

А.М. Тищенко, д.м.н., профессор, Е.В. Мушенко, И.В. Сариян, к.м.н., Д.И. Скорый, д.м.н., Р.М. Смачило, к.м.н., ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков



А.М. Тищенко



Е.В. Мушенко



Д.И. Скорый



Р.М. Смачило

# Современные технологии в лечении случая колоректального рака, осложненного частичной кишечной непроходимостью, абсцессом правой доли печени и ранним послеоперационным илеусом

**К**олоректальный рак остается одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований человека. Согласно результатам последнего эпидемиологического анализа в мире он занимает третье место в структуре заболеваемости среди мужчин и второе – среди женщин. Так, в 2008 г. было зарегистрировано более 1,2 млн новых случаев злокачественных опухолей ободочной и прямой кишки и около 609 тыс. обусловленных ими смертей [2]. Показатели заболеваемости колоректальным раком сегодня достигают 85-90 случаев на 100 тыс. населения, увеличиваясь с 24,9 (в возрастной группе до 50 лет) до 249,7 (среди пациентов старше 60 лет).

Приводим клиническое наблюдение.

**Пациент Б.**, 77 лет, поступил в клинику в ургентном порядке 7.11.2014 г. с жалобами на периодические боли в животе, вздутие живота, чередование запоров и диарей, повышение температуры тела до 39 °С, слабость, незначительную потерю массы тела. Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые отметил появление перечисленных симптомов. Лечился самостоятельно, однако к вышеуказанным жалобам присоединились ноющие боли за грудиной, сердцебиение, перебои в работе сердца, в связи с чем пациент был госпитализирован в кардиологический стационар 3.11.2014 г. Больной был обследован, установлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени; суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолическая аритмия; СН IIА ст. с неуточненной систолической функцией левого желудочка. Заподозрены: патология толстой кишки, абсцесс печени. Больному проводилось консервативное лечение, несмотря на которое сохранялась фебрильная температура тела. Для дальнейшего лечения и обследования 7.11.2014 г. больной был направлен в клинику Института общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины.

Обследован при поступлении.

**Клинический анализ крови:** гемоглобин – 114 г/л, эритроциты  $3,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $9,3 \times 10^{12}/л$  (палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 26%, моноциты – 7%, эозинофилы – 0%). Биохимический анализ крови: глюкоза 5 ммоль/л, амилаза 9,4 гхч/л, общий билирубин 8 мкмоль/л, прямой – 1,5 мкмоль/л.

**КТ органов брюшной полости:** КТ-признаки неопластического поражения поперечно-ободочной кишки. Объемное образование V сегмента печени (вероятнее всего, абсцесс). Киста V сегмента печени. Не исключено наличие нерентгенконтрастного конкремента в интрапанкреатической части холедоха. (рис. 1, 2).

**УЗИ органов брюшной полости:** абсцесс V-VI сегментов печени, 72×27×39 мм. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Желчный пузырь спавшийся, 62×19 мм. Холедох – 7,2-9 мм, свободен от конкрементов.

Больному установлен диагноз: рак поперечно-ободочной кишки T<sub>3</sub>N<sub>x</sub>M<sub>0</sub>. Частичная толстокишечная непроходимость. Абсцесс V сегмента печени. Киста V сегмента печени. В связи с явлениями эндогенной интоксикации, гипогидратации, декомпенсации кардиальной патологии больному проводилась предоперационная подготовка в объеме инфузионно-детоксикационной, антибактериальной, кардиотропной, противовоспалительной, спазмолитической терапии.

