

Хирургическая практика

Редакционная коллегия:

Ачкасов Евгений Евгеньевич – профессор кафедры госпитальной хирургии № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова – **заместитель главного редактора**, д.м.н.

Баранов Андрей Игоревич – профессор, заведующий кафедрой хирургии, урологии и эндоскопии ГБОУ ДПО Новокузнецкий ГИУВ, д.м.н.

Винник Юрий Семенович – профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д.м.н.

Каннер Дмитрий Юрьевич – заведующий 5-м хирургическим отделением (абдоминальная онкология) Московской городской онкологической больницы №62, к.м.н.

Корымасов Евгений Анатольевич – профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургии Самарского государственного медицинского университета и Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина, д.м.н.

Кочуков Виктор Петрович – главный внештатный специалист-хирург Управления делами Президента Российской Федерации, заведующий хирургическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления Делами Президента, д.м.н., **главный редактор**

Кукош Михаил Валентинович – профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии, д.м.н.

Лобанков Владимир Михайлович – профессор кафедры фундаментальной медицины факультета медицинской подготовки Псковского государственного университета, д.м.н.

Натальский Александр Анатольевич – доцент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н.

Овечкин Алексей Михайлович – профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н.

Рябов Андрей Борисович – руководитель отдела торакоабдоминальной онкохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, д.м.н.

Самарцев Владимир Аркадьевич – профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Пермской государственной медицинской академии, д.м.н.

Савельев Евгений Викторович – **шеф-редактор**

Тарасенко Сергей Васильевич – профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., **заместитель главного редактора**

Чернышев Игорь Владиславович – профессор, главный уролог Управления Делами Президента РФ, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления Делами Президента, д.м.н., **заместитель главного редактора**

Адрес редакции: 123060, Москва, 1-й Волоколамский проезд, д. 15/16. Тел./факс +7 (499) 196 18 48; e-mail: sp@profill.ru; <http://surgeon-practice.ru>
Подписано в печать 25.09.2016. Формат 60x90/8. Печать офсетная. Тираж 1000 экз. Цена договорная.

Перепечатка опубликованных в журнале материалов допускается только с разрешения редакции. При использовании материалов ссылка на журнал обязательна. Присланные материалы не возвращаются. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. Редакция не несет ответственности за достоверность рекламной информации.

Surgeon practice

Editorial board:

Evgeny Achkasov – M.D., D.Sc. (Medicine), Professor of the Department of Hospital Surgery №1 of the Sechenov First Moscow State Medical University, **Deputy Chief Editor**

Andrey Baranov – M.D., D.Sc. (Medicine), Head of the Department of Surgery, Urology and Endoscopy of the Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine

Yury Vinnik – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department of General Surgery of the Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky

Dmitry Kanner – M.D., Ph.D. (Medicine), Head of the 5-th Department of Abdominal Oncosurgery of the Moscow Municipal Cancer Hospital №62

Viktor Kochukov – Ph.D., Chief Consultant in Surgery-Management Office of the President of the Russian Federation Director of Surgery – Management Office of the President of the Russian Federation. Federal State Institution «United Hospital and Polyclinic», **Chief Editor**

Milhail Kukosh – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department Faculty Surgery of the Nizhny Novgorod State Medical Academy

Evgeny Korimasov – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Surgery Department and Hospital of the Samara State Medical University and Kalinin Regional Clinical Hospital

Vladimir Lobankov – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department of Fundamental Medicine of the Medical Training Faculty of the Pskov State University

Aleksandr Natal'skii – M.D., D.Sc. (Medicine), Assistant Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov

Aleksey Ovechkin – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department of Anaesthesiology and Resuscitation Science of the Sechenov First Moscow State Medical University

Andrey Ryabov – M.D., D.Sc. (Medicine), Head of the Department of Thoracoabdominal Oncosurgery of the Herzen Moscow Oncology Research Institute

Vladimir Samartsev – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department of General Surgery of the Perm State Medical Academy

Evgeniy Savelyev – **Editor in Chief**

Sergey Tarasenko – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, **Deputy Chief Editor**

Igor Chernyshov – M.D., D.Sc. (Medicine), Prof., Chief Urologist of President Administration, Head of the Department of Urology FGBU «United Hospital and Polyclinic» President Administration, **Deputy Chief Editor**

Адрес редакции: Volokolamsky Proezd St., 15/16, Moscow, Russia

Phone: +7 (499) 196-18-48. E-mail: sp@profill.ru;

<http://surgeon-practice.ru>

Subscribed into printing 25.09.2016. Format 60x90/8. Offset Printing.

Copies 1000 экз. Negotiable Price.

Overprinting of published in the journal materials is prohibited without permission of chief editor.

In use of the materials the reference to journal is obligatory.

Received papers and other materials are not subject to be returned.

The authors view point may not coincide with editorial opinion.

Editorial office is not responsible for accuracy of advertising information.

СОДЕРЖАНИЕ

MANU PROPRIA. ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н. В. ЛИЧАК, М. Р. ОРАЗОВ Особенности становления менструальной функции девушек-подростков, проживающих в зонах экологического бедствия	5
Э. В. ШИХИРМАН Особенности выполнения абдоминопластики после массивного снижения веса тела	8
И. В. ЧЕРНЫШЕВ, Р. С. НИЗАМОВА, М. Б. ПРЯНИЧНИКОВА, Е. А. БОРЯЕВ, Е. С. ГУБАНОВ, А. А. ЗИМИЧЕВ Анализ осложнений лечения рака предстательной железы высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком (HIFU)	11
И. В. СЕРГЕЕВ, Э. В. ШИХИРМАН Аугментационная мастопексия после массивной потери веса.	17
А. А. ЗИМИЧЕВ, И. В. ЧЕРНЫШЕВ, Р. С. НИЗАМОВА, Е. С. ГУБАНОВ Совершенствование лечения больных с мышечноинвазивным раком мочевого пузыря с использованием пролонгированной внутривезикулярной химиотерапии	19
Э. С. ТОКАЕВА, М. Р. ОРАЗОВ, Л. К. БАРСЕГЯН Особенности коморбидного статуса у пациенток с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью	24
А. А. ЗИМИЧЕВ, А. С. КОРАБЕЛЬНИКОВ, И. В. ЧЕРНЫШЕВ, Р. С. НИЗАМОВА, Е. С. ГУБАНОВ Место трансуретральной резекции в диагностике рака предстательной железы	27
Л. К. БАРСЕГЯН, М. Р. ОРАЗОВ, Э. С. ТОКАЕВА Факторы риска при эндометриоз-ассоциированной тазовой боли	32
С. В. ТАРАСЕНКО, А. Ю. БОГОМОЛОВ, А. А. НИКИФОРОВ, О. В. ЗАЙЦЕВ, А. А. НАТАЛЬСКИЙ, С. Н. СОКОЛОВА, Т. С. РАХМАЕВ, В. П. КОЧУКОВ, О. А. КАДЫКОВА К вопросу о перспективах определения полиморфизмов генов в диагностике осложненных клинических форм хронического панкреатита	35
НОМАГИУМ. ДАТЬ УВАЖЕНИЯ ВЫДАЮЩИМСЯ СЛУЖИТЕЛЯМ ХИРУРГИИ	
С. В. ТАРАСЕНКО, А. А. НАТАЛЬСКИЙ, Д. С. ОЗЕРОВА, О. В. ЗАЙЦЕВ, О. Д. ПЕСКОВ, А. Ю. БОГОМОЛОВ, В. П. КОЧУКОВ К 140-летию со дня рождения Николая Нилевича Бурденко	40

CONTENTS

MANU PROPRIA. ORIGINAL RESEARCH

<i>N. V. LICHAK, M. R. ORAZOV</i>	5
Formation peculiarities of menstrual function in adolescent girls residing in environmental disaster areas	
<i>E. V. SHIHIRMAN</i>	8
Features of the abdominoplasty after massive loss of body weight	
<i>I. V. CHERNYSHEV, R. S. NIZAMOVA, M. B. PRYANICHNIKOVA, E. A. BORYAEV, E. S. GUBANOV, A. A. ZIMICHEV</i>	11
Analysis of complications of treatment of prostate cancer high-intensity focused ultrasound (HIFU)	
<i>I. V. SERGEEV, E. V. SHIHIRMAN</i>	17
Augmentation mastopexy after massive weight loss	
<i>A. A. ZIMICHEV, I. V. CHERNYSHEV, R. S. NIZAMOVA, E. S. GUBANOV</i>	19
Improvement of treatment of patients with the myshechnoneinvazivny cancer of the bladder about use of the chemotherapy prolonged by instillation of doxorubicin	
<i>E. S. TOKAYEVA, M. R. ORAZOV, L. K. BARSEGYAN</i>	24
Comorbidity and clinical features in patients with endometriosis-associated pain	
<i>A. A. ZIMICHEV, A. S. KORABELNIKOV, I. V. CHERNYSHEV, R. S. NIZAMOVA, E. S. GUBANOV</i>	27
Transurethral resection: place in the diagnosis of prostate cancer	
<i>L. K. BARSEGYAN, M. R. ORAZOV, E. S. TOKAYEVA</i>	32
Risk factors of endometriosis – associated pelvic pain	
<i>S. V. TARASENKO, A. YU. BOGOMOLOV, A. A. NIKIFOROV, O. V. ZAITSEV, A. A. NATALSKII, S. N. SOKOLOVA, T. S. RAKHMAEV, V. P. KOCHUKOV, O. A. KADYKOVA</i>	35
Possibilities determination of polymorphisms of genes in the diagnosis of complicated clinical forms of chronic pancreatitis	

HOMAGIUM. TRIBUTE OUTSTANDING SERVANTS SURGERY

<i>S. V. TARASENKO, A. A. NATALSKII, D. S. OZEROVA, O. V. ZAITSEV, O. D. PESKOV, YU. BOGOMOLOV, V. P. KOCHUKOV</i>	40
By the 140 th anniversary of the birth of N. N. Burdenko	

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНАХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЕДСТВИЯ

Н. В. ЛИЧАК, М. Р. ОРАЗОВ

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Сведения об авторах:

Личак Наталья Викторовна – лаборант кафедры акушерства и гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российского университета дружбы народов», отрасль специализации - акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.21, корпус-3, e-mail:lichak.n@yandex.ru

Оразов Мекан Рахимбердыевич – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: omekan@mail.ru

Одной из актуальных проблем современной медицины является охрана репродуктивного здоровья населения, которая лежит в основе концепции Национального проекта по развитию здравоохранения в России. Статья посвящена изучению характера становления менструальной функции девушек-подростков родившихся и проживающих в зонах экологического бедствия. В настоящее исследование были включены основная группа – 80 девочек подростков, группу контроля составили 30 девочек аналогичного возраста. Результаты исследования продемонстрировали, что у девушек-подростков основной группы выявлены существенные нарушения на этапе становления менструальной функции, что диктует необходимость мониторинга и коррекции, как на данном этапе, так и при вступлении в период непосредственно предшествующий деторождению.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, менархе, нарушение менструального цикла.

Актуальность проблемы

На сегодняшний день, во всем цивилизованном мире ширится понимание, что здоровье подрастающего поколения является общественной ценностью и определяет репродуктивное, экономическое, социальное будущее любого государства [2, 3].

ВОЗ объявило охрану репродуктивного здоровья населения планеты приоритетным направлением своей деятельности и призывает правительства всех стран внедрять программы по его сохранению и укреплению для всех слоев населения, включая подростков и молодежь [6, 7].

Охрана репродуктивного здоровья юного населения в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики и в Российской Федерации. Необходимость подобного решения продиктована неуклонным демографическим ростом народонаселения страны при значительном ухудшении здоровья россиян [8]. Не меньшее беспокойство вызывает отсутствие стремления подростков к созданию семьи и деторождению, что является результатом неправильного воспитания с детства. Ведь именно данная концепция лежит в основе Национального проекта по развитию здравоохранения России. Поэтому сохранение и улучшение репродуктивного здоровья является одной из важнейших задач любого государства в области социальной политики.

В результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, произошедшей более 20 лет назад, радиоактивному загрязнению подверглись обширные территории Российской Федерации. В чис-

ле наиболее пострадавших ее субъектов – Брянская область, показатели заболеваемости, населения которой возросли в послеаварийный период [2, 3, 6].

Репродуктивная система девочек и девушек чрезвычайно чувствительна к воздействию неблагоприятных экологических факторов.

В последние годы все большее внимание уделяют медико-социальным факторам формирования репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей проживающих в условиях экологического бедствия.

Целью исследования явилась изучение характера становления менструальной функции девушек-подростков родившихся и проживающих в зонах экологического бедствия.

Материал и методы исследования:

В настоящее исследование были включены основная группа – 80 (n=80) девочек, родившихся у женщин, подвергшихся в пубертатном возрасте (до 17 лет включительно), действию полного спектра радионуклидов после аварии на Чернобыльской АЭС (с учетом радио йода) и проживающих в зоне с правом отселения (с уровнем загрязнения почвы по цезию-137 = 555-1665 кБк/кв.км); Группу контроля составили 30(n=30) условно здоровых девочек проживающих относительно экологически благополучной зоне.

Методология данного исследования включала изучение: возраста менархе; изучение становления менструального цик-

ла; продолжительности менструального кровотечения; длительности менструального цикла; субъективной оценки менструальной кровопотери; субъективной оценки менструальной боли; характера нарушений менструального цикла.

Девушки-подростки исследуемой и контрольной групп, после получения их согласия на участие в исследовании, были подвергнуты анкетированию по специально разработанным анкетам-опросникам.

Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере с использованием пакета программ Biostatistics (версия 4.03) для Windows. Вычисляли среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом t -критерия Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

Работа проводилась в рамках основной научно-исследовательской деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, медицинского факультета Медицинского института РУДН «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях» (номер гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712) на базе центра противорадиационной защиты при Московском научно-исследовательском институте педиатрии и детской хирургии Минздрава России.

Результаты исследования

Как известно, при становлении репродуктивной системы ее функция еще не является прочной и поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов, особенно в зонах экологического неблагополучия, может приводить к срывам в формировании функции репродуктивной системы, прежде всего менструальной функции. Самым важным показателем оценки становления менструальной функции и полового развития в целом является возраст менархе. В ходе настоящего исследования было установлено существенное различие между группами по возрасту менархе. Выявлено, что менструации у девушек-подростков основной группы начинаются позже, чем у их сверстниц, проживающих в относительно благополучной зоне. Средний возраст менархе у девушек исследуемой когорты составляет $14,3 \pm 0,09$ лет, и отличается от аналогичного показателя в группе контрольной группы ($p < 0,05$). Полученные данные коррелируют с данными некоторых исследователей, где авторы полагают, что основное различие становление менструального цикла формируется за счет позднего менархе (15-16 лет) и первичной аменореи. [4,5].

Результаты настоящего исследования продемонстрировали различие между исследуемыми группами по длительности становления менструального цикла ($p < 0,05$). Проведенный анализ показал, что для девушек основной группы характерна задержка становления менструального цикла, в отличие от того, что в группе контроля ($p < 0,05$).

Сразу или в течение первых шести месяцев после менархе регулярный менструальный цикл установился лишь у 24,0%

девушек исследуемой когорты, в то время как в контрольной группе – практически у половины (56,5%, $p < 0,05$). Между тем, следует обратить внимание на то, что у каждой третьей девушки исследуемой группы менструальный цикл устанавливался в течение года (25,9% против 38,5%, $p < 0,05$), что согласуется с данными отечественных исследователей [5].

Интересно, что у 39,8% на момент осмотра менструации оставались нерегулярными или отсутствовали, в то время как в контрольной группе аналогичный показатель оказался в 2 раза ниже (14,4%, $p < 0,05$).

При изучении особенностей менструального кровотечения существенного отличия менструальной кровопотери у девушек-подростков основной группы от девушек контрольной группы не выявлено ($p = 0,001$). Для акушеров-гинекологов особый интерес имеет нарушение менструальной функции.

Ретроспективный анализ позволил выявить значительное различие между сравниваемыми группами по наличию дисменореи ($p = 0,0001$), у девушек с основной группы дисменорея как таковая наблюдается в 2,3 раза чаще, чем у их сверстниц контрольной группы (62,1% и 18,6%, $p < 0,05$). Хотелось отметить, что частота «периодически болезненных» менструаций более чем вдвое превышает таковую в контрольной группе ($p < 0,05$). Многие подростки связывают выше сказанное с частыми стрессами в семье и в процессе учебы. Мы абсолютно солидарны с мнением некоторых исследователей в том, что серьезные нарушения менструального цикла, вплоть до аменореи, способен вызвать у девушки стресс [4,5]. Ведь именно воздействие патологического стресса на репродуктивную систему ребенка реализуется, с одной стороны, через торможение функции подкорковых структур мозга, и проявляется снижением или блокадой секреции гонадотропных рилизинг-гормонов, а также воздействием массивного выброса гормонов надпочечников, как кортизола, так и андрогенов, на различные звенья репродуктивной системы. Девушки подростки основной группы жаловались на длительные, мажущиеся кровяные выделения, которые встречались в 1,2 раз чаще по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Вывод

Полученные данные свидетельствуют о том, что у девушек-подростков основной группы выявлены существенные нарушения на этапе становления менструальной функции, что диктует необходимость мониторинга и своевременной коррекции, как на данном этапе, так и при вступлении в период непосредственно предшествующий деторождению.

Список литературы

1. Алексеев С.В. Медико-социальная оценка здоровья современных подростков. Проблемы и пути их решения // Материалы IV международного конгресса «Эколого-социальные вопросы защиты и охраны здоровья молодого поколения на пути в XXI век». — СПб., 2003. — С. 16-19.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.

3. Уварова Е. В. Качество жизни при дисгенезии гонад // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 2000. 3. С. 78-82.

4. Уварова Е. В., Гайнова И. Г. Дисменорея (вопросы патогенеза, диагностики и лечения) // В кн.: Практическая гинекология (руководство) / Под ред. В. И. Кулакова и В. Н. Прилепской. М., 2001.

5. Хамошина М.Б., Абдуллаева Л. С. Особенности становления менструальной функции у девушек - подростков при дефиците массы тела. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина Выпуск № 5 / 2009. С.4-6

6. Мельник В. А. Морфофункциональная характеристика сельских детей, подверженных внутриутробному облучению в результате ава-

рии на ЧАЭС / В. А. Мельник, Э. М. Заика, А. И. Киеня // Жизнь после Чернобыля: 16 лет спустя: матер. науч.-практ. конф., посвященной 15-летию Респ. диспансера радиационной мед., Минск, 2002 г. / Респ. диспансер радиационной мед. — Мн., 2002. — С. 122-126.

7. Медико-демографические особенности Гомельской области после катастрофы на ЧАЭС: сборник / С. Е.Дубинин [и др.]; под ред. В. И. Ключеновича. — Гомель, 2001. — 131 с.

8. Данилов И. П. Показатели периферической крови у детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях / И. П. Данилов, Я. С. Микша, Н. П. Ковальчук // Здоровоохранение Беларуси. — 1995. — № 7. — С. 23-25.

