

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

Колоректальный 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 T₃N_xM₀. 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.

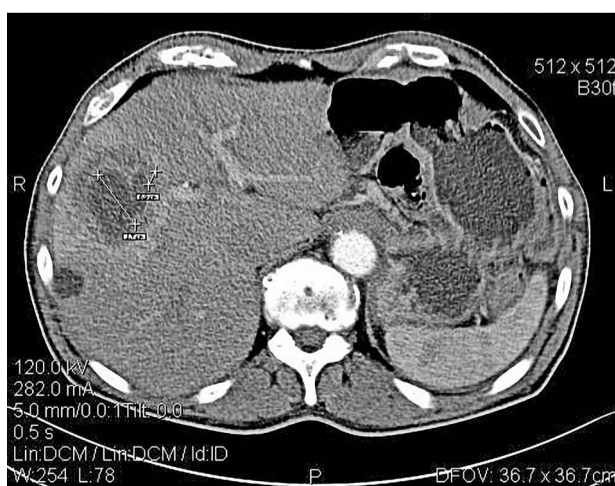


Рис. 1. Абсцесс V сегмента печени с толстой капсулой, киста V сегмента печени



Рис. 2. Опухоль в поперечно-ободочной кишке

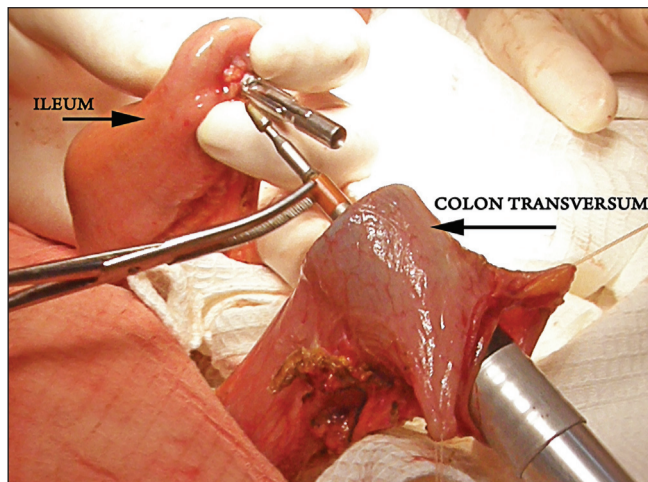


Рис. 3. Формирование илеодесцендоанастомоза

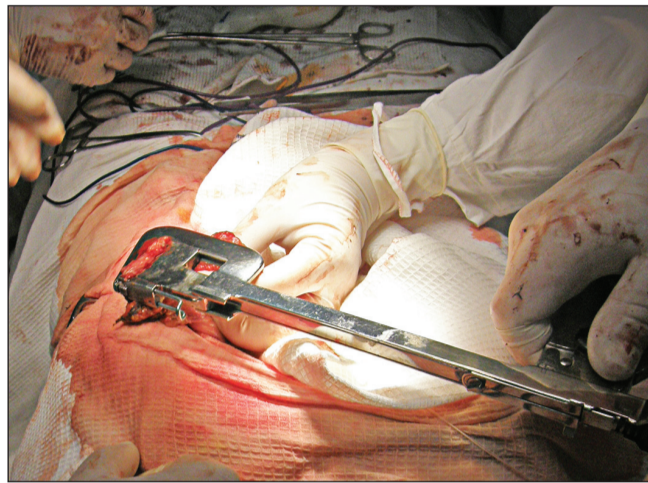


Рис. 4. Ушивание культи толстой кишки

Дополнительно наложены серо-серозные швы. Механические швы инвагинированы двумя серо-серозными полуциклическими 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 – перчаточко-трубчатым 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

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 ($13,4 \times 10^9$ /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,

