах 2,0-2,8 нг/мл наблюдалось у

1,5% пациентов; 2,9-3,8 нг/мл - 0; 4,0-5,3 нг/мл – 6,3%; 5,6-7,2 нг/мл -15,6% и более 10 нг/мл 70,3% пациентов.

Уровень ПСА так же повышается при заболеваниях неопухолевой природы, таких как простатит, ишемия или аденома простаты, при приеме некоторых лекарственных веществ. Поэтому для проведения дифференциальной диагностики применяют ряд индексов, которые, повышают диагностическую точность теста на ПСА: соотношение свободного и связанного ПСА, соотношение уровня общего ПСА к объему предстательной железы. У исследуемых пациентов индекс соотношение свободного и связанного ПСА, наблюдался 18,75% пациентов. Соотношение уровня общего ПСА к объему предстательной железы – 51,63% мужчин, при этом до 0,15 нг/мг/см³ составил – 9,375%, а более 0,15 нг/мг/см³ – 42,189% пациентов. Превышение данного референсного значения с высокой вероятностью свидетельствует о наличии РПЖ. При уровне ПСА 5,6-7,2 нг/мл количество отдаленных рецидивов у пациентов составило 25%. При ПСА более 10 нг/мл – 28,89%.

У исследуемых пациентов сумма баллов по шкале Глиссона до 5 составили 6,25%, при этом отмечено, что генерализованные формы РПЖ в этой группе встречались в 100% случаев, Количество рецидивов в данной группе составило 25%, через 10 лет. Наибольшую группу – 70,3125% – составили пациенты с баллом по Глиссону 5-7. Необходимо отметить, что локализованные формы РПЖ составили 62,22%, распространенные – 37,38%. Количество рецидивов в данной группе пациентов 33,3% в течении 5 лет, 2,2% в течении 10 лет. Сумма баллов по шкале Глиссона 8-10 наблюдалась в 9,375% случаев, Распространенные формы процесса составили в данной группе составили 50%. Наблюдался один случай рецидива в течении 5 лет, это составило 16,6% от всех пациентов в данной группе.

У данных пациентов проводилась комплексная, комбинированная терапия, а также лучевая терапия, химиотерапия и хирургическое лечение. Наибольшая группа пациентов получала лучевое лечение – 37,5%. При данной методике количество рецидивов составило 18,75%, Глиссон при этом составил 5-7. При наличии экстракапсулярного прорастания или с положительным хирургическим краем адьювантная лучевой терапии более успешна. Данная методика может проводиться по разным технологиям: облучение только первичной опухоли; облучение первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов таза; Облучение первичной опухоли и лимфатических узлов таза с включением парааортальной и общей подвздошной групп лимфатических коллекторов.

12,5% пациентов проводило хирургическое лечение. Количество рецидивов при данном методе составляет 31,25%, сумма по Глиссону составила 5-7. Радикальная простатэктомия, несомненно, является наиболее эффективным методом лечения локализованного рака предстательной железы, хотя и сопровождается некоторым ухудшением качества жизни. Главные условия

эффективности данной методики – полное удаление злокачественных клеток. Иначе вероятность рецидивирования повышается до 99,9%.

Поэтому наиболее эффективным методом является комбинированное лечение. Оно включает в себя хирургическое и лучевое лечение. Данный вид терапии проводился 21,88% мужчин. При данной методике отсутствие рецидивов наблюдалось у 46% пациентов.

У 18,75% пациентов проводилась комплексная терапия, она включает в себя одновременное использование лучевой и химиотерапии. Отсутствия рецидивов наблюдалось у 58,3% пациентов.

Выводы.

Сопоставление данных ПСА с гистологической формой аденокарциномы предстательной железы показало, что рецидивирование опухолевого процесса составило 5% от всех случаев, при балле 5-7 – количество рецидивов 80%. Для аденокарциномы предстательной железы с суммарным баллом 8-10, количество рецидивов составило 5% от всех случаев. Частота развития рецидива заболевания различалась в зависимости от степени дифференцировки опухоли, однако результаты лечения в группе брахитерапии не зависели от степени дифференцировки РПЖ и оказывались максимально эффективными.

Список литературы

1. Аль-Шукри С. Х., Ткачук В. Н. Опухоли мочеполовых органов: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 309 с.
2. Sakr W. A., Billis A., Ekman P. et al. Epidemiology of high-grade prostatic intraepithelial neoplasia // Scand. J. Urol. Nephrol. 2000. Vol. 205, № 1. P. 11–18.

УДК 616.14 - 616-005.6:618.3

Коваленко Е.Г., Онохина М.Е., ¹Обоскалова Т.А.,

²Бурлева Е.П., ³Лещинская А.Ю.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ

¹Кафедра акушерства и гинекологии

²Кафедра хирургии, эндоскопии и колопроктологии

³Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Kovalenko E.G., Onokhina M.E., ¹Oboskalova T.A.,

²Burleva E.P., ³Leshchinskaya A.Yu.

VENOUS THROMBOSIS IN PREGNANT WOMEN

¹Department of Obstetrics and Gynecology

²Department of Surgery, Endoscopy and Coloproctology

³Department of Surgical Diseases and Cardiovascular Surgery