FORMATION PECULIARITIES OF MENSTRUAL FUNCTION IN ADOLESCENT GIRLS RESIDING IN ENVIRONMENTAL DISASTER AREAS

N. V. LICHAK, M. R. ORAZOV

Federal State Autonomous educational institution Russian University of friendship of peoples, Moscow

Information about the authors:

Lichak Natalya Viktorovna – laboratory assistant of department obstetrics and gynecology and reproductive medicine of the faculty of advanced training of medical workers of the Federal state Autonomous educational institution of higher professional education "Russian University of friendship of peoples", the industry of specialization are obstetrics and gynecology; address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklay str., 21, building-3, e-mail: lichak.n@yandex.ru

Orazov Mekan Rahimberdievich – MD. Ph. D., associate Professor in the Department of obstetrics and gynecology with course of Perinatology of the Russian University of friendship of peoples; the industry of specialization are obstetrics and gynecology; 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maklaya 6, e-mail: omekan@mail.ru

One of the urgent problems of modern medicine is to protect the reproductive health of the population, which lies at the basis of the concept of the National project for the development of healthcare in Russia. The article is devoted to the study of the nature of the formation of menstrual function in adolescent girls born and living in environmental disaster areas. In the present study included a study group of 80 female adolescents, the control group consisted of 30 girls of the same age. The results of the study demonstrated that in adolescent girls of the main group revealed significant violations at the stage of formation of the menstrual function, there is a need for monitoring and correction, as at this stage, and the entry into the period immediately preceding childbirth.

Key words: reproductive health, menarche, menstrual cycle.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ МАССИВНОГО СНИЖЕНИЯ ВЕСА ТЕЛА

Э. В. ШИХИРМАН

Клиника пластической хирургии «Shihirman», Москва

Сведения об авторах:

Эдуард Вадимович Шихирман – Клиника пластической хирургии «Shihirman», e-mail: shihirman@gmail.com

Определены особенности комбинированных методов абдоминопластики, их эффективность и осложнения при выполнении после массивного снижения веса тела. Показано, что многообразие выраженности изменений участков брюшной стенки после массивного снижения веса тела требует использования разнообразных методик абдоминопластики, что в конечном итоге складывается в индивидуальную схему, применение которой способствует оптимальному результату операции с минимальным риском послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: абдоминопластика; ожирение; кожно-жировой лоскут.

Задачами абдоминопластики у пациентов, перенесших значительное снижение веса, являются возврат нормальных эстетических пропорций живота путем уменьшения его выпуклости, подтягивание тканей лонной области кверху, раскрытие паховых складок и перемещение кожных растяжек в нижнюю, менее заметную зону [1, 4]. Многообразие сочетаний выраженности изменений различных слоев и участков передней брюшной стенки требует применения целого спектра оперативных методик, направленных на устранение определенных дефектов, что в конечном итоге складывается в индивидуальную схему, которая может привести к оптимальному результату операции с минимальным риском послеоперационных осложнений у конкретного пациента [2, 3, 6].

В общей сложности было выполнено 53 вмешательства, из которых 18 являлись комбинированными. В зависимости от ситуации, для выполнения абдоминопластики нами использовались различные виды доступа: поперечный, вертикальный и комбинированный. Наиболее часто мы применяли нижний оперативный доступ по Mladick и его модификации, а также доступ по Ramirez. При избытке тканей в нижнем отделе живота и верхней трети бедер мы предпочитали низкий горизонтальный разрез, позволяющий компенсировать эти излишки и подтянуть нижний край разреза кверху, навстречу верхнему лоскуту.

При малой подвижности тканей и нежелательной широкой мобилизации кожно-жирового лоскута вследствие повышения риска его ишемии, нами использовался более рациональный комбинированный разрез, или горизонтальный доступ, выполненный ближе к пупочному кольцу, что позволяло избежать чрезмерного натяжения и ишемии верхнего лоскута. Как правило, кожно-жировой лоскут мобилизовали до уровня пупка при небольших объемах абдоминопластики и до уровня мечевидного отростка грудины при полной пластике живота с переносом пупка и пластикой белой линии живота.

Мобилизация лоскута выше пупка в 3 случаях вызвала затруднения из-за наличия плотных соединительнотканых тяжей, фиксирующих жировую клетчатку к подлежащим тканям. Для увеличения подвижности тканей в верхнелатеральных участках брюшной стенки мы применяли липосакцию.

При расширении пупочного кольца и дефектах белой линии живота выше пупка, через которые проникала предбрюшинная жировая клетчатка (4 случая), мы выполняли иссечение этих выпячиваний и послойное закрытие дефектов. При ослаблении брюшной стенки вдоль белой линии и расхождении прямых мышц живота нами выполнялось сшивание влагалищ прямых мышц или мышечно-апоневротическая пластика.

В случаях выраженной дряблости апоневроза мы использовали мышечно-апоневротическую пластику белой линии живота, заключающуюся в рассечении влагалищ прямых мышц живота по медиальному краю и мобилизации прямых мышц, которые сшивались между собой над белой линией живота узловыми постоянными швами и укреплялись швами апоневроза. При недостаточном тоне брюшной стенки в нижних участках, ушивание белой линии дополнялось пластикой апоневроза наружной косой мышцы живота вдоль линии, соединяющей пупок с остью подвздошной кости слева и справа.

Кожный разрез для формирования пупочной воронки выполняли в виде перевернутой латинской буквы V, с длиной сторон не более 1,5 см. Жировую клетчатку под линией разреза иссекали в виде усеченного конуса, диаметр которого был равен толщине подкожно-жировой клетчатки в этой зоне. При выполнении вертикального или комбинированного разреза в точке формирования пупка из кожно-жирового лоскута также иссекали жировую клетчатку в виде конуса, а пупочную воронку подшивали циркулярно к коже и апоневрозу для создания более естественного вида втяжения пупка.

После формирования пупочного кольца между кожно-жировым лоскутом и мышечно-апоневротическим комплек-

сом накладывали отдельные лагирующие абсорбируемые швы, располагающиеся равномерно по всей поверхности отслоенного лоскута с натяжением медиально и книзу. Эти швы обеспечивали иммобилизацию лоскута относительно апоневроза с одновременным уменьшением напряжения на основной линии швов.

Величину излишков лоскута по средней линии мы определяли, смещая нижний край разреза кверху с таким же натяжением, как и верхний книзу. После этого измеряли избытки кожно-жирового лоскута в латеральных участках, при этом векторы натяжения распределялись в виде веера с условной средней точкой на уровне верхней ветви лонной кости. В случае обнаружения признаков ишемии натяжение тканей ослабляли или переводили горизонтальный разрез в комбинированный.

При отсутствии необходимости широкой мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки (при небольших избытках кожи над пупком) нами выполнялась миниабдоминопластика, при которой мобилизовался и иссекался участок тканей только в зоне над лонной костью. В 3 случаях, при слабости мышечного каркаса была выполнена пластика белой линии живота с наложением эндоскопических швов. При этом не потребовалось дополнительных разрезов и широкой мобилизации кожно-жирового лоскута.

Наиболее частыми осложнениями абдоминопластики в наших наблюдениях являлись гематомы и серомы брюшной стенки, возникшие в общей сложности у 32,1% пациентов при широкой мобилизации тканей. Иммобилизирующие швы, на наш взгляд, не только уменьшают смещение лоскута относительно мышечно-апоневротического комплекса, но и разделяют полость на отдельные участки, что локализует процесс. Большинство гематом было удалено путем их аспирации через толстую иглу или через небольшое вскрытие операционной раны в ранние сроки. Для полной ликвидации обширных сером требовалось до 6–8 пункций.

Слишком сильное натяжение тканей и напряжение при затягивании швов, недостаточно глубокое их наложение у 16,6% пациентов привело к прорезыванию нитей и расхождению швов в послеоперационном периоде. В последующем, выполнение таких простых рекомендаций, как ношение бандажа, расположение в кровати с немного подтянутыми к животу ногами в ранний послеоперационный период и несколько наклоненное положение туловища вперед при ходьбе в первые сутки после операции позволили уменьшить напряжение швов и создать благоприятные условия для заживления раны.

Несмотря на дооперационное и интраоперационное внутривенное введение антибиотиков, орошение полости антисептиками по ходу операции, адекватное дренирование и послойное закрытие операционной раны, в 8,3 % случаев нами были выявлены признаки инфицирования операционной раны. Однократного локального вскрытия операционной раны, промывания антисептиками и дренирования зоны воспаления для ликвидации этого осложнения практически во всех случаях оказалось достаточно.

Мы считаем, что широкая мобилизация кожно-жирового лоскута и чрезмерное его натяжение также в значительной степени повышают вероятность возникновения ишемии в дистальных участках лоскута. Кроме того, на наш взгляд, риск возникновения этих осложнений увеличивается при применении горизонтального разреза, поэтому, если во время операции возникали малейшие признаки ишемии тканей, мы переходили на комбинированный разрез.

В двух случаях легкая степень ишемии не была замечена нами во время операции и впоследствии, на 3–4 сутки послеоперационного периода, проявилась краевым некрозом тканей шириной до 1,5 см по ходу шва. В обоих случаях была выполнена некрэктомия с очищением краев раны и применением ферментных мазей до появления грануляций, после чего были наложены вторичные швы. На качестве послеоперационного результата это осложнение практически не отразилось.

У 5 пациентов были выявлены осложнения со стороны пупка: в трех случаях отмечалась его неправильная форма и расположение, в двух случаях – рубцовая деформация. Применение методики перевернутой латинской буквы V для пластики пупка позволяет, на наш взгляд, минимизировать послеоперационную деформацию пупочного кольца.

Большинство наших пациентов были удовлетворены качеством послеоперационных рубцов, однако в 14,2 % случаев нами было выявлено образование гипертрофических рубцов. Формирование келоидных рубцов не наблюдалось ни в одном из случаев.

У 80 % наших пациентов, перенесших абдоминопластику, отмечалось нарушение чувствительности в дистальном отделе лоскута в виде частичной анестезии или гиперестезии. Чувствительность восстанавливалась, как правило, в течение года после операции, однако не всегда полностью.

Безусловно, одним из существенных недостатков широкой абдоминопластики является большой рубец, простирающийся по всем сторонам брюшной стенки [5]. Однако большинство наших пациентов были единодушны в том мнении, что более приемлемый контур тела, достигнутый с минимально возможной хирургической агрессией, для них важнее. Немаловажным обстоятельством являлось и оптимальное расположение рубцов, позволяющее скрыть их под купальными костюмами.

Практически все пациенты были удовлетворены эстетическими результатами абдоминопластики, несмотря на большой шрам брюшной стенки. Очевидно, что эти результаты были далеки от идеальных, однако по сравнению с «исходной» ситуацией операция действительно позволила в значительной степени улучшить внешний вид и качество жизни пациентов.

В отдаленном послеоперационном периоде ограничения движений из-за боли в брюшной стенке ни в одном из случаев выявлено не было. Все пациенты улучшили свою двигательную активность, многие из них стали способны выполнять не только простой, но и усложненный комплекс физических упражнений. Ликвидация больших складок кожи облегчила проведение гигиенических процедур тела и значительно улучшила его

внешний вид, что сделало пациентов более уверенными в себе, в социальной и межличностной интеграции.

Список литературы

1. Кожемяцкий В.М., Ченцова В.И. Результаты абдоминопластики у пациентов с избыточной массой тела // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2004. – № 4. – С. 90–91.
2. Кунпан И.А., Шигалов О.В. Собственные результаты абдоминопластики // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2006. – № 2.– С.– 42–47.
3. Ларичев А.Б., Тепляшин А.С., Еременко В.С. Особенности заживления ран и профилактика местных осложнений в пластической хирургии передней брюшной стенки // *Российский медицинский журнал.* – 2007. – № 5. – С. 11–14.
4. Сергеев И.П., Дмитриев В.Б. Хирургическая коррекция деформации передней брюшной стенки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* –2005. – № 1. – С. 69–70.
5. Bennett JM, Mehta S, Rhodes M. Surgery for morbid obesity // *Postgrad Med J.* – 2007. – V. 83. – P. 8-15.
6. Kral JG, Näslund E. Surgical treatment of obesity // *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* – 2007. – V. 3.– № 8. – P. 574–83.

FEATURES OF THE ABDOMINOPLASTY AFTER MASSIVE LOSS OF BODY WEIGHT

E. V. SHIHIRMAN

Clinic of plastic surgery "Shihirman", Moscow

Information about the authors:

Edward V. Shihirman – Clinic of plastic surgery "Shihirman"

The features combined abdominoplasty techniques, their effectiveness and complications when performing after a massive reduction in body weight. It is shown that a variety of changes in the severity of the abdominal wall areas after a massive reduction in body weight requires the use of a variety of abdominoplasty procedures which ultimately develops into an individual scheme, the use of which contributes to the optimal result of the operation with minimal risk of postoperative complications.

Key words: abdominoplasty, obesity, skin and fat flap.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ ФОКУСИРОВАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ (HIFU)

И. В. ЧЕРНЫШЕВ¹, Р. С. НИЗАМОВА², М. Б. ПРЯНИЧНИКОВА², Е. А. БОРЯЕВ²,
Е. С. ГУБАНОВ², А. А. ЗИМИЧЕВ²

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Объединенная больница с поликлиникой»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Самара

Сведения об авторах:

Чернышев Игорь Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

Низамова Румия Сахабовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nizamovars@ya.ru

Губанов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: samara-urology@mail.ru

Зимичев Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: Zimichew@mail.ru

Актуальность

Рак предстательной железы – является один из самых распространенных видов онкологического заболевания в Европе. В Великобритании он составляет примерно 24% всех новых онкологических диагнозов у мужчин. В странах северной и западной Европы на 100 000 населения приходится более 200 случаев рака предстательной [1-3]. Кроме того, в 2012 г. в развитых странах РПЖ занимал третье место среди причин смерти от рака у мужчин (142 тыс. случаев) [4].

В Российской Федерации РПЖ занимает второе место (14,3% или 37 186 новых случаев) после опухолей трахеи, бронхов и легкого (17,8%) в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин. С 2004 по 2014 гг. прирост стандартизованного показателя заболеваемости оказался наибольшим среди опухолей всех локализаций и составил 116,68% (+7,11% в год). Смертности мужского населения РФ от злокачественных новообразований рака простаты занимает 3-е место (7,4%) после рака трахеи, бронхов, легкого (26,6%) и опухолей желудка (11,5%) [5].

В настоящее время существует несколько методов лечения РПЖ. К радикальным относятся: радикальная простатэктомия и лучевая терапия (ДЛТ и брахитерапия). Наряду с ними, существуют и альтернативные (малоинвазивные) – HIFU терапия, криоабляция предстательной железы, фотодинамическая терапия. Но выбор метода лечения зависит от стадии заболевания и общего состояния пациента.

На сегодняшний день оценка результатов лечения складывается из двух параметров – продолжительность жизни паци-

ента и ее качество. При этом Американское общество клинической онкологии и Национальный институт рака считают, что именно качество жизни является основным параметром.

Как известно, основное влияние на качество жизни оказывают осложнения, возникшие после лечения, которые связаны с нарушением удержания мочи, опорожнения мочевого пузыря и эректильной функции. В связи с этим постоянно идет поиск метода лечения РПЖ, который увеличивал бы продолжительность жизни и имел наименьшее количество осложнений.

Согласно принципам доказательной медицины, преимущество любого нового метода лечения должно быть изучено и проанализировано.

Одним из основных показателей критической оценки качества оказания хирургической помощи является частота осложнений. Объективная регистрация интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений имеет большое значение для правильной интерпретации результатов хирургического лечения, их сравнения между учреждениями и отдельными хирургами [6, 7, 8]. Безопасная хирургия требует постоянного контроля качества. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2002 году население трудоспособного возраста в 11% признавалось временно нетрудоспособным из-за осложнений хирургического лечения [9]. Следует отметить, что сохраняются разногласия в трактовке термина «осложнение», правил его регистрации и классификации [10, 11, 12]. Наиболее универсальной, простой и объективной признана модифицированная классификация Clavien (2004). Одновременно с созданием классификации послеоперационных осложнений, введением определения послеоперационно-

го осложнения оставалась неоднозначность с критериями их регистрации, необходимыми для формирования единых требований к отчетности [13, 14]. Эту задачу успешно решили в 2002 году Martin и соавторы. Ученые предложили 10 критериев для регистрации осложнений после хирургического лечения. Каждое исследование, в котором выполнялся анализ количества послеоперационных осложнений, должно включать следующие данные: способ планирования; продолжительность наблюдения; данные, полученные после выписки пациента из стационара; определение каждого выявленного осложнения; уровень смертности и причины каждого случая смерти; количество случаев с осложнением и общее число осложнений; причины каждого осложнения; название классификации осложнений; продолжительность пребывания пациентов в стационаре; факторы риска, выявленных осложнений [13, 14].

Таким образом, использование универсального комплексного подхода в отчетности хирургических осложнений ведет к улучшению качества оказания урологической помощи, позволяет создавать профиль осложнения каждого метода лечения, сравнивать результаты отдельных врачей и коллективов. Эти принципы позволяют выполнять статистический анализ серий операций в больших группах, прогнозировать возможные осложнения у конкретного пациента, выявляя факторы риска их возникновения [15, 16].

Цель исследования

Анализ осложнений HIFU терапии рака предстательной железы.

Материалы и методы

В исследование включен 151 пациент, с морфологически доказанным при биопсии раком предстательной железы, прошедшие лечение методом HIFU. Срок наблюдения 60 месяцев. Из исследуемой группы 7 человек имели местный рецидив после дистанционно лучевой терапии, 2 - после радикальной простатэктомии и 3 после HIFU-терапии.

Всем больным были проведены сеансы HIFU терапии на аппарате «Аблатерм» (EDAP, Франция). При этом в целях профилактики недержания мочи у пациентов, апикальный отдел предстательной железы оставался без воздействия HIFU на протяжении 5-6 мм.

Возраст пациентов составлял от 51 до 85 лет, в среднем – 68,2 года.

Характеристика больных РПЖ прошедших HIFU-терапию в зависимости от стадии заболевания представлена в таблице 1.

Локализованная форма опухолевого процесса встретилась у 102 (67,6%) пациентов, местнораспространенная и генерализованная – у 37 (24,5%) и 12 (7,9%) соответственно. Следует отметить, что у 6 пациентов выявлена ПИН по данным биопсии. У пациентов с генерализованной формой процесса HIFU- терапия носила паллиативный характер.

Неоадьювантную гормонотерапию в группе с локализованной формой получали 72 пациента, причем на фоне ее применения у 60 пациентов имелась положительная динамика, у 12 пациентов диагностирован гормонорезистентный рак предстательной железы.

В группе с местнораспространенной формой, неоадьювантная гормонотерапия проводилась 32 пациентам. Гормонорезистентный рак выявлен у 8 пациентов, у 24 – гормоночувствительная форма. Гормональную терапию не получали 4 пациента.

При генерализованной форме процесса 13 пациентам проводилась неоадьювантная гормонотерапия. Гормонорезистентный рак – 2 случая, гормоночувствительный – 11 случаев.