Больной прооперирован в ургентном порядке 10.11.2014 г.: лапаротомия, комбинированная резекция поперечно-ободочной кишки с правосторонней гемиколэктомией. Резекция V сегмента печени с абсцессом. Фенестрация кист V и VIII сегментов печени, дренирование брюшной полости (проф. А.М. Тищенко). После верхнесрединной лапаротомии в условиях общей анестезии выполнена ревизия органов брюшной полости. В поперечно-ободочной кишке обнаружена плотная бугристая опухоль до 12 см в диаметре, циркулярно суживающая просвет кишки. Проксимальные отделы толстой кишки расширены, атоничны, содержат небольшое количество жидких каловых масс, газы. Петли тонкой кишки не расширены, перистальтируют. Определено не менее 7 плотных, увеличенных лимфоузлов по ходу средней ободочной артерии. Признаков отдаленного метастазирования не выявлено. В V сегменте печени обнаружен участок инфильтрации с зоной флуктуации в центре. Также в V сегменте печени выявлена простая киста диаметром до 2 см и киста диаметром до 1 см в VIII сегменте. Желчный пузырь без признаков воспаления, свободен от конкрементов. Холедох на всем протяжении расширен до 10 мм, конкременты отсутствуют. Произведена резекция поперечно-ободочной кишки с опухолью. В связи с выраженным расширением правой половины толстой кишки принято решение о выполнении правосторонней гемиколэктомии. Мобилизация толстой кишки осуществлена с отдельным прошиванием и перевязкой средней и правой ободочной, подвздошно-ободочной артерии. Выполнена лимфаденэктомия вдоль средней ободочной артерии. Целостность кишечной трубки восстановлена с помощью формирования механического илеодесцендоанастомоза циркулярным степлером по типу «конец в бок».

В Украине ежегодно регистрируют 36,5 случая рака толстой кишки на 100 тыс. населения, то есть выявляют 15-17 тыс. таких больных. Наибольшее количество больных раком толстой кишки зарегистрировано в Днепропетровской, Донецкой, Луганской, Одесской областях [1]. У некоторых пациентов отмечается сочетание криптогенного абсцесса печени и рака толстой кишки, формирование которого обусловлено транслокацией бактерий толстой кишки через поврежденную слизистую оболочку в систему воротной вены [7]. Основным методом лечения как колоректального рака, так и абсцесса печени является хирургический. Ранние послеоперационные осложнения отмечаются у 6-10% больных, а при продолжительных и обширных вмешательствах – у 12-27,5%. Послеоперационная кишечная непроходимость наблюдается у 0,09-1,6% пациентов после операций на органах брюшной полости, а при осложнениях, по поводу которых производится лапаротомия, ее частота составляет 11,3-14,3%. Летальность при непроходимости кишечника в раннем послеоперационном периоде колеблется от 16,2 до 52,1%, а в позднем – от 6 до 18% [3]. Особого внимания заслуживает ранняя послеоперационная непроходимость, развивающаяся в стационаре и являющаяся самостоятельной проблемой в связи с трудностями распознавания и выбора оптимальной лечебной тактики, что принципиально важно у пациентов пожилого и старческого возраста. В последние годы многие хирурги рассматривают возможность применения эндоскопических методик в комбинации с назогастральной/назоинтестинальной интубацией кишечника наряду с комплексным медикаментозным лечением, парентеральным и ранним энтеральным питанием при лечении спаечной кишечной непроходимости и послеоперационного пареза кишечника [5]. Уже в 30-х годах прошлого века гастроинтестинальная декомпрессия считалась эффективным методом лечения острой тонкокишечной непроходимости без признаков странгуляции. Кроме того, было доказано, что возможности назогастрального зонда недостаточны для декомпрессии дистальных отделов тонкой кишки [4]. В связи с этим были разработаны эндоскопические методики установки назоинтестинального зонда с помощью гастроскопа [4], а в последние годы – с помощью энтероскопа [6, 8]. Необходимо отметить, что развитие современных методов диагностики и лечения позволяет оказывать высококвалифицированную помощь и своевременно распознавать и бороться с развившимися послеоперационными осложнениями у пациентов старших возрастных групп с сочетанными заболеваниями брюшной полости.