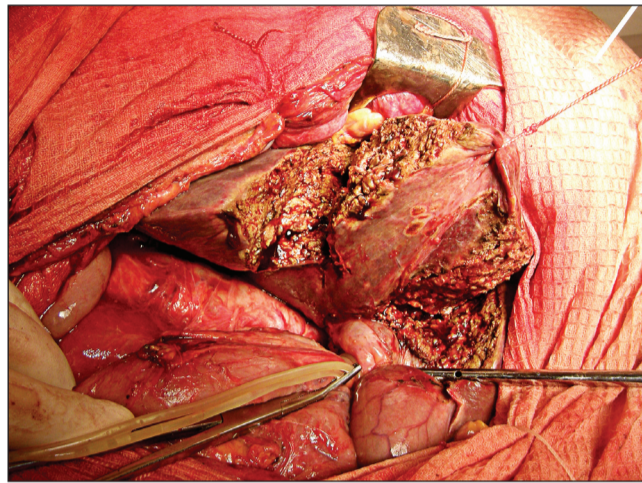


Рис. 5. Резекция V сегмента печени с абсцессом



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 трансанально 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,

«шум плеска». Сток по назоинтестинальному зонду – 2,3 л. Лабораторно – нарастание лейкоцитоза (до $28,9 \times 10^9$ /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

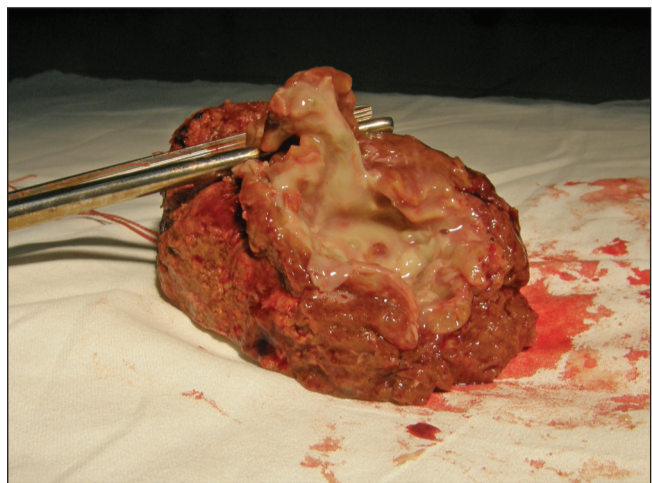


Рис. 7. Макропрепарат. Вскрыта полость абсцесса, содержащего до 150 мл сливкообразного гноя без запаха. Стенка состоит из плотной рубцовой ткани



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. Трансанально 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. Сарян, 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.

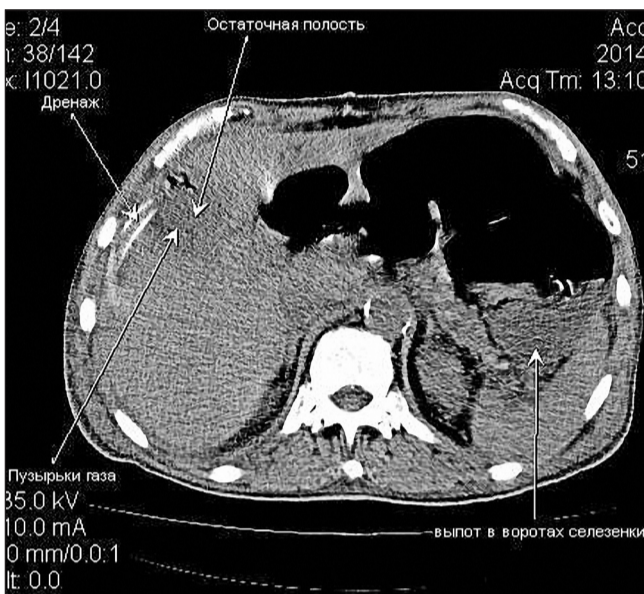


Рис. 10. Компьютерная томография. Выпот в воротах селезенки. В проекции резекционной поверхности остаточная полость, в ней – жидкость и пузырьки воздуха. К полости подведена дренажная трубка (отмечено стрелками)

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 экстрипацию почки в связи с почечноклеточной карциномой (ППК) 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 м².

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 ППК 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 ППК.

На основании полученных данных исследователи пришли к заключению, что в большой группе пациентов с ППКК 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., Kallou 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 таковой 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