Значение ПСА до лечения составило от 0,07 до 295 нг/мл, в среднем 23,91 нг/мл. В группе с локализованной формой - 14,23 нг/мл, местнораспространенной - 25,9 нг/мл и генерализованной - 31,6 нг/мл. В первых двух группах, несмотря на проведение гормонотерапии, уровень ПСА достаточно высокий, это вероятно связано с наличием гормонорезистентного рака предстательной железы. В группе же с генерализованным процессом уровень ПСА обусловлен распространенностью заболевания.

К показателям, характеризующим состояние мочевого выделительной системы, отнесены: сумма баллов по шкале IPSS и МИЭФ – 5, предшествующие оперативные вмешательства на органах мочевыводящей системы, предстательной железе, объем железы, максимальная скорость потока струи мочи, объем остаточной мочи, объем железы подвергшийся воздействию HIFU, сопутствующие урологические заболевания, выявленные при комплексном обследовании.

Медиана значений сумм баллов по шкале IPSS составила - 18, а МИЭФ5 – 12.

Предшествующие оперативные вмешательства на предстательной железе выполнялись по поводу гиперплазии последней и носили как, паллиативный так и радикальный характер. Так по поводу острой задержки мочи 25 пациентам наложена эпицистостома, аденомэктомия выполнена – 9 и ТУР – 32 пациентам, причем у 16 из них как подготовительный этап перед проведением HIFU- терапии.

Таблица 1

Характеристика больных РПЖ прошедших HIFU-терапию

Степень дифференцировки опухоли	Формы распространенности процесса			
	Локализованная	Местно-распространенная	Генерализованная	Всего (n-151)
Высокодифференцированная	72	19	5	96 (63,6%)
Умереннодифференцированная	23	9	3	35 (23,2%)
Низкодифференцированная	7	8	5	20 (13,2%)

При обследовании перед HIFU терапией у 11 больных диагностирована хроническая почечная недостаточность 1-2 степени, у 2 пациентов последняя обусловлена наличием двустороннего уретерогидронефроза, у остальных пациентов - нефросклерозом.

Мочекаменная болезнь диагностирована в 5 случаях, у 1 пациента – камни почек, которые не имели клинического проявления и у 4 камни мочевого пузыря, которые были удалены в ходе выполнения операции.

Состояние нижних мочевых путей оценены по объему предстательной железы, наличию остаточной мочи и максимальной скорости потока струи мочи (Таблица 2).

Как видно из таблицы, несмотря на незначительное увеличение объема железы, во всех группах имелись признаки инфравезикальной обструкции, о чем свидетельствуют данные урофлоуметрии и наличие остаточной мочи.

Сочетание рака простаты и аденомы встречается крайне часто. Так, у наших пациентов, которым произведена HIFU терапия по поводу рака простаты объем предстательной железы до ТУР более 30 куб. см. встречался у 87 (57.%) пациентов. Передне-задний размер простаты, превышающий 24 мм наблюдался у 148 (98.1%) больных.

Для уменьшения объема (передне-заднего размера) железы и устранения инфравезикальной обструкции 122 (80.8%) пациентам выполнена ТУР простаты. ТУР не применялась у 29 пациентов первичного лечения рака предстательной железы и с отсутствием инфравезикальной обструкции.

Процедура HIFU проводилась по общепринятой методике. Результат лечения осуществлялся по следующим критериям: терапии злокачественности, функции опорожнения и удержания мочи и сохранение эректильной функции.

Определение ПСА осуществлялось через 3, 6, 9, 12 месяцев после лечения. Динамика ПСА после HIFU терапии локализованного и местнораспространенного рака предстательной железы представлена на графике 1.

Как видно на диаграмме отмечается значительный рост ПСА к 12 месяцам в группе с локализованной формой, что требует продолжение лечения. В группе с местнораспространенной формой рост ПСА отмечен к 6 месяцам, что потребовало продолжения лечения. Снижение уровня ПСА наблюдалось к 9 месяцу и его стабилизация к 12 месяцу.

В группе пациентов с локализованной формой среднее значение ПСА составило 5.6 нг/мл, с местнораспространенной и генерализованной - 8.1 нг/мл и 5.7 нг/мл соответственно.

Следует отметить, что в группе с локализованной формой процесса адьювантная гормонотерапия проводилась у 6 пациентов и у 7 в группе с местнораспространенной, при чем 1 пациенту проведена дистанционная лучевая терапия на регионарные лимфатические узлы. В группе с диссеминированной формой все пациенты в послеоперационном периоде получали адьювантную гормонотерапию. Незначительная разница в значениях ПСА в приведенных группах, вероятнее все обусловлено применением адьювантной гормонотерапии в большем количестве у пациентов в группах с местнораспространенной и диссеминированной формой, чем локализованной. Изменения со стороны нижних мочевых путей отражено в таблице 3.

Как видно из таблицы, во всех группах наряду с уменьшением объема железы улучшается и качество мочеиспускания. Обструктивный характер мочеиспускания отмечен у 26 пациентов в группе с локализованной формой, в группе с местнораспространенной и генерализованной формой 9 и 2 пациента соответственной.

В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

В позднем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения, которые представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы в основном преобладали осложнения связанные с функцией удержания и опорожнения мочевого пузыря. Так недержание мочи в течение года констатировано у 89 пациентов(58.3%). По поводу чего всем пациентам про-

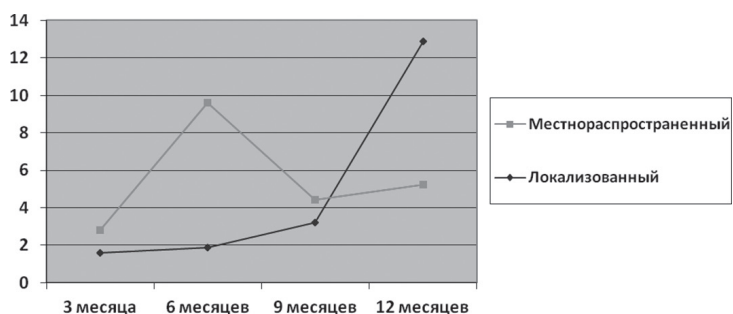


График 1. Динамика ПСА после HIFU терапии локализованного и местнораспространенного рака предстательной железы

Таблица 2

Показатели состояния нижних мочевых путей перед HIFU-терапией

Средние показатели	Форма рака предстательной железы		
	Локализованная	Местнораспространенная	Диссеминированная
Объем предстательной железы, см ³	22,4	18,5	20,56
Максимальная скорость потока струи мочи, мл/сек. (при объеме мочеиспускания от 150 до 450 мл.)	11,9	10,1	12,2
Объем остаточной мочи, мл	53.8	53.9	32.1

Таблица 3

Сравнение средних показателей состояния нижних мочевых путей у пациентов перед и после HIFU терапии

Показатели	Форма рака предстательной железы					
	Локализованная		Местнораспространенная		Диссеминированная	
	До HIFU терапии	После HIFU терапии	До HIFU терапии	После HIFU терапии	До HIFU терапии	После HIFU терапии
Объем предстательной железы перед HIFU, см ³	22,4	7,4	18,5	6,0	20,6	5,9
Максимальная скорость потока струи мочи, мл/сек.	11,9	14,7	10,1	12,1	12,2	14,9
Объем остаточной мочи, мл	53,8	38,7	53,9	43,4	32,1	39,0

Таблица 4

Классификация хирургических осложнений по системе Клавье

Градация по Клавье	Вид осложнений	Количество пациентов (n - 151)
1	Недержание мочи	44 (29,1%)
	Воспалительные заболевания органов мочевыводящей системы.	4 (3,3%)
2	Недержание мочи	45 (29,2%)
	Острая задержка мочи	3 (2,0%)
3a	Стриктура уретры	18 (11,3%)
3b	Стриктура уретры	25 (16,2%)
	Воспалительные заболевания органов мочевыводящей системы.	2 (1,3%)
	Мочекаменная болезнь	6 (4,0%)
	Двусторонний уретерогидронефроз	2 (1,3%)
	Пузырно-прямокишечный свищ	1 (0,7%)
4a	ОНМК	1 (0,7%)
Всего		151 (100%)

водилась консервативная терапия, которая включала – прием М-холинолитиков, лечебную гимнастику, направленную на укрепление мышц тазового дна, что позволило снизить количество пациентов до 45(30%). Но процент недержания мочи остается достаточно высоким и отличается от мировых данных (17 %). При анализе данного осложнения стоит отметить, что у 19 пациентов в анамнезе имелись операции на предстательной железе.

Стриктура уретры диагностирована у 43 (28.5 %) пациентов. На фоне чего у 4 пациентов отмечено образование камней мочевого, у 18 возникла острая задержка мочи. По поводу стриктуры уретры все пациенты проходили периодическое бужирование. Однако у 25 (17 %) пациентов данный вид лечения оказался неэффективным, что в свою очередь потребовало проведения оптической уретротомии и бужирования уретры.

Несмотря на то, что процент данного осложнения не отличается от мировых данных (17%) прослеживается связь с применением ТУР перед процедурой. Так 37 пациентам перед HIFU выполнена ТУР простаты, а у 6 которым проведена HIFU без применения ТУР, в анамнезе имели перенесенные операции на простате (ТУР, аденомэктомия).

Острая задержка мочи, как проявление стриктуры уретры, наблюдалась у 17 пациентов и у 1 пациента была обусловлена отхождением некротических масс предстательной железы. После катетеризации мочевого пузыря у 3 пациентов О.З.М. разрешилась на фоне приема альфа-адреноблокаторов, 6 пациентам проведено бужирование уретры и 9 выполнена оптическая уретротомия. Эпицистостома была наложена 4 пациентам и у 3 была закрыта после проведения оптической уретротомии.

Мочекаменная болезнь имела место у 6 пациентов. Камни мочевого пузыря диагностированы у 4 больных, на фоне стриктуры уретры, и у 2 – камни мочеточников. Все пациенты подверглись оперативному лечению. По поводу камней в мочеточнике выполнена одна контактная литотрипсия, в другом случае конкремент отошел самостоятельно. По поводу камней в мочевом пузыре выполнялись следующие оперативные пособия: цистолитотомия в 1 случае, контактная литотрипсия - 3. Следует отметить, что все операции по поводу камней в мочевом пузыре сочетались с операциями на уретре, которые были направлены на устранение причины инфравезикальной обструкции.

Дизурические явления, которые наблюдались в 6 случаях, купировались на фоне проведения консервативной терапии (М-холинолитики, альфа-адреноблокаторы, нестероидные противовоспалительные препараты).

Воспалительные заболевания мочеполовой системы в виде орхита и орхоэпидидимита развились у 6 пациентов. В основном были обусловлены манипуляциями на уретре (бужирование, наличие уретрального катетера, проведение оптической уретротомии). По поводу чего 2 пациента были прооперированы. В одном случае проведена эпидидимэктомия, в другом орхэктомия. В остальных случаях воспалительные явления купированы на фоне проведения консервативной терапии.

Двухсторонний уретерогидронефроз диагностирован у 2 пациентов и связан с местным рецидивом основного заболевания. На фоне этого развилась постренальная хроническая

почечная недостаточность, в связи с чем были наложены разгрузочные пункционные нефростомы.

Образование пузырно-прямокишечного свища произошло в одном случае, при повторной HIFU-терапии. После диагностики этого осложнения, пациенту наложена колостома и эпицистостома - свищ закрылся.

Ремиссия заболевания после лечения была достигнута у 124 (82.1%) пациентов. Прогрессия заболевания отмечена у 27 пациентов (Таблица 5).

По поводу прогрессии заболевания всем пациентам назначалась гормональная терапия, также 1 пациенту повторно проведена HIFU терапия и 1 - ДЛТ.

Для выявления факторов влияющих на развитие недержания мочи и стриктуры уретры проведен корреляционно-регрессионный анализ.

Проведенные расчеты показали, что коэффициенты множественной корреляции для развития стриктуры уретры и недержания мочи составили 0.57 и 0.52 соответственно, что является статистически достоверным. При проверке статистических гипотез оказалось, что F наблюдаемое для стриктуры уретры -4.9, недержания мочи - 4.2. Так же определены коэффициенты детерминации, которые показали, что развитие стриктуры уретры в 32.77 %, а недержание мочи в 27 % обусловлены факторами включенные в регрессионную модель.

Стоит также отметить, что при проведении статистического анализа обращает на себя тесная связь между развитием осложнений и применением ТУР простаты перед HIFU терапией. Коэффициенты корреляции данного фактора составляет - 0.47 соответственно для недержания мочи, а при стриктуре уретры - 0.49.

Выводы

1. HIFU- терапия, несмотря на малоинвазивность метода, имеет достаточно высокий процент осложнений в виде недержания мочи 45(30%) и стриктуры уретры 43(28.5%).

2. Выявлена связь между развитием осложнений и применением ТУР простаты перед HIFU-терапии. Вероятнее всего применение данной процедуры, как подготовки пациента к основному методу лечения, и является основной причиной возникновения осложнений в послеоперационном периоде.

3. Поскольку проведение ТУР перед HIFU зависит от объема железы, то предпочтительнее на этот малоинвазивный метод отбирать пациентов с объемом не превышающий 30 см³, что позволяет избежать ТУР перед лечением. При данном объеме отмечено наименьшее количество осложнений в виде недержания мочи - 38.1% и стриктуры уретры 19.0%.

Список литературы

1. EAU Guidelines. Guidelines on Prostate cancer [Electronic resource]. — Vers 2014. — URL: <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.
2. Haynes A. B., Weiser T. G. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population // The New England journal medicine. — 2009. — Vol. 360, №5.
3. Mottet, N. Prostate cancer : guidelines / N. Mottet, P.J. Bastian, J. Bellmunt, R.C.N. van den Bergh, M. Bolla, N.J. van Casteren, P. Cornford, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, T.H. van der Kwast, H. van der Poel, O. Rouvière, T. Wiegel. — Netherlands : European Association of Urology, 2016. — 128 pp.
4. Torre, L.A. Global cancer statistics, 2012 / A.L. Torre, F. Bray, R.L. Siegel, J. Ferlay, J. Lortet-Tieulent, A. Jemal // CA. Cancer J. Clin. — 2015. — Vol. 65. — № 2. — P. 87-108.
5. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. — Москва : ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2016. — 250 с.
6. Галимов О. В. Профилактика вентральных грыж после лапароскопических операций / О. В. Галимов, В. О. Ханов, Р. А. Зиангиров // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 3. — С. 9—10.
7. Trotti A., Colevas A. D., Setser A. et al. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment // Semin Radiat Oncol. — 2003. — Vol. 13. — P. 176—181.
8. Veen M. R., Lardenoye J. W., Kastelein G. W. et al. Recording and classification of complications in a surgical practice // Eur J Surg. — 1999. — Vol. 165. — P. 421—424.
9. Veillard J., Champagne F., Klazinga N. et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project // International J for Quality in Health Care. — 2005. — Vol. 17, № 6. — P. 487—496.
10. Dindo D., Clavien P. A. What is a surgical complication? // World J Surg. 2008. — Vol. 32. — P. 939—941.
11. Sivaraman A., Coelho R. F., Patel V.R. et al. A new concept in reporting outcomes of robot assisted laparoscopic radical prostatectomy:

Таблица 5

Прогрессия РПЖ после HIFU - терапии

Проявление прогрессии	Форма распространенности процесса			
	Локализованная	Местно-распространенная	Генерализованная	Всего
Биохимический (Б/х) рецидив	10	2	1	13 (8,8%)
Местный рецидив	2	-	-	2 (1,4%)
Метастазирование	1	-	1	2 (1,4%)
Б/х + местный рецидив		1	-	1 (0,7%)
Б/х рецидив + метастазирование	2	2	1	5 (3,4%)
Всего	15 (15,2%)	5 (13,5%)	3 (27,3%)	28

the octafecta // European Urology Supplements. Eur Urol. — 2011. — Vol. 10. — P. 551.

12. Soko D.K., Wilson J. What is a surgical complication? // World J Surg. — 2008. — Vol. 32. — P. 942—944.

13. Donat S. M. Standards for Surgical Complication Reporting in Urologic Oncology: Time for a Change // Urol. — 2007. — Vol. 69, № 2.

14. Martin R. C., Brennan M. F., Jaques D. P. Quality of complication reporting in the surgical literature // Ann Surg. — 2002. — Vol. 235. — P. 803—813.

15. Haylen B. T., Freeman R. M., Lee J. et al. International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Terminology and Classification of the Complications Related to Native Tissue Female Pelvic Floor Surgery // Neurourology and Urodynamics. — 2012. — Vol. 31. — P. 406—414.

16. Strasberg S. M., Linehan D. C., Hawkins W. G. The Accordion Severity Grading System of surgical complications // Ann Surg. — 2009. — Vol. 250. — P. 177—186.

ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF TREATMENT OF PROSTATE CANCER HIGH-INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU)

I. V. CHERNYSHEV¹, R. S. NIZAMOVA², M. B. PRYANICHNIKOVA², E. A. BORYAEV²,
E. S. GUBANOV², A. A. ZIMICHEV²

¹FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation,
Moscow

²Samara State Medical University, Samara

Information about the authors:

Chernyshev Igor Vladislavovich – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation. E-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

Nizamova Rumiya Sakhabovna – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: nizamovars@yandex.ru

Gubanov Evgenii Sergeevich – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: samara-urology@mail.ru

Zimichev Aleksandr Anatolievich – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: Zimichew@mail.ru

АУГМЕНТАЦИОННАЯ МАСТОПЕКСИЯ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

И. В. СЕРГЕЕВ¹, Э. В. ШИХИРМАН²

¹Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

²Клиника пластической хирургии «Shihirman», Москва

Сведения об авторах:

Илья Вячеславович Сергеев – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Эдуард Вадимович Шихирман – Клиника пластической хирургии «Shihirman», e-mail: shihirman@gmail.com

Предложена усовершенствованная техника аугментационной мастопексии, дополненной аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом, у пациентов со значительным снижением объема молочной железы. Показано, что тщательная идентификация перфорантных сосудов межреберной артерии позволяет улучшить выживаемость боковых подмышечных лоскутов при аугментационной мастопексии и добиться удовлетворительного для пациентки восстановления объема молочной железы и улучшения контуров верхней половины туловища после массивного снижения веса тела.

Ключевые слова: аугментационная мастопексия, межреберной артерии, молочная железа, ожирение.

Значительное снижение веса при избыточной массе тела приводит к появлению областей с массивным избытком кожи и подкожных тканей. При этом инволюционные изменения молочной железы могут служить источником выраженной эстетической неудовлетворенности пациентки [1]. Потеря объема молочной железы при значительном снижении веса способствует ее выраженному птозу, а также невыгодному изменению конфигурации всей поверхности верхней половины туловища [2, 5].

Выполнения стандартной мастопексии для восстановления эстетически приемлемой формы молочной железы при значительном снижении ее объема, как правило, недостаточно, так как в этих случаях требуется увеличение ее объема [3]. Кроме того, снижение объема тканей, окружающих имплантаты, приводит к невыгодному подчеркиванию их контуров, что также нередко беспокоит пациенток [4].