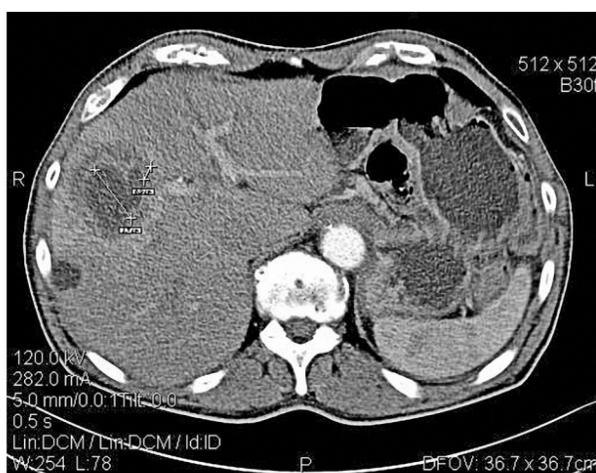


Рис. 1. Абсцесс V сегмента печени с толстой капсулой, киста V сегмента печени



Рис. 2. Опухоль в поперечно-ободочной кишке

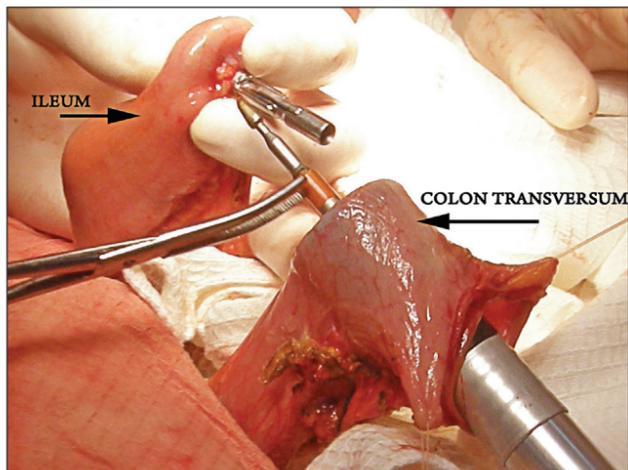


Рис. 3. Формирование илеодесцендоанастомоза

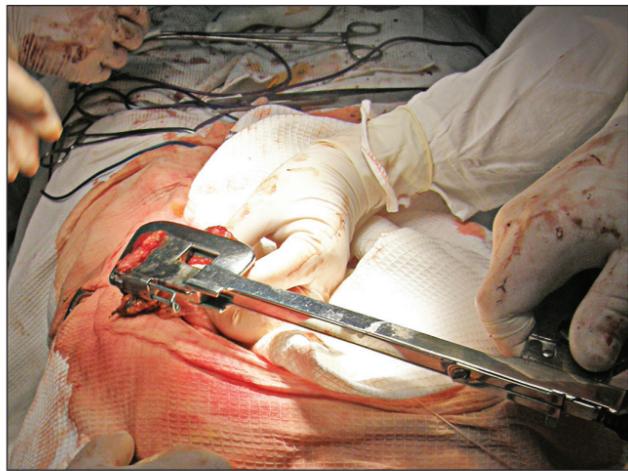


Рис. 4. Ушивание культи толстой кишки

расстройств, а также на стимуляцию кишечной перистальтики. На фоне терапии отмечена отрицательная динамика, сохранялись явления пареза кишечника, аускультативно – единичные кишечные шумы, в связи с чем 15.11.2014 г. в перидуральное пространство был установлен катетер и начато введение 0,25% раствора бупивакаина. Продлена интенсивная терапия, в результате которой практически регрессировали электролитные нарушения: К – 4,58 ммоль/л, Na – 134,0 ммоль/л, Cl – 105,0 ммоль/л. Лабораторно отмечался умеренно выраженный лейкоцитоз ( $13,4 \times 10^9/\text{л}$ ) с нейтрофильным сдвигом (п. – 18%, с. – 70%). На фоне терапии отмечена положительная динамика – отчетливая перистальтика, отхождение газов, нормализация стула. Также наблюдалась стабилизация гемодинамических показателей, респираторной системы. По дренажам – скудное серозное отделяемое, 15.11.2014 г. удалены трубчатый,

«шум плеска». Сток по назоинтестинальному зонду – 2,3 л. Лабораторно – нарастание лейкоцитоза (до  $28,9 \times 10^9/\text{л}$ ) с выраженным нейтрофильным сдвигом (п. – 17%, с. – 77%). По дренажам отделяемое отсутствует. Заподозрено наличие у больного мезентериального тромбоза. По результатам компьютерной томографии установлено наличие остаточной полости в проекции V сегмента печени, где определяются жидкость и пузырьки воздуха. К полости подведена дренажная трубка. Также у больного обнаружен выпот в воротах селезенки без признаков абсцедирования (рис. 10).