В таких ситуациях нами выполнялась мастопексия, дополненная аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом, кровоснабжающимся ветвями торакодорзальных и межреберных артерий.

Для мастопексии, дополненной свободным аутогенным лоскутом, нами были отобраны 14 пациенток после выраженно-го снижения массы тела. Средний период после выполнения бариатрических операций составил 2,4 года, средний возраст – 45,8 лет, средний потерянный вес – 51 кг, средний ИМТ после операции – 31,6. В течение 6 месяцев, предшествующих операции, пациентки должны были контролировать свой вес, следя за тем, чтобы он не увеличивался. В 6 случаях мастопексия была дополнена субпекторальной установкой силиконовых имплантатов для большего увеличения объема молочных желез.

Во всех случаях перед вмешательством была выполнена разметка операционного поля при стандартном положении тела.

После выполнения стандартной вертикальной мастопексии, вмешательство дополнялось выкраиванием и подшиванием бокового подмышечного лоскута. Основание свободного лоскута шириной от 6 до 8 см определялось вдоль передней подмышечной линии.

Идентификация кожных перфорантных артерий проводилась с помощью ультразвуковой доплерографии передней подмышечной области. Длина лоскута составляла обычно от 15 до 20 см, в соответствии с объемом избыточной кожи и жировой клетчатки. Продольная ось лоскута располагалась параллельно ребрам с небольшим верхним косым отклонением дистального края.

Кожно-мышечный лоскут выделялся от своего заднего края к переднему. При этом с особой тщательностью идентифицировались и сохранялись межреберные перфорантные артерии, расположенные вдоль боковой стенки грудной клетки. Первичное ушивание ложа лоскута выполнялось послойно с использованием викриловых нитей 2-0 для глубоких слоев, и для подкожных тканей и кожи монокрилового шовного материала 3-0.

Все перфорантные артерии, питающие лоскут, тщательно сохранялись. После достаточной мобилизации лоскута он поворачивался приблизительно на 90 градусов вокруг ранее созданной нижней ножки, позиционировался нужным образом и затем фиксировался к грудной клетке.

В послеоперационном периоде пациентки приглашались для осмотра приблизительно через неделю, месяц, 3 месяца и 6 месяцев после вмешательства. Во всех случаях после первой недели в области оперативного вмешательства выявлялся отек мягких тканей и межтканевые гематомы различной распространенности, самостоятельно разрешившиеся в течение 1–2 месяцев.

У двух пациенток были выявлены межтканевые серомы объемом до 100 мл. Ни в одном из случаев не было выявлено

признаков некротических изменений жировой клетчатки или тканей лоскута, расхождения раны или некроза кожи. Осложнений со стороны донорской области также выявлено не было.

После 1 месяца и 6 месяцев, мастопексия с аутогенным увеличением молочных желез боковым подмышечным лоскутом обеспечивала хорошее положение соска и удовлетворительный объем молочной железы, при этом устранялся избыток кожи и жировой клетчатки на переднебоковой области грудной клетки. В целом, пациентки были удовлетворены улучшением формы и увеличением размеров молочных желез при одновременном сокращении избытка кожи и жировой клетчатки.

Рубец, простирающийся от переднебоковой области грудной клетки и продолжающийся вдоль субмаммарной складки, как правило хорошо скрывался нижним бельем и был приемлем с косметической точки зрения.

Необходимость в послеоперационной ревизии возникла в 1 случае, в котором для дополнительного увеличения объема молочной железы были установлены имплантаты. Спустя месяц после операции произошло смещение имплантата на одной стороне, что потребовало выполнения капсулэктомии и ушивания капсульного кармана.

Во всех случаях ткани свободного лоскута оставались не напряженными и однородными по сравнению с окружающими их тканями молочной железы на протяжении всего периода наблюдения, а граница между ними при пальпации практически не определялась.

Таким образом, тщательная дооперационная идентификация перфорантных сосудов межреберной артерии обеспечивает 100 % выживаемость бокового подмышечного лоскута при аугментационной мастопексии. Данная методика увеличивающей маммопластики в сочетании со стандартной мастопексией позволяет достичь удовлетворительного для пациентки восстановления объема молочной железы и улучшения контуров верхней половины туловища после массивного снижения веса тела. При недостаточном объеме тканей лоскута операция может быть дополнена установкой имплантата молочных желез нужного размера.

Список литературы

1. Бурдин В.В., Перкин Э.М. Результаты хирургической коррекции опущения молочных желез // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2006. – № 1. – С.18–25.
2. Миланов Н. О., Старцева О. И., Чаушева С. И. Анализ опыта одномоментной мастопексии и эндопротезирования молочных желез // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2005. – № 1. – С. 34–40.
3. Тимербулатов В. М., Попов О. С., Плечев В. В., Попова О. В. Маммопластика при нарушениях объема и формы молочной железы. – М. – 2002. – 176 с.
4. Rubin JB, Khachi G. Mastopexy after massive weight loss: dermal suspension and selective auto-augmentation // *Clin Plast Surg.* – 2008. – V. 35. – № 1. – P. 123–9.
5. Schoeller T, Meirer R, Otto-Schoeller A, Wechselberger G, Piza-Katzer H. Medial thigh lift free flap for autologous breast augmentation after bariatric surgery // *Obes Surg.* – 2002. – V. 12. – № 6. – P. 831–4.

AUGMENTATION MASTOPEXY AFTER MASSIVE WEIGHT LOSS

I. V. SERGEEV¹, E. V. SHIKHIRMAN²

¹Moscow Regional Research and Clinical institute ("MONIKI")

²Clinic of plastic surgery "Shihirman", Moscow

Information about the authors:

Ilya V. Sergeev – Moscow Regional Research and Clinical institute ("MONIKI"), e-mail: info@doctorplastic.ru

Edward V. Shihirman – Clinic of plastic surgery "Shihirman"

An improved technique augmentation mastopexy supplemented with autologous breast enlargement side axillary flap, in patients with a significant reduction in breast volume. It is shown that a careful identification of perforating vessels intercostal arteries can improve the survival rate of axillary lateral flaps with augmentation mastopexy and achieve a satisfactory recovery for the patient of breast volume and improve the contour of the upper half of the body after a massive reduction in body weight.

Key words: augmentation mastopexy, intercostal artery, mammary gland, obesity.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНОНЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

А. А. ЗИМИЧЕВ¹, И. В. ЧЕРНЫШЕВ², Р. С. НИЗАМОВА¹, Е. С. ГУБАНОВ¹

¹ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара

²ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Сведения об авторах:

Зимичев Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: Zimichew@mail.ru

Чернышев Игорь Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

Низамова Румия Сахабовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nizamovars@ya.ru

Губанов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: samara-urology@mail.ru

Применили в лечение пациентов с раком мочевого пузыря стадий T1N0M0 ТУР + ТУЭВ и внутрипузырную адьювантную химиотерапию доксорубицином сразу после операции, затем 3 раза с 7-дневным интервалом, после 1 раз в месяц первый год в дозе 40 мг, а второй год - по 20 мг 1 раз в месяц. При анализе результатов лечения применили разработанную систему псевдомногофакторного анализа. В исследовании доказано, что применение пролонгированной внутрипузырной химиотерапии позволяет оптимизировать терапию рака мочевого пузыря. Рецидив обнаружен всего в 2,5% случаев, а пятилетняя безрецидивная выживаемость достигла 97,5%.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, химиотерапия.

Введение

На прогноз заболевания, частоту последующего рецидивирования опухоли, возникновение осложнений терапии, и, в конце концов, на выживаемость во многом влияет и выбор оптимального подхода к лечению. Трансуретральная резекция (ТУР) – хирургическое вмешательство, которое проводится для диагностики, стадирования и лечения немусечноинвазивного рака мочевого пузыря [1]. Хотя ТУР является часто выполняемой операцией, почти всегда имеет место вероятностный подход к распространению и границам опухоли. Устраняет данное ограничение вторая, повторная, ре-резекция, выполняемая после первичной ТУР, особенно при опухолях высокого риска [2]. Успешное лечение рака мочевого пузыря основано на трех основополагающих принципах – одном, зависящем от другого. Во-первых, все видимые папиллярные новообразования должны быть полностью резецированы. Во-вторых, в борьбе с микроскопическими резидуальными опухолями хороший эффект имеет местная химиотерапия. Важным моментом является то, что влияние на исход НМРМП имеет морфологическая оценка опухоли. В одном из исследований указано на то, что собственная пластинка слизистой мочевого пузыря не определяется более чем в 51% препаратов [3]. Частота резидуальных

опухолей, выявленных по данным ре-ТУР, варьирует от 27 до 78% [1 – 4]. Персистенция заболевания при стадии T_a составляет 27-72%, при T₁ – 33-78%. Множественность поражения, а также низкая степень дифференцировки увеличивают риск неполной резекции [4]. Несмотря на обоснованную тактику лечения, поверхностный рак мочевого пузыря прогрессирует до мышечного слоя в 20-30% случаев, обычно в течение 5 лет. Выполнение цистэктомии до инвазии в мышечный слой ухудшает показатель выживаемости [3]. Отсутствие опухоли по данным повторной ТУР обусловило низкий процент рецидивов, большую длительность безрецидивного периода и меньшую частоту прогрессии по сравнению с пациентами, которым проводилась единственная операция [5].

Целью исследования является оптимизация органосохраняющего лечения поверхностного рака мочевого пузыря с использованием хирургического лечения и выполнении пролонгированной внутрипузырной химиотерапии в адьювантном режиме.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось методом случай-контроль. Исходным материалом исследования служили 565 больных с неинвазивным раком мочевого пузыря T1N0M0G1-3, получавший

лечение в клинике урологии СамГМУ в период с 2000 – 2010 гг. На стадии опухоли T1N0M0G1 на лечении было 183 пациента. Всем больным выполнено органосохраняющее лечение. Причем резекция мочевого пузыря выполнена у 102 пациентов, а ТУР – у 81 человека. На стадии опухоли T1N0M0G2 на лечении было 315 больных. Органосохраняющее лечение выполнено 311 пациентам, а цистэктомия – 4 больным. Резекция мочевого пузыря выполнена 166 пациентам, а ТУР – 145. На стадии опухоли T1N0M0G3 на лечении было 67 человек. Органосохраняющее лечение выполнено 60 пациентам, а цистэктомия – 7. Резекция мочевого пузыря выполнена 32 больным, а ТУР – 28.

Схема внутрипузырной терапии включает 1 введение 40 мг доксорубицина сразу после ТУР, 4 инстилляций по 40 мг в первый месяц с интервалом в 1 неделю, затем - инстилляций 1 раз в месяц первый год по 40 мг, последующий год - по 20 мг 1 раз в месяц [6]. В послеоперационном периоде в течение 5 лет осуществлялся мониторинг больных для выявления рецидива заболевания.

Оценки влияния метода лечения на исход заболевания определена с использованием монофакторного дисперсионного анализа. Пусть X некоторая генеральная совокупность, на которую может влиять некоторый качественный фактор F , имеющих p уровней F_1, F_2, \dots, F_p . Однофакторный дисперсионный анализ применяют чтобы выявить, оказывает ли существенное влияние фактор F на величину X . Для этого сравнивают факторную дисперсию $s^2_{\text{факт}}$ [7], порожденную воздействием фактора, и остаточную дисперсию $s^2_{\text{ост}}$, обусловленную случайными причинами. Если различие между этими дисперсиями значимо, то фактор F оказывает существенное влияние на совокупность X . В этом случае, для того чтобы выявить который из уровней фактора оказывает наибольшее влияние на совокупность X производят попарное сравнение средних, соответствующих различным значениям $F_i, i = 1, p$. Пусть число испытаний на различных уровнях различно, при этом на уровне F_1 произведено q_1 испытаний, на уровне F_2 произведено q_2 испытаний, ..., на уровне F_p произведено q_p испытаний. Для упрощения вычислений вместо отдельных наблюдений x_{ij}, i - номер испытания, j - номер уровня фактора, можно использовать $y_{ij} = x_{ij} - C$, где C - среднее всех наблюдений x_{ij} . Для выявления, существенно ли различаются дисперсии $s^2_{\text{факт}}$ и $s^2_{\text{ост}}$, следует проверить нулевую гипотезу $H_0: s^2_{\text{факт}} = s^2_{\text{ост}}$ с использованием критерия Фишера при уровне значимости $\alpha = 0,05$.

Исходу лечения пациента с раком мочевого пузыря было присвоено то или иное дискретное числовое значение натурального ряда в соответствии со степенью проявления: 1 – безрецидивная выживаемость больного в течение 5 лет, 2 – возник рецидив рака мочевого пузыря в течение 5 лет.

Результаты исследования

Перспективным является применение сочетания ТУР и ТУЭВ мочевого пузыря в лечении больных раком мочевого пузыря. Нами был проанализирован объем проведенного оперативного вмешательства и его влияние на возможный рецидив и летальный исход при различных размерах опухоли (табл. 1 – 3).

В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа установлено, что исход лечения больных раком мочевого пузыря различного размера зависит от выбранного объема хирургического лечения. Гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, т.к. при ее проверке $F_{\text{набл}} 12,1$, что превышает $F_{\text{кр}} 1,8$, при уровне значения 0,05. Это означает, что вполне корректно сравнивать результаты лечения в группах, и чем M меньше, тем отдаленные результаты лучше. Оптимальные результаты лечения рака мочевого пузыря с размером опухоли меньше 2 см получены у пациентов, которым выполнена ТУР и ТУЭВ мочевого пузыря (средняя M 1,15), хуже результат ТУР мочевого пузыря (средняя M 1,27), результаты же сегментарной резекции в данной группе пациентов оказались самыми негативными (средняя M 1,43). В группе больных с размером опухолевого новообразования от 2 до 4 см также наилучшим образом показало сочетание трансуретральной электровапоризации с резекцией мочевого пузыря (средняя M 1,18) и оказалось намного лучше сегментарной резекции (средняя M 1,51) и трансуретральной резекции (средняя M 1,63). В группе пациентов с раком мочевого пузыря размерами 4 см и более также наиболее оптимально применение ТУЭВ с ТУР мочевого пузыря (средняя M 1,27). В то же время результаты просто ТУР совсем неудовлетворительные (средняя M 2,21). Проведение сегментарной резекции мочевого пузыря в отдельных случаях оправдано, т.к. ее результаты вполне приемлемы (средняя M 1,74).

В настоящее время применение комбинированного лечения актуально, поскольку может позволить снизить количество рецидивов рака мочевого пузыря. Нами предложен и апробирован у 41 пациента способ лечения рака мочевого пузыря, заключающийся в выполнении операции и внутрипузырной химиотерапии. Сначала выполнялась ТУР мочевого пузыря с трансуретральной электровапоризацией, а затем в течение 2 лет проводилась внутрипузырная химиотерапия доксорубицином по разработанной нами схеме. Проведено ретроспективное сравнение результатов нашей схемы лечения с изолированным оперативным лечением, сочетанием операции с системной полихимиотерапией и с комбинированным лечением. Сравнение проведено в идентичных гистопатологических группах.

На стадии опухоли T1N0M0G1 оперативное лечение выполнено 24 больным, комплексное – 150 пациентам и мультимодальное – 9. ТУР + ТУЭВ мочевого пузыря выполнена 12 пациентам, затем с течение 2 лет проводилась внутрипузырная химиотерапия доксорубицином по разработанной нами схеме. В зависимости от объема проведенной терапии различался и исход заболевания (табл. 4).

В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа установлено, что результаты лечения больных раком мочевого пузыря на стадии T1N0M0G1 различаются достоверно. Гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, т.к. при ее проверке $F_{\text{набл}} 14,8$ превышает $F_{\text{кр}} 2,6$, при уровне значения 0,05. Оптимальным методом лечения больных злокачественным новообразованием мочевого пузыря на стадии T1N0M0G1 явилось сочетание ТУР с пролонгированной внутрипузырной

Таблица 1

Рецидив и летальный исход заболевания в зависимости от объема операции при размере опухоли менее 2 см

Объем проведенной операции	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
ТУР мочевого пузыря	101	26	25,7%	1	1,0%
Резекция мочевого пузыря	76	31	40,8%	2	2,6%
ТУР мочевого пузыря + ТУЭВ мочевого пузыря	58	9	15,5%	0	0

Таблица 2

Рецидив и летальный исход заболевания в зависимости от объема операции при размере опухоли от 2 до 4 см

Объем проведенной операции	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
ТУР мочевого пузыря	139	76	51,3%	12	8,6%
Резекция мочевого пузыря	181	77	42,5%	16	8,8%
Цистэктомия	4	0	0	3	75,0%
ТУР мочевого пузыря + ТУЭВ мочевого пузыря	62	10	16,1%	1	1,6%

Таблица 3

Рецидив и летальный исход заболевания в зависимости от объема операции при размере опухоли более 4 см

Объем проведенной операции	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
ТУР мочевого пузыря	14	12	85,7%	5	35,7%
Резекция мочевого пузыря	43	23	53,5%	9	20,9%
Цистэктомия	7	0	0	5	71,4%
ТУР мочевого пузыря + ТУЭВ мочевого пузыря	34	8	23,5%	1	2,9%

химиотерапией (средняя М 1,22), хуже результаты у мультимодального лечения (средняя М 1,22). При сочетании операции с проведением системной полихимиотерапии средняя М 1,31. Если пациенту проведено только оперативное лечение – результаты неутешительны (средняя М = 2,0).

На стадии опухоли T1N0M0G2 различался объем лечения: оперативное (30 больных), комплексное (231 человек) и мультимодальное (54 пациента). ТУР и пролонгированная внутрипузырная химиотерапия выполнена 18 больным. В зависимости от объема проведенной терапии различался и исход заболевания (табл. 5).

В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа выяснено, что результаты лечения больных раком мочевого пузыря стадии T1N0M0G2 различаются достоверно. Гипотеза $H_0: M(X_1)=M(X_2)=\dots=M(X_n)$ отвергнута, т.к. при ее проверке $F_{набл} 16,4$ превышает $F_{кр} 2,6$, при уровне значения 0,05. Наиболее оптимальным методом органосохраняющего лечения больных злокачественным новообразованием мочевого пузыря на стадии T1N0M0G2 является выполнение ТУР с пролонгированной в/п химиотерапией (средняя М 1,0), хорошие результаты получены для мультимодального лечения (средняя

М 1,18), неплохие результаты получены для комплексного лечения (средняя М 1,47). Намного хуже применение изолированного оперативного вмешательства (средняя М 2,08).

На стадии опухоли T1N0M0G3 оперативное лечение выполнено 7 больным, комплексное – 22, мультимодальное – 31. ТУР и пролонгированная внутрипузырная химиотерапия выполнена 11 пациентам. В зависимости от объема проведенной терапии различался и исход заболевания (табл. 6).