Назоинтестинальный зонд удален. Согласно результатам повторных энтеро- и колоноскопии слизистая оболочка пищевода, желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки розовая, без изъязвлений. Тонкая кишка вяло перистальтирует. Анастомоз находится на 90 см от ануса, состоятелен, просвет умеренно

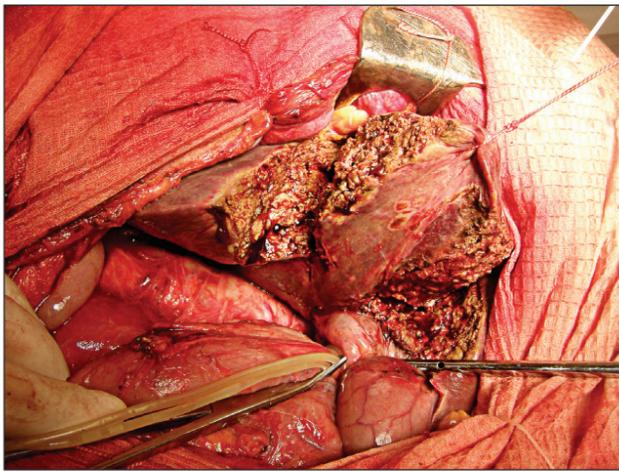


Рис. 5. Резекция V сегмента печени с абсцессом

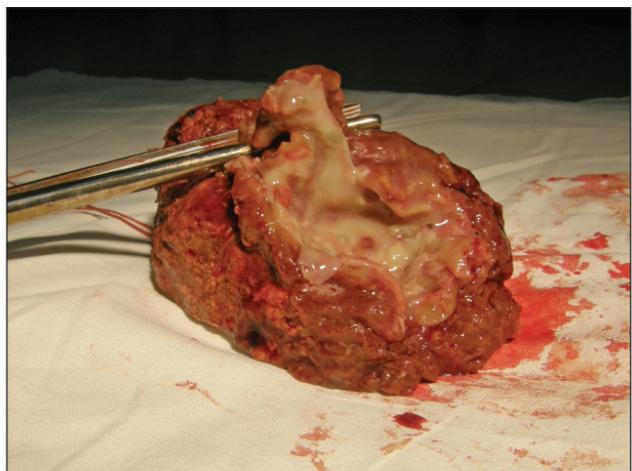


Рис. 7. Макропрепарат. Вскрыта полость абсцесса, содержащего до 150 мл сливкообразного гноя без запаха. Стенка состоит из плотной рубцовой ткани

Дополнительно наложены серо-серозные швы. Механические швы инвагинированы двумя серо-серозными полуцистными швами (рис. 3, 4).

В связи с наличием толстой плотной капсулы произведена резекция V сегмента печени с абсцессом по методике clamp-crushing с использованием Pringle-маневра. Пережатие гепатодуоденальной связки осуществлялось по разработанной нами методике предотвращения ишемически-реперфузионных повреждений по схеме 5-10-15 мин с пятиминутными перерывами. Суммарное время ишемии печени – 60 мин. Обработка трубчатых структур печени выполнялась путем биполярной коагуляции, клипирования, прошивания и лигирования. Гемостаз резекционной поверхности достигнут с помощью биполярной коагуляции (рис. 5, 6).

Выполнена фенестрация кист V и VIII сегментов печени, гемостаз. Произведено дренирование правого поддиафрагмального, подпеченочного пространств и полости малого таза трубчатыми дренажами, левого поддиафрагмального пространства – перчаточнотрубчатым дренажом. Рана послойно ушита. Длительность операции – 280 мин. Интраоперационная кровопотеря составила 125 мл.

Макроскопическая опухоль представлена плотной белесоватой тканью, которая на 2/3 суживает просвет кишки. Стенка абсцесса – рубцовой тканью (рис. 7).

**Гистологическое заключение № 7845-6** (от 10.11.2014 г.): стенка хронического абсцесса.

**Гистологическое заключение № 7847-52** (от 10.11.2014 г.): высокодифференцированная аденокарцинома с обширными некрозами, прорастающая во все слои стенки кишки, в лимфоузлах метастазов не обнаружено.

Первые трое суток послеоперационного периода прошли без осложнений. Отмечена устойчивая тенденция к артериальной гипертензии, признаки фибрилляции предсердий, дефицит пульса составил 12-20 уд/мин. По дренажам отмечалось выделение умеренного количества серозно-геморрагического отделяемого. На третьи сутки послеоперационного периода зафиксировано умеренное вздутие нижних отделов живота, аускультативно выслушивались единичные кишечные шумы.

Больной был переведен из ОРИТ в общую палату 13.11.2014 г. По дренажам – небольшое количество серозного отделяемого. Удален трубчатый дренаж из полости малого таза. В 22.40 13.11.2014 г. состояние пациента ухудшилось, появились жалобы на затрудненное дыхание, одышку в покое, дискомфорт за грудиной, в связи с чем больной был переведен в ОРИТ. При объективном осмотре выявлены вздутие живота, неотхождение газов, фибрилляция предсердий – дефицит пульса составил 4-12 уд/мин, стойкая тенденция к артериальной гипертензии – 160-180/100 – 120 мм рт. ст. Лабораторно отмечались явления дисэлектролитных расстройств: К – 3,47 ммоль/л, Na – 113 ммоль/л, Cl – 96,1 ммоль/л. Больному продолжена интенсивная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных расстройств, гемодинамических и дыхательных



Рис. 6. Резекционная поверхность

а 16.11.2014 г. – перчаточный дренажи из левого поддиафрагмального пространства.

Состояние пациента резко ухудшилось 18.11.2014 г. Вновь отмечено выраженное вздутие живота, отсутствие стула и неотхождение газов. Аускультативно – перистальтика не выслушивается, отмечается «шум плеска». По данным ЭКГ – синусовая тахикардия, артериальная гипертензия. Кроме того, вновь отмечены явления дыхательной недостаточности (больной обеспечен кислородной поддержкой), снижение диуреза до 900 мл. По дренажам – скудное серозное отделяемое. Лабораторно – без существенной динамики. По данным цифровой рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости, в плевральных полостях с обеих сторон был выявлен малый гидроторакс, а в брюшной полости – множественные тонкокишечные уровни и «арки» (рис. 8).

В связи с наличием клинических и рентгенологических признаков острой тонкокишечной непроходимости принято решение о выполнении энтероскопии.

Согласно данным энтероскопии в желудке, двенадцатиперстной и тонкой кишке слизистая розовая, изъязвления отсутствуют. Тонкая кишка вяло перистальтирует. Из желудка эвакуировано до 2 л застойного желудочного содержимого, из тонкой кишки – до 2,5 л застойного тонкокишечного содержимого. В тонкую кишку для декомпрессии и энтерального питания трансназально по проводнику был введен зонд № 15. При рентгенографическом исследовании зонд находится в тонкой кишке, сохраняются «арки», тонкокишечные уровни не определяются (рис. 9).

На фоне продолженной интенсивной терапии, медикаментозной стимуляции кишечной перистальтики состояние больного улучшилось, появилась перистальтика, отхождение газов, возобновился стул. 19.11.2014 г. с помощью правосторонней плевральной пункции эвакуировано до 400 мл серозного выпота.

20.11.2014 г. вновь отмечено ухудшение состояния – выраженное вздутие живота, отсутствие перистальтики,



Рис. 8. Рентгенография органов брюшной полости. Множественные тонкокишечные уровни и «арки»



Рис. 9. Зонд в тонкой кишке, отмечаются тонкокишечные «арки»

деформирован. Из желудка удалено до 1,5 л застойного желудочного отделяемого, из тонкой кишки – до 2 л застойного тонкокишечного отделяемого, из толстой кишки – до 400 мл светлого отделяемого с примесью каловых масс. Трансназально в тонкую кишку установлен зонд № 15, аналогичный зонд трансректально введен за зону анастомоза.

Продолжение на стр. 40.

А.М. Тищенко, д.м.н., профессор, Е.В. Мушенко, И.В. Сариян, к.м.н., Д.И. Скорый, д.м.н., Р.М. Смачило, к.м.н., ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков

## Современные технологии в лечении случая колоректального рака, осложненного частичной кишечной непроходимостью, абсцессом правой доли печени и ранним послеоперационным илеусом

Продолжение. Начало на стр. 38.