В результате дисперсионного псевдомногофакторного анализа установлено, что результаты лечения больных раком мочевого пузыря стадии T1N0M0G3 различаются достоверно. Лучшим методом лечения больных злокачественным новообразованием мочевого пузыря на стадии T1N0M0G3 является проведение ТУР в сочетании с пролонгированной внутрипузырной химиотерапией (средняя М 1,10), хуже сочетание операции с системной полихимиотерапией и лучевой терапией, еще хуже результаты оперативного лечения с применением неoadъювантной системной полихимиотерапии (средняя М 1,77). Совсем неудовлетворительные результаты отмечены при проведении изолированного оперативного вмешательства (средняя М 2,57). Применение в лечении пациентов с раком мо-

Таблица 4

Рецидив и летальный исход у больных с раком мочевого пузыря на стадии T1N0M0G1 в зависимости от объема терапии

Объем проведенного лечения	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
Оперативное	24	21	87,5%	3	12,5%
Комплексное	150	40	26,6%	6	4,0%
Мультимодальное	9	2	22,2%	0	0
Пролонгированная в/п химиотерапия + операция	12	0	0	0	0

Таблица 5

Рецидив и летальный исход у больных с раком мочевого пузыря на стадии T1N0M0G2 в зависимости от объема терапии

Объем проведенного лечения	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
Оперативное	26	23	88,5%	5	19,2%
Комплексное	231	89	38,5%	20	8,6%
Мультимодальное	54	8	14,8%	2	3,7%
Пролонгированная в/п ХТ + операция	18	0	0	0	0

Таблица 6

Рецидив и летальный исход у больных с раком мочевого пузыря на стадии T1N0M0G3 в зависимости от объема терапии

Объем проведенного лечения	Всего больных	Число пациентов с рецидивом РМП		Число пациентов с летальным исходом	
		Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
Оперативное	7	7	100%	4	57,1%
Комплексное	22	14	63,6%	3	13,6%
Мультимодальное	31	10	32,2%	2	6,4%
Пролонгированная ХТ + ТУР	11	1	9,1%	0	0

чечевого пузыря стадий T1N0M0 ТУР+ТУЭВ пролонгированной внутрипузырной адьювантной химиотерапии доксорубицином сразу после операции, затем 3 раза с 7 дневным интервалом, после 1 раз в месяц первый год в дозе 40 мг, а второй год – по 20 мг 1 раз в месяц позволяет улучшить отдаленные результаты терапии опухолевого заболевания. Рецидив обнаружен всего в 2,4% случаев, а трехлетняя безрецидивная выживаемость достигла 97,5%. При сравнении данных результатов применение ТУР+ТУЭВ+пролонгированная химиотерапия (безрецидивная выживаемость 97,5%) превосходит по эффективности цистэктомии (безрецидивная выживаемость 80%) и применение ТУР+БЦЖ (безрецидивная выживаемость 90,2%).

Максимальное количество рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря определяется в первые 3 года после лечения. Поэтому для своевременного выявления рецидива рака мочевого пузыря ре-ТУР мочевого пузыря необходимо проводить в течении 3 месяцев. Далее эндоскопический контроль проводится по следующей схеме: на протяжении первых 3 лет – каждые 3 месяца; затем 2 года – каждые 6 месяцев; затем – ежегодно.

При диспансерном наблюдении прооперированным больным ежеквартально необходимо проводить общеклинические анализы, УЗИ малого таза и органов брюшной полости, а ежегодно рентген грудной клетки и сцинтиграфию для идентификации отдаленного метастазирования. При диагностике рецидива поверхностного рака мочевого пузыря рекомендуем проводить органосохраняющее мультимодальное лечение, если нет прогрессии заболевания. В случае прогрессии заболевания актуально проведение органосохраняющего лечения.

Заключение

Применение в лечение пациентов с раком мочевого пузыря стадий T1N0M0 трансуретральной вапоризации совместно с трансуретральной резекцией и внутрипузырной адьювантной химиотерапии сразу после операции, затем 1 месяц 7-дневным интервалом, после 1 раз в месяц первый год в дозе 40 мг, а второй год - по 20 мг 1 раз в месяц позволяет улучшить отдаленные результаты терапии опухолевого заболевания. Рецидив обнаружен всего в 2,5% случаев, а пятилетняя безрецидивная выживаемость достигла 97,5%.

Список литературы

1. Babjuk M. Second resection for non-muscle-invasive bladder carcinoma: current role and future perspectives. Eur. Urol. 2010 Aug;58(2):191-2. doi: 10.1016/j.eururo.2010.04.019. Epub 2010 Apr 21.
2. Raj G.V., Herr H., Serio A.M., Donat S.M., Bochner B.H., Vickers A.J., Dalbagni G. Treatment paradigm shift may improve survival of patients with high risk superficial bladder cancer. J. Urol. 2007 Apr;177(4):1283-6; discussion 1286.
3. Maruniak N.A., Takezawa K., Murphy W.M. Accurate pathological staging of urothelial neoplasms requires better cystoscopic sampling. J. Urol. 2002 Jun;167(6):2404-7.
4. Herr H.W. et al. (2007) Can restaging transurethral resection of T1 bladder cancer select patients for immediate cystectomy? // J. Urol. 177. – P. 75–79.
5. Guevara A., Salomon L., Allory Y., Ploussard G., de la Taille A., Paul A., Yiou R., Hoznek A., Dahan M., Abbou C.C., Vordos D. The role of tumor-free status in repeat resection before intravesical bacillus Calmette-Guerin for high grade Ta, T1 and CIS bladder cancer. J. Urol. 2010 Jun;183(6):2161-4. doi: 10.1016/j.juro.2010.02.026.
6. Способ лечения при раке мочевого пузыря : патент на изобретение № 2457846 от 05.07.2010 / Зимичев А.А.
7. Программа для оценки эффективности применяемого лечения рака мочевого пузыря на основе псевдомногофакторного анализа / А.А. Зимичев, В.Н. Маклаков. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2009614486 от 20.09.2009.

IMPROVEMENT OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THE MYSHECHNONEINVAZIVNY CANCER OF THE BLADDER ABOUT USE OF THE CHEMOTHERAPY PROLONGED BY INSTILLATION OF DOXORUBICIN

A. A. ZIMICHEV¹, I. V. CHERNYSHEV², R. S. NIZAMOVA¹, E. S. GUBANOV¹

¹Samara State Medical University, Urology Department, Samara

²FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow

Information about the authors:

Zimichev Aleksandr Anatolievich – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University.
E-mail: Zimichew@mail.ru

Chernyshev Igor Vladislavovich – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation. E-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

Nizamova Rumiya Sakhabovna – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in Samara State Medical University.
E-mail: nizamovars@yandex.ru

Gubanov Evgenii Sergeevich – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University.
E-mail: samara-urology@mail.ru

Applied in treatment of patients with a cancer of a bladder of stages of T1N0M0 TUR + TUEV and Instillation of doxorubicin chemotherapy right after operation, then 3 times with a 7-day interval, after once a month first year in a dose of 40 mg, and the second year - on 20 mg once a month. In the analysis of results of treatment applied the developed system of the pseudo-multiple-factor analysis. In research it is proved that application of the prolonged Instillation of doxorubicin chemotherapy allows to optimize therapy of a cancer of bladder. Recurrence is found in only 2,5% of cases, and the five-year without Recurrence survival reached 97,5%.

Key words: bladder cancer, chemotherapy.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Э. С. ТОКАЕВА, М. Р. ОРАЗОВ, Л. К. БАРСЕГЯН

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Сведения об авторах:

Токаева Эльвира Сериковна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации – акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: tokaeva.e@yandex.ru
Оразов Мекан Рахимбердыевич – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: omekan@mail.ru
Барсегян Лилиит Корюновна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации – акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: lilianna_91@mail.ru

Статья посвящена одной из актуальных проблем современной гинекологии, тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом. Актуальность данного вопроса обусловлена высокой распространенностью заболевания и отсутствием тенденции к ее снижению. Считается, что согласно данным ВОЗ, каждая 10-я женщина в мире страдает эндометриозом. Поэтому и целью настоящего исследования было изучение особенностей соматического здоровья у женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью. В данное исследование было включено 150 женщин репродуктивного возраста с эндометриозом. Результатами исследования продемонстрировали высокую частоту разнообразных соматических заболеваний у женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью.

Ключевые слова: эндометриоз; эндометриоз-ассоциированная тазовая боль; хроническая тазовая боль; коморбидность; соматический статус.

Актуальность

Хроническая тазовая боль является одним из ведущих симптомов наружного генитального эндометриоза [1]. Боль, индуцированная эндометриозом, отрицательно влияет на социальную и жизненную активность, снижает либидо, приводит к общему снижению качества жизни, депрессивным и тревожным состояниям [2].

Среди исследуемого контингента частота встречаемости хронической тазовой боли составила от 26 до 90% [3]. Резидуальный и рецидивирующий болевой синдром встречается у 18-80 % женщин, прошедших комбинированную терапию НГЭ [4].

Запоздавшая диагностика эндометриоза и разнообразие болевых механизмов обуславливают трудности терапии тазовой боли, индуцированной эндометриозом.

На сегодняшний день, хроническая тазовая боль является совокупностью взаимодействия разнообразных биологических, психологических и социокультурных факторов. Патогенез развития хронической тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом, до сих пор до конца не изучен.

Возникновение хронической тазовой боли ассоциируют с феноменом микроменструаций, проалгогенным воздействием провоспалительных цитокинов, рубцово-спаечным процессом в малом тазу, а также поражением нервных волокон.

Вследствие вышеупомянутых патогенетических механизмов, на сегодняшний день, в литературе активно обсуждается вопрос некоторых соматических заболеваний, ассоциированных с эндометриозом. Интересно, что в эпидемиологических

исследованиях за последние десятилетия была выявлена взаимосвязь между эндометриозом и другими соматическими заболеваниями, такими, как аутоиммунные болезни, астма, аллергические расстройства и сердечно-сосудистые заболевания.

Основные механизмы данной взаимосвязи пока не известны, однако более глубокое их понимание необходимо и может привести к новым открытиям в области причин развития и последствий эндометриоза. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей соматического статуса пациентов с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН, в рамках основной научной деятельности кафедры. Исследование включало ретроспективный анализ первичной медицинской документации 100 женщин репродуктивного возраста с тазовой болью, обусловленной эндометриозом, как основную изучаемую группу. В контрольную группу было включено 50 условно-здоровых женщин аналогичного возраста.

Методы исследования включали в себя изучение клинико-анамнестических данных, особенности соматического статуса у женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью.

Верификация диагноза эндометриоза была проведена на основании морфологического исследования биоптатов, полученных во время операции (выписки из историй болезни и результаты морфологического исследования).

Критериями включения в основную группу являлась эндометриоз-ассоциированная тазовая боль репродуктивного

возраста. Критериями исключения служили синдром тазовой боли, обусловленный иными гинекологическими и негинекологическими заболеваниями.

Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере с использованием программ Biostatistics (версия 4.03) для Windows. Вычисляли среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом t-критерия Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Средний возраст обследуемых женщин составил 39 ± 4 лет.

Изучение соматического анамнеза продемонстрировало что количество заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений углеводного обмена, аутоиммунных заболеваний, было достоверно больше в основной группе, чем в группе контроля ($p < 0,05\%$).

Анализ частоты экстрагенитальных выявил среди исследованных выявил: гипертоническая болезнь (14,8% и 2,3%, $p < 0,05\%$); атопический дерматит (2,5% и 1,2%, $p < 0,05\%$), ревматизм (9,1% и 2,1% $p < 0,05\%$), сахарный диабет (11,6 % и 3,0 % $p < 0,05\%$), хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (29,0% и 9,0 $p < 0,05\%$).

Данные систематического обзора Ferrero S et al., (2015 г.) подтверждают тот факт, что соматический статус пациенток с эндометриозом отягощен сахарным диабетом, несмотря на более низкий ИМТ [5]. Результаты проведенного нами исследования позволяют предположить подверженность женщин с эндометриозом хроническим заболеваниям различных органов и систем и подтверждают результаты других систематических обзоров. Так, например, Yu et al. (2015 г.) в своем исследовании продемонстрировали гораздо более высокую заболеваемость гипертонической болезнью у пациенток с эндометриозом по сравнению с контрольной группой (50.7% среди женщин с эндометриозом и 55.7% женщин без эндометриоза, $p < 0.001$), и также, более высокую степень заболеваемости сахарным диабетом (31.6% и 26.8% у пациенток с эндометриозом и без соответственно $p < 0.001$) [6]. Существуют и другие, контраверсионные мнения в исследованиях другой степени доказательности, например, K.C. Wang et al. (2015 г.) и WY H.C. et al. (2015 г.) полагают, что у женщин с эндометриозом существует предрасположенность к развитию ожирения [7], [8], [9],[10].

Учитывая патогенетические особенности течения эндометриоза, включающие в себя преобладание аутоиммунных и паракринных механизмов, у данных пациенток существует определенная предрасположенность к развитию сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и аутоиммунных заболеваний, вследствие общности развития механизмов заболеваний. Таким образом, эндометриоз популяция высокого риска для основных хронических заболеваний.

Среди рандомизированных контролируемых исследований, в которых изучалась возможная взаимосвязь между эн-

дометриозом и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), сообщается о статистически значимо более низком потокоопосредованном расширении сосудов у женщин с эндометриозом по сравнению с женщинами контрольной группы [11], в то время как в другом исследовании не было найдено значительной разницы в показателях толщины интимы-медии (ТИМ) сонной артерии [9].

В крупномасштабном эпидемиологическом исследовании – Исследование здоровья медсестер II (Nurses' Health Study II) выявило повышение риска таких сердечно-сосудистых заболеваний, как инфаркт миокарда и стенокардия у женщин с эндометриозом.

Вывод

Вышеизложенное позволяет заключить о том, что у пациенток с эндометриозом-ассоциированной тазовой болью выявлен отягощающий соматический анамнез, проявляющийся различными заболеваниями сердечно-сосудистой, желчных путей и эндокринной системы.

Список литературы

1. Адамян Л. В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных // Е. Н. Андреева, И. А. Аполихина, В. Ф. Беженарь, М. А. Геворкян, А. И. Гус, В. Н. Демидов, Е. А. Калинина, С. А. Леваков, Л. А. Марченко, А. А. Попов, М. М. Сонова, А. З. Хашукоева, Г. Е. Чернуха, Е. Л. Яроцкая. – Москва, 2013.
2. Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study / G. Cavagioni [et al.] // BioMed. Res. Int. – 2014. – Vol. 6. – P. 1-5.
3. Адамян, Л.В. Роль современной гормонотерапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Проблемы репродукции. – 2011. – No 6. – С. 66- 77.
4. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2014 May;10(5):261-75. doi: 10.1038/nrendo.2013.255. Epub 2013 Dec 24.
5. Ferrero S, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Body mass index in endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015;121:94e8.
6. Yu HC, Lin CY, Chang WC, Shen BJ, Chang WP, Chuang CM, et al. Increased association between endometriosis and endometrial cancer: a nationwide population-based retrospective cohort study. Int J Gynecol Cancer 2015;25:447e52.
7. K.C. Wang, W.H. Chang, W.L. Lee, N. Huang, H.Y. Huang, M.S. Yen, et al. An increased risk of epithelial ovarian cancer in Taiwanese women with a new surgico-pathological diagnosis of endometriosis. BMC Cancer, 14 (2014), p. 831
8. W.H. Chang, K.C. Wang, W.L. Lee, N. Huang, Y.J. Chou, R.C. Feng, et al. Endometriosis and the subsequent risk of epithelial ovarian cancer. Taiwan J Obstet Gynecol, 53 (2014), pp. 530–535
9. H.C. Yu, C.Y. Lin, W.C. Chang, B.J. Shen, W.P. Chang, C.M. Chuang, et al. Increased association between endometriosis and endometrial cancer: a nationwide population-based retrospective cohort study. Int J Gynecol Cancer, 25 (2015), pp. 447–452
10. H.C. Yu, C.Y. Lin, W.C. Chang, B.J. Shen, W.P. Chang, C.M. Chuang, et al. Increased association between endometriosis and endometrial cancer: a nationwide population-based retrospective cohort study. Int J Gynecol Cancer, 25 (2015), pp. 447–452

11. *Kvaskoff M, Mu F, Terry KL, Harris HR, Poole EM, Farland L, Missmer SA. Endometriosis: a high-risk population for major chronic diseases? Hum Reprod Update. 2015 Jul-Aug;21(4):500-16. doi: 10.1093/humupd/dmv013. Epub 2015 Mar 11.*

COMORBIDITY AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PAIN

E. S. TOKAYEVA, M. R. ORAZOV, L. K. BARSEGYAN

Federal State Autonomous educational institution Russian University of friendship of peoples, Moscow

Information about the authors:

Tokayeva Elvira Serikovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: tokaeva.e@yandex.ru

Orazov Mekan Rakhimberdyevich – Doctor of Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: omekan@mail.ru

Barsegyan Lilith Koryunovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: lilianna_91@mail.ru

This article deals with one of the most disputable problem of modern gynaecology that is endometriosis-associated pelvic pain. Actuality of this issue is caused by its high prevalence without tendency to decreasing. In accordance to the WHO latest data every 10th woman in the world has endometriosis. That's why the aim of the study was to research how endometriosis influences on human somatic status. 150 women of reproductive age were included in our study. Data of this study demonstrated a high incidence of various somatic diseases among women with endometriosis.

Key words: endometriosis; endometriosis-associated pain; chronic pelvic pain; comorbidity; somatic status.

МЕСТО ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. ЗИМИЧЕВ¹, А. С. КОРАБЕЛЬНИКОВ¹, И. В. ЧЕРНЫШЕВ², Р. С. НИЗАМОВА¹, Е. С. ГУБАНОВ¹

¹ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара

²ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами
Президента Российской Федерации, Москва

Сведения об авторах:

Зимичев Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: Zimichew@mail.ru

Корабельников Александр Сергеевич – ассистент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nihilius2009@rambler.ru

Чернышев Игорь Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий урологическим отделением ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации, e-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru

Низамова Румия Сахабовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: nizamovars@ya.ru

Губанов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Самарского государственного медицинского университета, e-mail: samara-urology@mail.ru

Выполнено изучение возможностей выявления злокачественного образования простаты, прогнозирования заболевания, вопроса инцидентального рака предстательной железы. Проведен обзор отечественных и иностранных источников литературы, рассматривающих данные вопросы. Диагностика рака предстательной железы остается актуальным и дискуссионным вопросом онкоурологии. Инцидентальный рак простаты является распространенным заболеванием среди мужчин с ДГПЖ.

Ключевые слова: рак предстательной железы, диагностика, биопсия, инцидентальный рак.

Введение

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. С возрастом риск развития этого заболевания растет на 3-4% в год, и прекращает расти только тогда, когда у данной популяции начинает увеличиваться уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В 2014 году первые места в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России распределены следующим образом: опухоли трахеи, бронхов, легкого (17,8%), предстательной железы (14,3%), кожи (10,1%, с меланомой – 11,5%), желудка (8,2%), ободочной кишки (6,1%). Значимую по удельному весу группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 24,2% всех злокачественных новообразований[5].

Этиология рака предстательной железы до конца не изучена. Простата имеет сложную нейроэндокринную регуляцию и находится под гормональным влиянием яичек, коры надпочечников и аденогипофиза, в свою очередь синтез и секреция гормонов этих органов осуществляется под контролем гипоталамуса, а также аутокринных – паракринных факторов, регулирующих процессы роста, деления и дифференцировки клеток предстательной железы. Секреция ЛГ контролируется гипоталамусом при помощи рилизинг гормона ЛГ (ЛГРГ). Продукция

ЛГРГ носит пульсирующий характер и зависит от уровня тестостерона в крови (механизм обратной связи). Специфические рецепторы андрогена находятся на поверхности нормальных и раковых клеток простаты, они способствуют внедрению тестостерона в клетку. Далее тестостерон трансформируется в дегидротестостерон (ДЛТ), который уже является активной формой гормона, он проникает в ядро клетки, где индуцирует процессы ее пролиферации [3, 26].

Диагностика РПЖ

К основным средствам диагностики РПЖ относятся ПРИ, концентрация ПСА в сыворотке крови и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ). Окончательный диагноз ставится при обнаружении аденокарциномы в биопсийном или послеоперационном материале предстательной железы. Патоморфологические исследования также позволяют стадировать и определять распространенность опухоли.

Большинство новообразований предстательной железы локализуется в периферической зоне предстательной железы, и могут быть выявлены при ПРИ, если их объем достигает 0,2 мл и более. Выявление подозрительных уплотнений с помощью ПРИ является абсолютным показанием для проведения биопсии предстательной железы. Примерно у 18% всех больных РПЖ выявляется только по подозрительным участкам при ПРИ независимо от уровня ПСА. Выявление подозрительных

участков при ПРИ у больных с уровнем ПСА < 2 нг/мл имеет положительную прогностическую ценность 5–30% .

За последние годы благодаря внедрению в клиническую практику новых методов диагностики (опухолевые маркеры, ультразвуковое исследование - УЗИ, компьютерная томография - КТ, магниторезонансная терапия - МРТ) чаще стали выявляться ранние стадии заболевания. Значимым событием стало использование ПСА для диагностики рака простаты, так как он позволяет не только выявлять ранние стадии заболевания, осуществлять мониторинг у пациентов с уже диагностированным заболеванием, но и проводить скрининг [3, 20].

ПСА является гликопротеином, специфичным для эпителия простаты, то есть его можно определить не как опухолевый маркер, а как органоспецифичный маркер. Он относится к нейтральным сывороточным протеазам, функцией которых является лизис белков семенных пузырьков. Является физиологическим продуктом секреторной жидкости, продуцируемой предстательной железой. В самых высоких концентрациях его содержание обнаруживается в семенной жидкости (до 3 мг/мл). Общее количество продуцируемого фермента постоянно контролируется и регулируется андрогенными гормонами. Но не следует также забывать и то, что сами андрогены стимулируют интенсивный рост раковых клеток простаты. Из семенной жидкости PSA был впервые выделен и изучен в 1979 году американским исследователем Wang. В организме PSA существует в двух формах: свободной (fPSA) и связанной (в комплексе с макроглобулином и хемотрипсином /Chymotrypsin; komplexiertes PSA или cPSA).

Высокая показательность теста PSA и повышение его уровня, в большинстве случаев, подтверждает изменения в предстательной железе. Чем выше уровень показателей теста, тем выше вероятность того, что заболевание действительно существует. Однако необходимо сразу диагностировать и отличия доброкачественности (гиперплазия, воспаление или инфаркт простаты, возникающий крайне редко), и злокачественность заболевания (рак). Уровень ПСА в сыворотке крови может быть повышен по следующим причинам:

- рак простаты,
- доброкачественная гиперплазия простаты,
- наличие простатита,
- ишемия или инфаркт простаты, эякуляция накануне исследования.

Соотношение с/о ПСА является наиболее исследованным и широко используемым в клинической практике критерием для дифференциальной диагностики ДГПЖ и РПЖ. Этот показатель позволяет определить категории риска РПЖ у мужчин с общим уровнем ПСА от 4 до 10 нг/мл и отрицательным результатом ПРИ.

Из других биомаркеров следует отметить РСА3. Так называемый РСА3-тест, диагностически определяемый как патологически позитивный, позволяет выявить опухолевые клетки по результатам оценки проб мочи обследуемых пациентов. В отличие от описанных выше сывороточных маркеров ПСА-3

– простатспецифическая некодирующая мРНК – измеряется в осадке мочи, полученной после массажа предстательной железы. Преимуществом ПСА-3 является его несколько более высокая чувствительность и специфичность по сравнению с ПСА. Уровень ПСА-3 отражает небольшие, но значимые увеличения показателя при положительном результате биопсии, однако не зависит от объема предстательной железы или простатита. Информация о том, связан ли уровень ПСА-3 с агрессивностью опухоли, противоречива. Хотя этот показатель потенциально имеет прогностическую ценность для выявления РПЖ у мужчин с повышенным уровнем ПСА, у которых первичная биопсия тем не менее показала отрицательный результат, метод определения ПСА-3 остается экспериментальным.

Основными факторами, влияющими на исход заболевания, являются гистологическая структура злокачественного образования, его стадия и уровень ПСА [25]. Наиболее широко используется гистологическая классификация Глисона, она основана на степени дифференцировки злокачественных клеток. Учитывая гетерогенность большинства опухолей, показатель Глисона высчитывается путем суммирования наиболее часто встречающихся степеней. По классификации Глисона степень дифференцировки опухоли подразделяется на 5 ступеней от первой - высокодифференцированной до пятой – низкодифференцированной, по сумме ступеней показатель Глисона может варьировать от 2 до 10. Важность степени дифференцировки опухоли проиллюстрирована в исследовании на 767 больных в возрасте от 55 до 74 лет, которым после диагностики заболевания проводили немедленную или отсроченную гормонотерапию [2].

Биопсия простаты и инцидентальный рак предстательной железы

Показаниями для назначения биопсии предстательной железы являются уровень ПСА и/или подозрительные участки, выявленные во время ПРИ. Также при назначении биопсии следует учитывать возраст пациента, возможные сопутствующие патологии (индекс ASA и индекс сопутствующих заболеваний Чарльсона) и осложнения. Высокий уровень ПСА, выявленный в одном исследовании, не является прямым показанием к биопсии. Необходимо повторно определить уровень ПСА через несколько недель при помощи того же анализа в стандартных условиях (т.е. без эякуляции и без манипуляций, таких как катетеризация, цистоскопия или ТУР, и при отсутствии инфекций мочевых путей) в той же диагностической лаборатории с использованием тех же методов.

В настоящее время проведение биопсии предстательной железы под контролем ультразвука является стандартным методом диагностики. Хотя при биопсии предстательной железы используется преимущественно трансректальный способ, некоторые урологи производят ее перинеально. Частота обнаружения рака при помощи перинеальной биопсии предстательной железы сопоставима с частотой обнаружения при трансректальной биопсии. Перинеальный способ под контро-

лем ультразвука является полезной альтернативой в особых случаях, например после протектомии. Проведение диагностической ТУР ПЖ вместо повторных биопсий нецелесообразно. Частота обнаружения при этом методе не превышает 8%, что свидетельствует о его неэффективности при диагностике рака. Однако, следует отметить факт наличия инцидентального РПЖ, который показывает неэффективность биопсии в ряде случаев. Множество исследований указывают, что с увеличением числа точек биопсии выявляемость РПЖ возрастает. По информации клиники урологии МГМСУ, среди пациентов с уровнем ПСА менее 20 нг/мл при увеличении количества образцов получаемой ткани с 6 до 18 число диагностированных случаев РПЖ повысилось с 15,9 до 32,5% (рост выявляемости рака составил 16,6%) [4]. В работе G. Guichard и соавт. [6] были включены 1000 пациентов, которым проводилась биопсия предстательной железы из 6, 12 и 18 точек. Выявляемость РПЖ повысилась в среднем на 22% при сравнении 12-точечной биопсии с 6-точечной; у пациентов с уровнем ПСА ниже 4 нг/мл выявляемость РПЖ повысилась на 37,5%. Столь высокий уровень обнаружения латентного и инцидентального РПЖ заставляет по-новому оценивать вопросы его развития, диагностики и лечения. Актуальность проблемы инцидентального РПЖ подтверждается частотой его обнаружения у пациентов, страдающих аденомой предстательной железы, и возможными последствиями прогрессирования раковой болезни.

Инцидентальным РПЖ называют рак, выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденомэктомии, в тех условиях, когда данные дооперационной диагностики и результаты биопсии простаты не позволили выявить РПЖ [8]. Инцидентальному раку соответствуют две стадии: T1a и T1b. Частота диагностирования данного рака при морфологическом исследовании после ТУР предстательной железы составляет 8-10% [7]. При ретроспективном исследовании, проведенном von G. Andel и соавт. [10], среди 392 больных аденомой предстательной железы у 15 (4%) пациентов был обнаружен РПЖ. По данным A. Argurooulos и соавт. [8], из 786 человек, которым была произведена ТУР в период с 1999 по 2003 г., у 34 (4,3%) пациентов был выявлен инцидентальный РПЖ. N. Meguro и соавт. [17] в исследовании, проводившемся на группе пациентов, состоящей из 202 человек с диагнозом аденома предстательной железы, после выполнения операции ТУР у 23 (11,38%) был обнаружен РПЖ в стадиях T1a (10 пациентов) и T1b (13 пациентов). Исследования, проведенные A. Antunes и соавт. [9], показали, что из 218 человек, которым была выполнена ТУР по поводу аденомы предстательной железы, при дальнейшем морфологическом исследовании операционного материала у 13 (6,2%) пациентов был выявлен РПЖ, причем у 8 пациентов рак T1a стадии и у 5 – T1b. По данным V. Tombal и соавт. [21], при обследовании 1648 пациентов с диагнозом аденома предстательной железы у 182 (11%) был обнаружен инцидентальный РПЖ. Частота обнаружения инцидентального РПЖ была изучена C. Vecchioli Scaldazza [22]. При

выполнении ТУР 683 пациентам с аденомой предстательной железы в полученном материале у 82 (12%) из них был обнаружен инцидентальный РПЖ. Количество пациентов со стадией рака T1a составило 50 (60,98%), со стадией T1b – 32 (39,02%). В работе Yoo C и соавт. выявляемость инцидентального рака простаты составила 4,8% (78 из 1613 пациентов) [24]. По данным Marmiroli R и соавт., частота выявления инцидентального рака составила 6% [16]. По данным Voigt S. и соавт. среди 1000 пациентов, которым выполнялась ТУР простаты (условиями отбора являлись ПСА не более 20 нг/мл и объем удаленной ткани не менее 10г), инцидентальный рак выявлен в 111 случаях (11,1%), причем у 34 (30%) пациентов диагностирована стадия T1b [23].

Материалы, методы и результаты исследования

В условиях урологического отделения ГБУЗ СО "СГКБ № 9" за период с 2013 по 2015 годы было выполнено 380 трансуретральных резекций по поводу гиперплазии простаты, в 42 (11%) случаях выявлен инцидентальный рак простаты. Средний уровень ПСА составил 6,4 нг/мл, а средний возраст пациентов 71,3 года. Причем в 2013 году выполнено 120 операций, и инцидентальный рак выявлен у 17 (14,1%) пациентов, в 2014 году – 132 операция, 15 (11,4%) случаев РПЖ и в 2015 году 128 ТУР и 10 (7,8%) случаев инцидентального РПЖ. Высокодифференцированный (4 балла по Глиссону и менее) – (32 пациента), в 8 случаях – умереннодифференцированный – 5-7 баллов, в двух случаях низкодифференцированный рак – 8 баллов. В некоторых источниках литературы приведены значения заболеваемости инцидентальным РПЖ без указания данных об исследуемой группе больных аденомой предстательной железы (6, 8, 10,3, 10 и 15% [10, 13,18]). Также остается актуальной проблема возможного рецидива и прогрессирования инцидентального РПЖ. По данным H. Leisinger и соавт. [14], риск прогрессии опухоли T1a стадии предстательной железы составляет 8-13% в течение 10 лет при отсутствии лечения (по другим данным – 16-36% [12]). При исследовании группы, состоящей из 34 больных инцидентальным РПЖ, было обнаружено 17 больных в стадии T1a и 17-е стадии T1b. 11 пациентов имели индекс Глиссона 7-10 баллов, все они относились к группе больных РПЖ T1b стадии [8]. По данным V. Tombal и соавт. [21], из 182 больных инцидентальным РПЖ лишь у 8% опухоли в стадии T1a рецидивировали со средним временем «безопухолевого» периода 73 месяцев и у 29% опухоли T1b стадии рецидивировали в средние сроки – 17 месяцев. По данным исследования D. Robinson и соавт. [19], более благоприятный прогноз имеют больные раком в стадии T1a с индексом Глиссона 5 баллов и ниже. В группе больных раком T1b стадии прогрессия наблюдалась у 12,5% пациентов со средним временем «безракового» периода 70 месяцев. В группе из 27 пациентов с диагнозом инцидентального РПЖ (22 – T1a, 5 – T1b) у пяти больных был диагностирован рецидив опухоли в средние сроки 47,6 месяца [11]. Некоторые ученые связывают такой показатель рецидивов в группе больных раком T1a стадии с тем, что во время операции полностью

TRANSURETHRAL RESECTION: PLACE IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

A. A. ZIMICHEV¹, A.S. KORABELNIKOV¹, I. V. CHERNYSHEV², R. S. NIZAMOVA¹, E. S. GUBANOV¹¹Samara State Medical University, Urology Department, Samara²FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, v Moscow**Information about the authors:****Zimichev Aleksandr Anatolievich** – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University.

E-mail: Zimichew@mail.ru

Korabel'nikov Alexander Sergeevich – assistant professor of urology in Samara State Medical University**Chernyshev Igor Vladislavovich** – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation. E-mail: ivchernyshev@fgu-obp.ru**Nizamova Rumiya Sakhabovna** – Doctor of Medical Science, a professor, the Head of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: nizamovars@yandex.ru**Gubanov Evgenii Sergeevich** – Candidate of Medical Science, an associate professor of Urology Department in Samara State Medical University. E-mail: samara-urology@mail.ru

Achieved the possibility of identifying malignant prostate tumor, disease forecasting, issue intsidentalny prostate cancer. The review of domestic and foreign sources of literature considering these issues. Diagnosis of prostate cancer remains relevant and debated issue oncurology. Intsidentalny Prostate cancer is a common disease in men with BPH.

Key words: prostate cancer, diagnosis, biopsy, cancer intsidentalny.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Л. К. БАРСЕГЯН, М. Р. ОРАЗОВ, Э. С. ТОКАЕВА

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Сведения об авторах:

Барсегян Лилиит Корюновна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации - акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: lilianna_91@mail.ru
Оразов Мекан Рахимбердыевич – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов; отрасль специализации – акушерство и гинекология; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail: omekan@mail.ru
Токаева Эльвира Сериковна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, отрасль специализации - акушерство и гинекология; адрес: 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6, e-mail:tokaeva.e@yandex.ru

Тазовая боль обусловленная эндометриозом на сегодняшний день является одной из часто обсуждаемых и актуальных проблем современной гинекологии. Несмотря на многовековое изучение данной проблемы до сих пор факторы риска, модулирующие тазовую боль изучены недостаточно. Поэтому целью настоящей работы явилось изучение факторов риска развития эндометриоз-ассоциированной тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. В исследование включено 100 женщин с эндометриозом. Результаты исследования продемонстрировали взаимосвязь между отягощенным акушерско-гинекологическим, репродуктивным анамнезом и выраженностью тазовой боли обусловленной эндометриозом.

Ключевые слова: эндометриоз; эндометриоз-ассоциированная боль; тазовая боль; факторы риска; репродуктивный возраст.

Актуальность темы

По последним данным ВОЗ, каждая 10-я женщина репродуктивного возраста во всем мире страдает эндометриозом. В России в структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место [1]. Эпидемиологические исследования в США показали, что, по самым скромным подсчетам, показатель его распространенности среди женской популяции в возрасте 15–49 лет составляет 10% [ACOG Updates Guideline, 2011].

Несмотря на частую встречаемость эндометриоза у женщин репродуктивного возраста и высокое экономическое бремя заболевания, возможные модифицируемые факторы риска изучены недостаточно и во многом сходны с таковыми для ХТБ, а именно: обильные и длительные менструальные кровотечения, нерегулярный менструальный цикл, поздний возраст первой беременности и др. По данным крупного проспективного исследования здоровья медсестер II (Nurses' Health Study II), женщины с низким индексом массы тела характеризуются более высоким риском развития эндометриоза, чем женщины с ожирением [5]. Это согласуется с данными эпидемиологических исследований, показавших, что более низкие значения индекса массы тела и соотношения окружности талии и окружности бедер коррелируют с повышением риска эндометриоза. Кроме того, результаты нового систематического обзора и метаанализа свидетельствуют о наличии достоверной корреляции между чрезмерным потреблением алкоголя и риском развития эндометриоза [4]. Эту взаимосвязь можно объяснить сочетанным неблагоприятным влиянием алкоголя на эндокринные и иммунные механизмы. Полагают, что редкое (одномоментное)

потребление алкоголя уменьшает воспалительные и иммунные реакции, тогда как хроническое злоупотребление приводит к противоположным эффектам, усиливая образование воспалительных цитокинов и пролиферацию/активацию лимфоцитов.

Цель: изучение факторов риска, обуславливающих развитие эндометриоз-ассоциированной тазовой боли у женщин с эндометриозом репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Дизайн исследования ретроспективный, проспективный, экспериментальное изучение. В исследование включено 100 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составило 60 женщин с тазовой болью, ассоциированной с эндометриозом, группу контроля составило 40 женщин с эндометриозом без болевого синдрома. Верификация диагноза эндометриоз в обеих группах было подтверждена морфологическим исследованием. Пациентки обеих групп перенесли хирургические вмешательства в том или ином объеме по поводу эндометриоза. Методы исследования включали изучение клинико-анамнестического статуса, репродуктивного анамнеза, перенесенных заболеваний, оперативных вмешательств и некоторых показателей качества жизни, статистическая обработка, критерии включения и исключения.

Средний возраст пациенток составил 35±3,3 года. Критерии включения эндометриоз-ассоциированной тазовой боли. Критерии исключения иные гинекологические и негинекологические причины тазовой боли.

Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере с использованием пакета программ Biostatistics (версия 4.03) для Windows. Вычисляли

среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней арифметической (m). Различия между группами устанавливали с учетом t-критерия Стьюдента. Статистический показатель считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты:

В результате анализа гинекологического анамнеза среди женщин основной группы возраст становления менархе ранним оказался у 45 (n=45) женщин, что составило 75% ($p < 0,05$) от всех женщин с эндометриоз-ассоциированной тазовой болью, позднее менархе в этой группе наблюдалось в 12 (n=12) случаях, что составило 20% ($p < 0,05$) и своевременное наступление менархе в данной группе составило соответственно 5% ($p < 0,05$) в трех случаях (n=3). Если анализировать данный аспект в отношении всей группы исследуемых пациенток выявлено раннее наступление менархе наблюдалось у 70 (n=70) женщин (70%, $p < 0,05$), позднее менархе в 22 (n=22) случаях (22%, $p < 0,05$) и наконец своевременное наступление менархе в 8 (n=8) случаях (8%, $p < 0,05$). Данные результаты совпадают с исследованиями разных авторов, подтверждая, что раннее менархе с укороченным циклом, длительными и обильными менструациями и следовательно, большей экспозицией полости матки и малого таза ретроградной менструальной кровью, является фактором риска эндометриоза любой локализации, в том числе фактором для усиления тазовой боли [2,3].