Реканализирована контрапертура в левом подреберье, установлен трубчатый дренаж, по которому выделилось до 400 мл слизистого отделяемого зеленоватого цвета (бакпосев – *E. coli*, *P. aeruginosa*). Изменен режим антибактериальной терапии – назначен меропенем по 1 г 3 раза в сутки. Выполнена пункция обеих плевральных полостей. Слева эвакуировано до 200 мл серозного выпота, справа – 150 мл серозно-геморрагического.

На фоне продолженной интенсивной терапии, медикаментозной стимуляции кишечной перистальтики, энтерального питания через зонд с парентеральной нутриционной поддержкой наблюдалась положительная динамика. Восстановилась активная перистальтика, начали обильно отходить газы, у больного отмечен неоднократный самостоятельный стул (зонд из прямой кишки самопроизвольно выпал 22.11.2014 г.). Лабораторно – незначительный лейкоцитоз (до  $10,4 \times 10^9$ /л) с умеренным нейтрофильным сдвигом (п. – 13%, с. – 77%), признаки электролитных нарушений отсутствуют.

25.11.2014 г. на 15-е послеоперационные сутки пациент переведен в общую палату. Больному начато энтеральное питание. Удален трубчатый дренаж из правого поддиафрагмального пространства – установлен резиновый выпускник, сняты швы с послеоперационной раны. 26.11.2014 г. – состояние пациента с положительной динамикой, ближе к средней тяжести. Наблюдается незначительное вздутие живота, выслушивается активная перистальтика, отмечено отхождение газов, неоднократный стул. Удален трубчатый дренаж из подпеченочного пространства, установлен резиновый выпускник. По дренажу в левом поддиафрагмальном пространстве – до 400 мл асцитического выпота. Проводится энтеральное питание через зонд, отменена терапия, стимулирующая

кишечную перистальтику. В дальнейшем отмечена нормализация клинико-лабораторных показателей. Больной полностью переведен на энтеральное питание 28.11.2014 г. Назоинтестинальный зонд удален 30.11.2014 г. При контрольной рентгенографии органов брюшной полости патология не выявлена. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 8.12.2014 г. под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства.

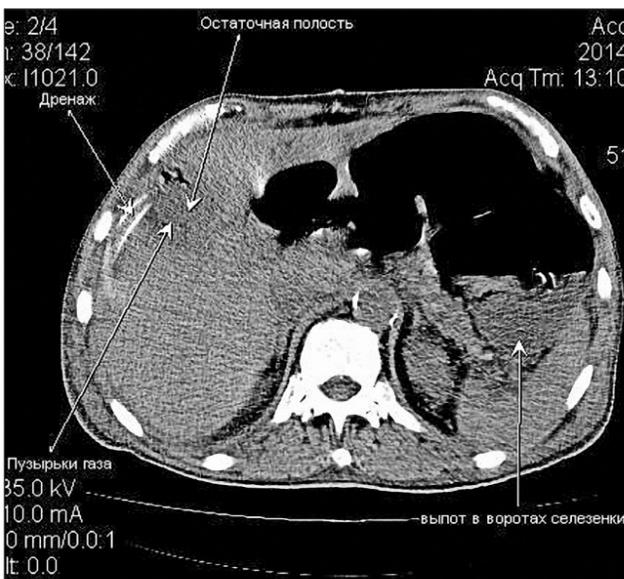


Рис. 10. Компьютерная томография. Выпот в воротах селезенки. В проекции резекционной поверхности остаточная полость, в ней – жидкость и пузырьки воздуха. К полости подведена дренажная трубка (отмечено стрелками)

### Выводы

Таким образом, комплексное использование современных методов хирургического лечения, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет выполнять обширные оперативные вмешательства даже у пациентов старших возрастных групп с тяжелой сопутствующей патологией за счет уменьшения травматизации тканей, минимизации кровопотери и сокращения длительности операции. Применение механического шва при формировании межкисечных анастомозов не только позволяет ускорить проведение операции, но и повышает анатомическую, биологическую и механическую прочность формируемых соустьев. Использование эндоскопических технологий в послеоперационном периоде является информативным диагностическим мероприятием, а в ряде случаев – альтернативой повторным операциям, выполняемым по поводу послеоперационных осложнений, таких как ранняя послеоперационная непроходимость. Мультидисциплинарный подход в лечении подобных пациентов позволяет избежать ненужных операций, уменьшить количество послеоперационных осложнений и снизить летальность.