В структуре нарушений менструального цикла больные с дисменореей составили 100% ($p < 0,05$), с гиперполименореей 83% случаев ($p < 0,05$), с перименструальными кровянистыми выделениями 93% ($p < 0,05$). В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы подразделились на три подгруппы: 1-я подгруппа (n=20) – с слабовыраженным болевым синдромом; 2-я подгруппа (n=25) – с умеренно выраженным болевым синдромом; 3-я подгруппа (n=15) – с резко выраженным болевым синдромом. Также была замечена прямая корреляция между нарушением менструального цикла и выраженностью болевого синдрома ($p < 0,05$). По данным Стрижакова А.Н. и Agarwal A и соавт выявленные результаты свидетельствуют о неполноценности механизмов регуляции менструального цикла, прежде всего на уровне гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [5,6].

Особое внимание нужно обратить на то, что анализируя репродуктивный анамнез данных пациенток было выявлено то, что большинство женщин в анамнезе имели многократные аборты (3 аборта 45%, 4 аборта у 20%, 7 абортов в 5% случаев). Между тем хочется отметить, что анализируя структуру гинекологических заболеваний, которые перенесли участницы исследования, в большинстве случаев это воспалительные заболевания матки и ее придатков, лидирующую позицию которых составил хронический эндометрит и хронический сальпингоофорит. Данные обстоятельства создают благоприятные условия для инвазии и роста эндометриальных клеток в полости малого таза [2, 3, 6].

Изучение данных, характеризующих фертильность у исследуемых женщин: количество родов, возраст наступления

первой беременности и первых родов, было выявлено, что у данного контингент женщин в основном страдает от вторичного бесплодия (78%, $p < 0,05$) женщин (n=78) и основную часть этой когорты составляют женщины с резко выраженным болевым синдромом. Интересно было выяснить, что возраст наступления первой беременности у данного контингента составила до 29 лет в 35% случаев (n=35) и старше 29 лет в 65% случаев (n=65). Согласно литературным данным частота бесплодия у женщин с эндометриозом колеблется от 25 до 60% [1,4,5].

Также была выявлена подверженность женщин с эндометриозом к хроническим заболеваниям и выявлена взаимосвязь между степенью выраженности болевого синдрома и морфо-конституциональными особенностями исследуемых женщин. С астеническим телосложением в основной группе было 55% ($p < 0,05$) женщин (n=55), в группе контроля 25% (n=25, $p < 0,05$) (от общего числа пациентов 80% (n=80, $p < 0,05$), остальные женщины относились к нормостеническим морфофункциональной конституции. Полученные данные коррелируют с данными литературы, которые свидетельствуют о том, что среди женщин с астеническим телосложением более часто встречается эндометриоз-ассоциированный болевой синдром в умеренной или резко выраженной степени [5, 7, 9].

Заключение

Таким образом изложенные данные свидетельствуют о том, чтоотягощающий акушерско-гинекологический, репродуктивный анамнез, проявляющийся низким уровнем гинекологического здоровья, длительно текущие воспалительные заболевания органов малого таза, оперативные вмешательства, морфо-конституциональные особенности являются предрасполагающими факторами риска для возникновения и усиления выраженного тазового болевого синдрома, ассоциированного с эндометриозом.

Список литературы

1. Адамян Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных // Е. Н. Андреева; И. А. Аполихина, В.Ф. Беженарь, М.А. Геворкян, А.И. Гус, В.Н. Демидов, Е.А. Калинина, С.А. Леваков, Л.А. Марченко, А.А. Попов, М.М. Сонова, А.З. Хашукоева, Г.Е. Чернуха, Е.Л. Яроцкая. – Москва 2013
2. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение: монография/ Ищенко А.И., Кудрина Е.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа 2010 – 104с
3. Оразов М.Р. Купирование хронической тазовой боли, обусловленной аденомиозом, прогестагенами ового поколения /М.Р.Оразов, А.В. Чайка, Е.Н. Носенко// Акушерство, гинекология, репродукция.- 2014.- Т.8№ 3 – С.6-10
4. Parazzini F, Cipriani S, Bravi F, et al. A meta-analysis on alcohol consumption and risk of endometriosis. Am J Obstet Gynecol 2013;209:106:1-10
5. Shah DK, Correia KF, Vitonis AF, Missmer SA. Body size and endometriosis: results from 20 years of follow-up within the Nurses' Health Study II prospective cohort. Hum Reprod 2013 Jul;28(7):1783-92
6. Agarwal N. Efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in uterine leiomyoma. Int J Gynaecol Obstet 2012 Jan;116(1):35-8. Kumbak B, Oral E, Bukulmez O. Female obesity and assisted reproductive technologies. Semin Reprod Med. 2012 Dec;30(6):507-16

RISK FACTORS OF ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED PELVIC PAIN

L. K. BARSEGYAN, M. R. ORAZOV, E. S. TOKAYEVA

Federal State Autonomous educational institution Russian University of friendship of peoples, Moscow

Information about the authors:

Barsegyan Lilith Koryunovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: lilianna_91@mail.ru

Orazov Mekan Rakhimberdyevich – Doctor of Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: omekan@mail.ru

Tokayeva Elvira Serikovna – MD. Residency: obstetrics and gynecology with a course of perinatology, PFUR. Address: 117198, Russia, Moscow, Miklukho-Maclay St., house 6, e-mail: tokaeva.e@yandex.ru

Pelvic pain caused by endometriosis is one of the most often discussed and urgent issues of modern gynecology. Despite centuries of studying this problem, still the risk factors modulating pelvic pain are studied insufficiently. Therefore the purpose of this work was to study the risk factors of the development of endometriosis-associated pelvic pain in women of reproductive age. The research included 100 women with endometriosis. Results of the research showed interrelation between complicated obstetric/gynecologic, reproductive anamnesis and expressiveness of the pelvic pain caused by endometriosis.

Key words: endometriosis; endometriosis-associated pain; pelvic pain; risk factor; reproductive age.

К ВОПРОСУ О ПЕРСПЕКТИВАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

С. В. ТАРАСЕНКО¹, А. Ю. БОГОМОЛОВ¹, А. А. НИКИФОРОВ¹, О. В. ЗАЙЦЕВ¹, А. А. НАТАЛЬСКИЙ¹,
С. Н. СОКОЛОВА¹, Т. С. РАХМАЕВ¹, В. П. КОЧУКОВ², О. А. КАДЫКОВА¹

¹Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань

²ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами
Президента Российской Федерации, Москва

Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Богомолов Алексей Юрьевич – очный аспирант каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: alexej.rzgm@gmail.com

Никифоров Александр Алексеевич – к.м.н., доцент, заведующий ЦНИЛ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Зайцев Олег Владимирович – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

Соколова Светлана Николаевна – к.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Рахмаев Тимур Саидович – ассистент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Кочуков В.П. – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ

Кадыкова Оксана Александровна – очный аспирант каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

В настоящее время возрастает заболеваемость хроническим панкреатитом. Целью исследования было изучение возможностей определения полиморфизмов генов в комплексной диагностике хронического панкреатита. В исследование были включены 63 пациента с верифицированным диагнозом «хронический панкреатит». В первую группу вошел 31 обследуемый с осложненными клиническими формами, во вторую группу - 32 пациента не страдающих осложненными формами. Всем пациентам из первой группы было выполнено хирургическое лечение хронического панкреатита: резекционные операции на поджелудочной железе. В рамках исследования проведен анализ полиморфизмов генов PRSS1 (мутация R122H) - ген катионного трипсиногена, CFTR1 (мутация del508) - ген муковисцидоза-1, CFTR2 (мутация Gly542Ter) – ген муковисцидоза-2, SPINK1 (мутация N34S) - ген панкреатического секреторного ингибитора трипсина, ген АДГ (ADH1B*2). Анализировали геномную ДНК человека, выделенную из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» при помощи системы «SNP-экспресс-РВ» ООО НТП «Литех» (г. Москва). В ходе исследования определена статистически достоверная корреляция между полиморфизмом гена АДГ и риском развития осложненных форм хронического панкреатита.

Ключевые слова: хронический панкреатит, полиморфизм генов, резекции поджелудочной железы.

За последние десятилетия отмечается рост и «омоложение» заболеваний хроническим панкреатитом (ХП). ХП является мультифакториальным заболеванием, в развитии которого играют роль как внешние факторы риска, так и внутренние, в т.ч. генетические особенности человека [1]. Любой морфогенетический процесс является результатом действия многих генов, так называемой генной сети, которая определяет синтез ферментов и структурных белков. Исследования полиморфизмов генов в настоящее время активно проводятся в различных направлениях клинической медицины [2].

Патоморфологической основой развития хронического панкреатита является выраженная структурная перестройка, склероз и фиброз, паренхимы поджелудочной железы, что приводит к нарушению оттока секрета железы, к увеличению поджелудочной железы в размерах и, нередко, сдавлению пара-

панкреатических структур [3]. ХП отличается разнообразием клинических форм [4].

К осложненным клиническим формам ХП относили: хронический абдоминальный болевой синдром, неподдающийся медикаментозной терапии, либо рецидивирующий сразу же после прекращения консервативной терапии;

сдавление холедоха с развитием синдрома механической желтухи;

сдавление воротной вены с развитием синдрома портальной гипертензии;

сдавление двенадцатиперстной кишки и развитие дуоденостаза [5].

Неосложненными клиническими формами называли такое течение ХП, при котором в период ремиссии больные не предъявляли жалоб, по результатам инструментальных и лаборатор-

ных методов исследования не было получено данных о сдавлении парапанкреатических структур.

В настоящее время все большее внимание получают исследования генетических предпосылок развития хронической патологии органов пищеварения [6].

Целью исследования было изучение полиморфизма следующих генов:

1) ген катионного трипсиногена PRSS1, мутация в котором приводит к устойчивости трипсиногена к аутолизу и обуславливает его более легкую аутоактивацию [7];

2) ген панкреатического секреторного ингибитора трипсина SPINK1, мутации в котором нарушают процесс инактивации трипсина в ткани поджелудочной железы [7];

3) ген муковисцидоза-1,2 CFTR-1,2 (ген трансмембранного регулятора муковисцидоза), мутации в генах муковисцидоза проявляются на клеточном уровне недостаточной гидратацией и защелачиванием первичного секрета железы и увеличением его вязкости [7];

4) ген алкогольдегидрогеназы, мутация которого ускоряет процесс трансформации этанола в ацетальдегид и способствует накоплению его в клетках у больных с ХП.

Материалы и методы

В исследование включили 63 больных, находившихся на стационарном лечении в Центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей г. Рязани. Все пациенты были обследованы, согласно стандартам обследования больных с ХП. Получено информированное согласие всех пациентов на участие в исследовании. Все пациенты были распределены на 2 группы сравнения. Первую группу составили 31 больной, 29 мужчин и 2 женщины, в возрасте $44,8 \pm 3,29$ с осложненными клиническими формами хронического панкреатита. Таким больным было показано или уже выполнено хирургическое лечение ХП. Во вторую группу были включены 32 пациента, 26 мужчин и 6 женщин, в возрасте $44,7 \pm 5,09$, страдающие неосложненными клиническими формами ХП. Исследование проводилось проспективно.

Всем больным выполнялись стандартные общеклинические и биохимические анализы. Верификацию диагноза хронического панкреатита проводили с использованием общепринятых методов инструментальной диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), фиброгастроуденоскопии (ФГДС), прямых методов рентгеноконтрастного исследования желчевыводящих путей и протоковой системы поджелудочной железы, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)[8].

В первой группе пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства:

- 23 (74,2%) пациентам выполнена операция Фрея: доступ срединный, пересекается двенадцатиперстно-ободочная связка, отводится печеночный изгиб ободочной кишки. Доступ к поджелудочной железе осуществляется вскрытием желудочно-ободочной связки. Для полной экспозиции поджелудочной

железы при операции Фрея мобилизуется нижний край ее. Выделяются воротная и верхняя брыжеечная вены. Вирсунгов проток идентифицируется с помощью тонкоигольной пункции, иглу направляют косо и кзади в соответствии с предполагаемым направлением протока, нужно избегать перешейка поджелудочной железы при поиске главного панкреатического протока, чтобы минимизировать повреждение подлежащей верхней брыжеечной вены, аспирация чистой жидкости является показателем того, что проток обнаружен. Не вынимая иглы электрокоагулятором в дистальном и проксимальном направлениях продольно вскрывается главный панкреатический проток. Накладываются гемостатические швы на ткань железы параллельно краю двенадцатиперстной кишки и отступая от него 3-4 мм. Скальпелем и коагулятором вырезается центральная часть головки и крючковидного отростка с оставлением полоски ткани вдоль внутреннего края двенадцатиперстной кишки. При операции Фрея желателно сохранять переднюю панкреатодуоденальную аркаду, однако это не всегда возможно при выраженном фиброзе железы. Пересечение гастродуоденальной артерии или передней аркады, образованной верхней и нижней панкреатодуоденальными артериями, не влияет на жизнеспособность двенадцатиперстной кишки. Не рекомендуется пересекать оба этих сосуда одновременно. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не повредить общий желчный проток, для чего он может быть интубирован металлическим проводником. Ободок ткани поджелудочной железы, содержащий ветви верхних и нижних панкреатодуоденальных артерий, сохраняется вдоль внутреннего края двенадцатиперстной кишки, справа от воротной вены сохраняется ободок ткани поджелудочной железы шириной 4-5 мм во избежание ранения сосудов и пересечения перешейка. После резекции головки остается короткий (1 см длиной) проксимальный отрезок главного панкреатического протока, который должен быть ревизован для удаления возможных конкрементов, а зонд должен свободно проходить в двенадцатиперстную кишку. Освобождается от фиброза и сдавления псевдокистами передняя поверхность интрапанкреатической части холедоха посредством иссечения рубцово измененной железы. Далее при операции Фрея формируется одно- или двухрядный продольный панкреатоеюноанастомоз с протоком и резецированной головкой на петле тонкой кишки, выделенной по Ру.

- 8 (25,8%) пациентам выполнялась операция Бегера: доступ срединный, пересекается двенадцатиперстно-ободочная связка, печеночный изгиб ободочной кишки отводится каудально. Осуществляется широкий маневр Кохера. Доступ к поджелудочной осуществляется путем вскрытия желудочно-ободочной связки. Затем следует обнажение верхней брыжеечной вены у нижнего края поджелудочной. Накладываются 2-4 шва-держалки на верхний и нижний края тела железы вблизи линии резекции. Швы позволяют приподнять тело железы при отделении от воротной вены и избежать кровотечения после пересечения железы. Затем диссекция ведется между передней поверхностью воротной вены и задней поверхностью головки

поджелудочной железы, либо сверху перешейка железы, начиная от воротной вены, либо, чаще, снизу перешейка от воротной вены. После пересечения железы перешеек приподнимается и отделяется от верхней брыжеечной и воротной вен. На левом срезе поджелудочной железы необходим тщательный гемостаз с помощью нерассасывающихся монофиламентных швов. Накладываются гемостатические швы по периферии головки. Паренхима железы рассекается вдоль левой боковой стенки интрапанкреатической части холедоха в направлении большого дуоденального сосочка. После резекции головка похожа на раковину со стенкой 5-8 мм толщиной, расположенную между холедохом и стенкой ДПК. Реконструктивный этап операции Бегера выполняется петлей тонкой кишки, выделенной по Ру, которая используется для панкреатикоюноанастомоза «конец в бок» с телом поджелудочной железы и «бок в бок» с оставшейся частью головки. Панкреатикоэнтеростомия может выполняться одно- или двухрядным непрерывным швом нерассасывающейся монофиламентной нитью. При наличии стеноза интрапанкреатической части холедоха, который невозможно устранить декомпрессией и резекцией окружающей панкреатической ткани, или случайном вскрытии интрапанкреатической порции общего желчного протока стенка желчного протока фиксируется отдельными швами к тканям по типу «открытой двери» и включается в проксимальный панкреатоеюноанастомоз.

Аналізу подвергали геномную ДНК человека, выделенную из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» при помощи системы «SNP-экспресс-РВ» ООО НТП «Литех» (г. Москва). С образцом выделенной ДНК параллельно проводили две реакции амплификации – с двумя парами аллель-специфичных праймеров. Результаты анализа позволяли дать три типа заключений: нормальная гомозигота; гетерозигота; мутантная гомозигота.

Статистическую обработку выполняли при помощи пакета Microsoft Excel 7.0. При сравнении частот аллелей использовали критерий Фишера и χ^2 . Для оценки ассоциации изучаемых полиморфных вариантов генов с риском развития осложненных форм ХП рассчитывали отношение шансов OR (Odds Ratio). $OR = (a \times d) / (b \times c)$, где a – частота аллеля (генотипа) в выборке больных, b – частота аллеля (генотипа) в контрольной выборке, c – сумма частот остальных аллелей (генотипов) в выборке больных, d – сумма частот остальных аллелей (генотипов) в контрольной выборке. OR определены с 95% и 99% доверительным интервалом (CI). OR=1 рассматривали как отсутствие ассоциации; OR>1 – как положительную ассоциацию («повышенный риск развития патологии»), OR<1 – как отрицательную ассоциацию аллеля или генотипа с заболеванием («пониженный риск развития патологии»).

Результаты и их обсуждение

Распределение генотипов в исследуемых группах оказалось следующим: нормальная гомозигота гена SPINK1 (AA) в первой группе определен у 29 (93,5%) больных, во второй – 31

(96,9%); гетерозигота AG встречалась соответственно у 2 (6,5%) и 1 (3,1%) больных.

Гомозиготный вариант CGC гена PRSS1 был определен у большинства: 27 (87,1%) больных в первой группе, у всех 32 (100%) – во второй группе. Гетерозиготный вариант CAT выделен в 4 случаях 4 (12,9%) у первой группы и не определен во второй группе (0%).

Изучение полиморфизма CFTR1 (мутация del508) выявило присутствие гомозигот в первой группе у 29 (93,5%) пациентов, во второй – 31 (96,9%). Гетерозиготный вариант встречался в 2 (6,5%), 2 (6,5%) случаях соответственно.

Полиморфизм CFTR2 (мутация Gly542Ter) не был выявлен ни у одного больного.

Полиморфизм гена АДГ ADH1B*1/ADH1B*2 гомозиготный вариант встретился в 1 группе в 20 (64,5%) случаев, во второй 30 (93,7%), гетерозиготы составили 11 (35,5%) и 2 (6,3%) соответственно. Число гетерозигот для гена АДГ оказалось наибольшим. Следует отметить, что по данным ранее проводимых исследований [9] в русских популяциях частота гетерозигот составляет 5,9%.

Патологические гомозиготы не были выявлены ни в одной группе. В табл. 1 обозначено число гомо- и гетерозигот и статистические расчеты.