### Литература

- Захараш М.П. Проблема скрининга колоректального рака в Украине // Здоров'я України. – 2011. – № 2 (5). – С. 22-23.
- Колоректальный рак: динамика заболеваемости и смертности в кемеровской области / А.С. Животовский, А.Г. Кутихин, Ю.А. Магарилл [и др.] // Медицинский альманах. – 2012. – № 2 (21). – С. 58-61.
- Электрофизиологические аспекты в дифференциальной диагностике механической и динамической послеоперационной кишечной непроходимости / А.Л. Вороной, В.Ю. Михайличенко, А.О. Миминошвили [и др.] // Харьковська хірургічна школа. – 2012. – № 2(53). – С. 134-136.
- A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction / Xiao-Li Chen, Feng Ji, Qi Lin [et al.] // World J Gastroenterol. – 2012. – № 18 (16). – P. 1968-1974.
- Adhesive small bowel obstruction: how long can patients tolerate conservative treatment? / S.C. Shih, K.S. Jeng, S.C. Lin // World J Gastroenterol. – 2003. – № 9 (3). – P. 603-605.
- Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / S. Di Saverio, F. Coccolini, M. Galati [et al.] // World J. of Emergency Surgery. – 2013. – № 8 (1). – P. 42-56.
- Cryptogenic pyogenic liver abscess as the herald of colon cancer / S.W. Jeong, J.Y. Jang, T.H. Lee [et al.] // J Gastroenterol Hepatol. – 2012. – № 27(2). – P. 248-255.
- Guo Shi-Bin. Decompression of the small bowel by endoscopic long-tube placement / Zhi-Jun Duan, Shi-Bin Guo // World J Gastroenterol. – 2012. – № 18 (15). – P. 1822-1826.

### Энзалутамид одобрен FDA для лечения больных кастрационно-резистентным РПЖ, не получавших ранее химиотерапию

11 сентября Управление по контролю над качеством продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) одобрило ингибитор рецепторов андрогенов второго поколения энзалутамид для лечения больных кастрационно-резистентным раком простаты, не получавших ранее химиотерапию. Энзалутамид является пероральным ингибитором рецепторов андрогенов, который уже продемонстрировал улучшение общей выживаемости у больных метастатическим раком предстательной железы (мРПЖ), которые ранее получали доцетаксел.

Основанием для одобрения FDA стали результаты рандомизированного исследования PREVALE. В этом исследовании 1717 пациентов с мРПЖ были рандомизированы в группу, получавшую энзалутамид перорально в дозе 160 мг/сут, а также в группу плацебо. Общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП) были главными критериями эффективности. Уже в промежуточном анализе были показаны достоверные преимущества для энзалутамида: риск смерти снижался на 30% (HR 0,70; 95% ДИ 0,59-0,83;  $p < 0,0001$ ), а риск прогрессирования, доказанного при рентгенологическом обследовании, – на 81% (HR 0,19; 95% ДИ 0,15-0,23;  $p < 0,0001$ ). На момент проведения анализа 28% больных в группе энзалутамида и 35% в группе плацебо погибли. Оценочная медиана ОВ составила 32,5 мес для энзалутамида и 30,2 мес для группы плацебо. Медиана ВБП составила 3,9 мес в группе плацебо и не была достигнута в группе энзалутамида. Основываясь на достоверных отличиях в снижении риска смерти и прогрессирования для энзалутамида, независимый комитет,

занимавшийся мониторингом данного исследования, признал препарат эффективным.

Tomasz M. Beer et al. *J Clin Oncol* 32, 2014 (suppl 4; abstr LBA1); www.fda.gov

Подготовила Катерина Котенко

### Почечная недостаточность связана с повышенным риском формирования папиллярного почечноклеточного рака

Терминальная стадия почечной недостаточности и приобретенная кистозная болезнь почек, ассоциированная с диализом, являются известными факторами риска папиллярной почечноклеточной карциномы (ППКК). Тем не менее достоверные данные о корреляции между исключительно почечной недостаточностью и частотой ППКК отсутствуют.

Группа исследователей из США провели ретроспективный анализ базы данных пациентов с целью выявления лиц, перенесших экстирпацию почки в связи с почечноклеточной карциномой (ПКК) за период с 1992 по 2012 год. Из анализа были исключены больные, находящиеся на момент предоперационного периода в терминальной стадии почечной недостаточности, с показателями скорости клубочковой фильтрации (СКФ)  $< 15$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

В общей сложности 1226 пациентов соответствовали критериям включения в наблюдение, из которых у 15% отмечалась ППКК. Авторами была выявлена взаимосвязь между гистологически подтвержденным папиллярным типом ПКК и увеличением частоты хронической болезни почек (ХБП) в предоперационном периоде ( $p = 0,021$ ). Многофакторный регрессионный анализ показал, что такие факторы, как мужской пол, раса и снижение функции почек, классифицируемое по СКФ, и стадии ХБП, были независимо связаны с более высокой вероятностью развития ППКК по

сравнению с другими гистологическими вариантами ПКК.

На основании полученных данных исследователи пришли к заключению, что в большой группе пациентов с ПКК снижение почечной функции было независимо связано с увеличением вероятности такого гистологического типа рака почки, как ППКК. Полученные результаты в совокупности с имеющейся информацией, свидетельствующей в пользу сходства процессов экспрессии белка в клетках ППКК и резидентных стволовых клетках, интенсифицирующихся при поражении почек, вероятно, свидетельствуют о взаимосвязи между повреждением почек и ППКК.

Woldu S.L., Weinberg A.C., RoyChoudhury A., Chase H., Kalloo S.D., McKiernan J.M., DeCastro G.J. Renal insufficiency is associated with an increased risk of papillary renal cell carcinoma histology. *Int Urol Nephrol*. 2014.

### Комбинация лидокаиновых суппозиториев и перипростатической блокады во время трансректальной биопсии простаты: проспективное рандомизированное исследование

Целью исследования японских ученых стал поиск наиболее эффективного местного обезболивания для проведения процедуры трансректальной биопсии простаты под контролем трансректальной ультрасонографии. В наблюдение были включены 123 пациента, перенесших трансректальную биопсию простаты под ультразвуковым наведением в связи с повышением уровня простатического специфического антигена и/или подозрительными результатами пальцевого ректального исследования, которые были рандомизированы на три группы. В первой ( $n = 41$ ) больные получали 60 мг лидокаина в виде суппозиториев, во второй ( $n = 41$ ) пациентам проводилась перипростатическая нервная блокада

(инъекция 10 мл лидокаина гидрохлорида), в третьей группе ( $n = 41$ ) перед проведением 10-точечной трансректальной биопсии простаты под ультразвуковым наведением использовалась комбинация лидокаиновых суппозиториев с перипростатической блокадой. Болевые ощущения оценивались на каждом этапе процедуры по 10-балльной визуальной аналоговой шкале.

Уровень простатического специфического антигена варьировал в пределах от 0,39 до 90,1 (среднее значение 8,76 нг/мл; стандартное отклонение 11,08 нг/мл). В ходе сравнения средних показателей выраженности боли были выявлены значительные различия между первой и второй ( $p = 0,004$ ), первой и третьей ( $p = 0,001$ ), а также второй и третьей ( $p = 0,001$ ) группами пациентов. В целом показатели представителей третьей группы в отношении снижения интенсивности болевого синдрома были лучше, что подтверждалось наиболее низкими оценками его выраженности по данным визуальной аналоговой шкалы.

Таким образом, применение комбинации суппозиториев с лидокаином и перипростатической блокады с введением лидокаина продемонстрировало более выраженный анальгетический эффект при проведении трансректальной биопсии простаты под ультразвуковым наведением по сравнению с таковым каждой из этих методик в отдельности.

Lunacek A., Mrstik C., Simon J., Frauscher F., Schwentner C., Radmayr C., Horninger W., Plas E. Combination of lidocaine suppository and periprostatic nerve block during transrectal prostate biopsy: A prospective randomized trial. *Int J Urol*. 2014.

Подготовил Антон Пройдак

ОНКОДАЙДЖЕСТ