У одного из пациентов отмечалось наличие полиморфизма генов и АДГ и PRSS1. Наибольшее значение отношения шансов в исследуемых группах превышает единицу более чем в 8 раз, это свидетельствует о том, что носительство гетерозиготы в гене АДГ является фактором риска развития осложненных форм ХП.

Выводы

1. Достоверных различий частоты встречаемости мутаций генов CFTR, SPINK1, PRSS1 в группах сравнения не определено.
2. У больных с осложненным течением хронического панкреатита достоверно чаще встречается мутация гена АДГ.
3. Вероятнее всего полиморфизм гена АДГ является одним из факторов, предрасполагающих к осложненному течению хронического панкреатита.
4. Определение полиморфизма гена АДГ может использоваться в комплексной диагностике и прогнозировании характера течения хронического панкреатита.
5. Внедрение исследований полиморфизмов генов в хирургическую практику позволит оптимизировать диагностику и прогнозирование характера течения хронического панкреатита.

Список литературы

1. Васильев Ю.В. Этиопатогенетические и клинические аспекты хронического алкогольного панкреатита // Гепатология. 2006. №3. С.19-24.
2. Исаева Т.Н., Севостьянова К.С., Серяпина Ю.В., Шевела А.И., Морозов В.В. Ассоциации изменений гемостаза после эндовенозной лазерной коагуляции с генетическими полиморфизмами // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014. №3. С. 72-82.
3. Григорьева И.Н. Острый и хронический панкреатит. Новосибирск, 2010.

Таблица 1

Распределение аллей у больных с хроническим панкреатитом

Полиморфизм	Группа 1, N	Группа 2, N	F-критерий, P	Критерий χ^2 , P	OR, P
Полиморфизм PRSS1 (мутация R122H)					
гетерозигота	4 (12,9%)	0 (0%)	-	4,409b p<0,05	-
гомозигота	27(87,1%)	32 (100%)			
Полиморфизм CFTR1 (мутация del508)					
гетерозигота	2 (6,5%)	1 (3,1%)	0,672 P > 0,05	0,384 p>0,05	2,138 (0,184 до 24,858) CI 95%
гомозигота	29 (93,5%)	31 (96,9%)			
Полиморфизм CFTR2 (мутация Gly542Ter)					
гетерозигота	0 (0%)	0(0%)	-	-	-
гомозигота	31 (100%)	32 (100%)			
Полиморфизм SPINK1 (мутация N34S)					
гетерозигота	2 (6,5%)	1 (3,1%)	0,672 P > 0,05	0,384 p>0,05	2,138 (0,184 до 24,858) CI 95%
гомозигота	29(93,5%)	31(96,9%)			
Полиморфизм гена АДГ АДН1В*2					
гетерозигота	11 (35,5%)	2 (6,3%)	3,055 P < 0,01	8,217 P < 0,01	8,250 (1,650 до 41,248) CI 95%
гомозигота	20 (64,5%)	30 (93,7%)			

4. Тарасенко С.В., Песков О.Д., Милов Д.И., Артамонов С.В. Клинические формы деструктивного панкреатита // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2001. №3-4. С. 40-42

5. Калинин А.В. Хронический панкреатит: распространенность, этиология, патогенез, классификация и клиническая характеристика этиологических форм (Сообщ. 1) // Клинические перспективы гастро-энтерологической гепатологии. 2006. №6. С. 5-15.

6. Марусин А.В., Степанов В.А., Спиридонова М.Г., Пузырев В.П. Полиморфизм генов алкогольдегидрогеназ АДН1В и АДН7 в русский популяциях Сибирского региона // Молекулярная биология. 2004. Т.38, №4. С. 625-631.

7. Gasiorowska A., Talar-Wojnarowska R., Smolarz B. The prevalence of pancreatic serine protease inhibitor Kazal type 1 (SPINK 1) and cationic trypsinogen gene (PRSS1) mutations in polish patients with chronic alcoholic pancreatitis and pancreatic cancer // Pancreatology. 2006. №6. С.393-394.

8. Омельянович Д.А., Благовестнов Д.А., Андреев В.Г., Алмакаев Ф.Р. Качество жизни и отдаленные результаты лечения тяжелого острого панкреатита // Хирургическая практика. 2015. №1. С. 4-10

9. Натальский А.А., Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д. Современные представления о печеночной недостаточности в хирургии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014. №4. С. 138-147.

POSSIBILITIES DETERMINATION OF POLYMORPHISMS OF GENES IN THE DIAGNOSIS OF COMPLICATED CLINICAL FORMS OF CHRONIC PANCREATITIS

S. V. TARASENKO¹, A. YU. BOGOMOLOV¹, A. A. NIKIFOROV¹, O. V. ZAITSEV¹, A. A. NATALSKII¹,
S. N. SOKOLOVA¹, T. S. RAKHMAEV¹, V. P. KOCHUKOV², O. A. KADYKOVA¹

¹*Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan*

²*FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow*

Information about the authors:

Tarasenko S.V. – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Bogomolov A.Yu. – Intramural post-graduate student of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: alexej.rzgmu@gmail.com

Nikiforov A.A. – MD, PhD, Head of the Central Research Laboratory Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Zaitsev O.V. – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Natal'skii A.A. – MD, Dept. Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru

Sokolova S.N. – MD, PhD, Department of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Rachmaev T.S. – Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Kochukov V.P. - Ph. D., Chief Consultant in Surgery-Management Office of the President of the Russian Federation Director of Surgery- Management Office of the President of the Russian Federation. Federal State Institution «United Hospital and Policlinic»

Kadykova O.A. – Intramural post-graduate student of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

At present, it increases the incidence of chronic pancreatitis. The aim of the study was to investigate the possibilities of determining polymorphisms of genes in the complex diagnosis of chronic pancreatitis. In the study 63 patients with verified diagnosis of "chronic pancreatitis" are included. The first group included 31 examinees with complicated clinical forms, the second group - 32 patients not suffering from complicated forms. All patients in the first group of chronic pancreatitis surgical treatment was performed. The study analyzed the polymorphisms PRSS1 gene (R122H mutation) - a gene cationic trypsinogen, CFTR1 (mutation del508) - cystic fibrosis-1 gene, CFTR2 (Gly542Ter mutation) - cystic fibrosis-2 gene, SPINK1 (N34S mutation) - a gene pancreatic secretory trypsin inhibitor, ADH gene (ADH1B * 2). Analysis was human genomic DNA isolated from whole blood leukocytes using the reagent "DNA rapid blood" with "the SNP-Express-PB" OOO NTP system "Liteh" (Moscow). The study identified a statistically significant correlation between ADH gene polymorphism and the risk of complicated forms of chronic pancreatitis.

Key words: chronic pancreatitis, gene polymorphism, pancreatic resection.

К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ НИКОЛАЯ НИЛОВИЧА БУРДЕНКО

С. В. ТАРАСЕНКО¹, А. А. НАТАЛЬСКИЙ¹, Д. С. ОЗЕРОВА¹, О. В. ЗАЙЦЕВ¹,
 О. Д. ПЕСКОВ¹, А. Ю. БОГОМОЛОВ¹, В. П. КОЧУКОВ²

¹Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань

²ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами
 Президента Российской Федерации, Москва

Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: lorey1983@mail.ru

Озерова Дарья Сергеевна – интерн каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Зайцев Олег Владимирович – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Песков Олег Дмитриевич – к.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Богомолов Алексей Юрьевич – очный аспирант каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, e-mail: alexej.rzgm@gmail.com

Кочуков В.П. – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ

Статья посвящена 140-летию со дня рождения знаменитого русского и советского хирурга Николая Ниловича Бурденко. В ней представлены сведения из биографии ученого, основные достижения его научной деятельности в области общей хирургии, нейрохирургии и военно-полевой хирургии, а так же вклад в становление системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: хирургия, 140-летие Н.Н. Бурденко.

«Всегда вперед, после каждого совершенного шага готовиться к следующему, все помыслы отдавать тому, что еще предстоит сделать»- эти слова принадлежат знаменитому русскому и советскому хирургу основоположнику советской нейрохирургии, организатору системы здравоохранения и главному хирургу Красной Армии в 1937-1946 годах Николай Ниловичу Бурденко[1].

Родился Николай Нилович 22 мая (3 июня по новому стилю) 1876 года в небольшом селе Каменка в Пензенской губернии, в семье крепостного крестьянина, который служил сначала писарем у мелкого помещика, а затем управляющим небольшим имением [1].

До 1885 года Николай Бурденко учился в местной земской школе, после переехал в Пензу, где с 1886 года обучался в Пензенском духовном училище. Окончив его, в 1891 году он поступает в Пензенскую духовную семинарию, которую заканчивает в 1897 году [1,2]. Решив продолжить обучение, Николай на отлично сдает экзамены в Петербургскую духовную семинарию, но по неизвестной причине передумывает и резко меняет свою жизнь, поступая 1 сентября 1897 года на медицинский факультет Томского Императорского университета. Учась, он делает успехи в искусстве вскрытия и к третьему курсу назначается помощником прозектора. В 1890-х годах будучи студентом, Н.Н. Бурденко принимает участие в беспорядках, возникших в университете, в связи с движением, охватившем все российское студенчество и в 1899 году его первый раз исключают из ВУЗа

за это. Позднее он подал прошение о восстановлении и вернулся в университет. Однако в 1901 году его имя опять появилось в списке бастующих и второе отчисление из университета. 11 октября 1901 года, Николай восстановился в Юрьевский университет (сегодня город Тарту), на 4-й курс местного медицинского факультета [1,2, 3].

После участия в очередном политическом движении, он вынужден прервать обучение и уехать в Херсонскую губернию, занимаясь там лечением острых детских заболеваний и сыпного тифа. Проработав около года в колонии для больных туберкулезом детей, он возвращается в Юрьевский университет.

В январе 1904 года Николай Бурденко в качестве добровольца принимает участие медработником в русско-японской войне. На полях Маньчжурии студент Бурденко занимается военно-полевой хирургией, будучи помощником врача. В бою у Вафангоу, при выносе раненых из под огня, был сам ранен в руку. Награжден солдатским Георгиевским крестом за проявленный героизм [2,7].

В декабре 1904 года Н. Н. Бурденко возвращается в Юрьев, чтобы начать готовиться к экзаменам на звание врача, а в феврале 1905 года приглашен в качестве стажирующего врача в хирургическое отделение Рижской городской больницы.

В 1906 году окончив Юрьевский университет, Николай Нилович сдает государственные экзамены и получает диплом лекаря с отличием.

С 1907 года работает хирургом Пензенской земской больницы. Сочетая медицинскую деятельность с научной работой и написанием докторской диссертации по теме - «Материалы к вопросу о последствиях перевязки *venae portae*». В марте 1909 года защищает диссертацию и получает звание доктора медицины. Летом того же года Н.Н. Бурденко уезжает в командировку за границу, где пребывает в течении года в клиниках Германии и Швейцарии.

С июня 1910 года он становится приват-доцентом кафедры хирургии в клинике Юрьевского университета, с ноября того же года - экстра-ординарным профессором по кафедре оперативной хирургии, десмургии и топографической анатомии.

В июле 1914 года, с началом Первой мировой войны, Николай Бурденко вновь отправляется на фронт, и назначается помощником заведующего медицинской частью Красного Креста при армиях Северо-западного фронта. Там он успешно организует эвакуацию более 25 000 раненых. Под его управлением в лазаретах открывают специальные отделения для раненых в живот, в легкие, в череп, для быстрого оперирования. Впервые в полевой хирургии Николай Нилович применил первичную обработку раны и шов при повреждениях черепа, впоследствии перенес этот метод в другие разделы хирургии [6].

Летом 1917 года Николай Нилович Бурденко был контужен и вернувшись в Юрьевский университет, избран заведующим кафедрой хирургии, которой ранее руководил Н. И. Пирогов. В июне 1918 года, вследствие оккупации Юрьева немцами он эвакуировался в Воронеж. Там Николай Нилович стал одним из главных организаторов переведенного из Юрьева университета. Главные его исследования в тот период относились к темам общей хирургии, нейрохирургии и военно-полевой хирургии. В частности, Н. Н. Бурденко занимался вопросами профилактики и лечения шока, лечения ран и общих инфекций, нейрогенной трактовки язвенной болезни, хирургического лечения туберкулеза, переливания крови, обезболивания [5].

Переехав в 1923 г. из Воронежа в Москву, Николай Нилович открыл в факультетской хирургической клинике Московского университета нейрохирургическое отделение, став профессором оперативной хирургии. В 1930 году этот факультет был преобразован в 1-й Московский медицинский институт имени И. М. Сеченова. С 1924 года Н.Н. Бурденко был избран директором хирургической клиники при институте. Этой кафедрой и клиникой он руководил до конца своей жизни, теперь эта клиника носит его имя.

С 1929 года Николай Нилович стал директором нейрохирургической клиники при Рентгеновском институте Наркомздрава. На базе данной клиники в 1932 году был учрежден первый в мире Центральный нейрохирургический институт (ныне институт нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко) с Всесоюзным нейрохирургическим советом при нем. В институте работали нейрохирурги Б.Г. Егоров, А.А. Арндт, Н.И. Иргер, А.И. Арутюнов.

Николай Нилович Бурденко стал автором первого «Положения о военно-санитарной службе Красной армии». В

1929 году по его инициативе была создана кафедра военно-полевой хирургии на медицинском факультете Московского университета. С 1932 года он работал хирургом-консультантом, а с 1937 года - главным хирургом-консультантом при Санитарном управлении Красной Армии.

С начала Великой Отечественной войны - главный хирург Красной Армии занимался организацией помощи раненым во время боев под Ярцевом и Вязьмой и лично провел несколько тысяч операций. В 1941 году академик Николай Нилович Бурденко был второй раз контужен, а так же перенес инсульт и практически полностью лишился слуха. Около двух месяцев он провел в больнице и затем был эвакуирован в Омск.

В апреле 1942 года Николай Нилович прибыл в Москву, где продолжал исследовательскую работу, писал научные труды, а в ноябре того же года был назначен членом Чрезвычайной государственной комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков.

Постановлениями Совета Народных Комиссаров от 1 февраля 1943 года Николаю Ниловичу Бурденко было присвоено звание «генерал-лейтенант медицинской службы», от 25 мая 1944 года - «генерал-полковник медицинской службы».

30 июня 1944 года, по инициативе Н. Н. Бурденко, была учреждена Академия медицинских наук СССР, президентом которой он был избран.

Летом 1946 г. с Н. Н. Бурденко случился третий инсульт, ученый долго находился в предсмертном состоянии. На XXV Всесоюзном съезде хирургов он был избран почетным председателем, однако самостоятельно выступать не смог и его доклад, посвященный лечению огнестрельных ранений, который он писал на больничной койке, зачитал один из его учеников. Скончался Николай Нилович от последствий кровоизлияния 11 ноября 1946 года в Москве, и был похоронен на Новодевичьем кладбище Москвы.

За годы своей жизни Николай Нилович внес большой вклад в развитие отечественной медицины. Он создал школу хирургов экспериментального направления, разработал методы лечения онкологии центральной и вегетативной нервной системы, патологии ликворообращения, мозгового кровообращения. Производил операции по лечению мозговых опухолей. Впервые разработал более простые и оригинальные методы проведения этих операций, сделав их массовыми, разработал операции на твердой оболочке спинного мозга, производил пересадку участков нервов. Разработал бульботомию - операцию в верхнем отделе спинного мозга по рассечению перевозбужденных в результате травмы мозга проводящих нервных путей. Так же, он впервые предложил метод фиксации большого сальника к фиброзной оболочке печени, с целью улучшения печеночного кровообращения при ее повреждениях.

Николай Нилович Бурденко был членом редакционной коллегии 35-томного труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941-1945 гг». Автором более 400 научных трудов. Редактор журналов «Современная хирургия», «Новая хирургия», «Вопросы нейрохирургии», также в

1950-1952 годах в Москве было выпущено Собрание сочинений Бурденко в семи томах.

Николай Нилович Бурденко был награжден тремя орденами Ленина (1935, 1943 и 1945 годы), орденами Красного Знамени (1940 год), орденом Отечественной войны 1-й степени (1944 год), орденом Красной Звезды (1942 год), медалями «За оборону Москвы» (1944 год), «За боевые заслуги» (1944 год), «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.» (1945 год), «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1946 год), «За победу над Японией» (1946 год).

Своими научными трудами и практической деятельностью Николай Нилович внес колоссальный вклад в развитие медицины. Имя великого русского хирурга Николай Ниловича Бурденко увековечено в отечественной хирургии, его имя носят: НИИ нейрохирургии РАМН, Воронежская государственная медицинская академия, Главный военный клинический госпиталь Российской армии, Факультетская хирургическая клиника медицинской академии имени И. М. Сеченова, пензенская об-

ластная клиническая больница, а так же улицы в Москве, Нижнем Новгороде и Воронеже.

Список литературы

1. Багдасарьян С.М. «Материалы к биографии Н.Н. Бурденко». «Академия медицинских наук СССР» - М., 1950.- 152с.
2. Багдасарьян С.М. «Николай Нилович Бурденко». «Академия медицинских наук СССР» - М., 1954.- 250с.
3. Императорский Томский университет: хроника студенческих бунтов // «Alma mater» - газета Томского Государственного университета.
4. Аничков Н.Н. «Николай Нилович Бурденко – организатор и первый президент АМН СССР». - Журнал «Вестник АМН». №6, 1947.
5. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. «Неврология и нейрохирургия», раздел «Краткая история развития отечественной неврологии и нейрохирургии». М., 2000.- 374с.
6. Багдасарьян С.М. «Выдающиеся деятели отечественной медицины и здравоохранения: Н.Н. Бурденко». «Медицина» - М. 1967г.- 70с.
7. Кузьмин М.К. «Медики – Герои Советского Союза». М., 1970.- 224с.

BY THE 140TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF N. N. BURDENKO

S. V. TARASENKO¹, A. A. NATALSKII¹, D. S. OZEROVA¹, O. V. ZAITSEV¹,
 O. D. PESKOV¹, YU. BOGOMOLOV¹, V. P. KOCHUKOV²

¹Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan

²FGBU «Combined hospital with policlinics» Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow

Information about the authors:

Tarasenko S.V. – MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Natal'skii A.A. – MD, Dept. Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru

Ozerova D.S. – Intern of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Zaitsev O.V. – MD, Associate Professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Peskov O.D. - PhD, assistant professor of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Bogomolov A.Y. – Intramural post-graduate student of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: alexej.rzgm@gmail.com

Kochukov V.P. - MD., head of the surgical department FGBU Joint Hospital and Polyclinic President Administration

The article is devoted to the 140th anniversary of the birth of the famous Russian surgeon N.N. Burdenko . It presents information from the biography of the scientist, the main achievements of his research activities in the field of General surgery, neurosurgery-martial and surgery, as well as contribution to the development of the health system as a whole.

Key words: surgery, N.N. Burdenko.

НОМАДИУМ

ДАТЬ УВАЖЕНИЯ ВЫДАЮЩИМСЯ
СЛУЖИТЕЛЯМ ХИРУРГИИ