

**PSA Progression Following Radical Prostatectomy and Radiation Therapy: New Standards in the New Millenium.**

**Djavan, B. (Vienna, Austria); Moul, J. W. (Bethesda, USA); Zlotta, A. (Brussels, Belgium); Remzi, M. (Vienna, Austria); Ravery, V. (Paris, France).  
P. 12-27**

**Увеличение уровня ПСА после радикальной простатэктомии и лучевой терапии: новые стандарты в новом тысячелетии.**

*Резюме.*

Увеличение показателя простат - специфического антигена (ПСА) после радикального лечения клинически локализованного рака простаты - обычная проблема, с которой сталкиваются и пациент и уролог. Не все пациенты с рецидивирующей болезнью имеют равный риск смерти из-за рака простаты.

После хирургического лечения прогрессия уровня ПСА может определяться как сразу после операции радикальной простатэктомии, так и после некоторого периода нормализации показателей. С другой стороны, уровень ПСА после лучевой терапии изменяется так, что нельзя определить чистую закономерность.

Обзор последней международной литературы представляет информацию о диагностических процедурах, используемых у пациентов с рецидивом рака простаты. Показатели прогрессии рака простаты предсказуемы и требуют более тщательного отбора пациентов для лечения, основанного на доступных таблицах и номограммах. Действительно, определение пациентов с высокой степенью риска рецидива рака простаты позволит подобрать более приемлемый способ лечения.

После радикального лечения анализ времени наступления рецидива, времени удвоения уровня ПСА, кинетика ПСА в сочетании с современными средствами воспроизведения изображений типа радиоиммуноскинтиграфии с Indium-111 может провести лучшую идентификацию рецидива опухоли. Таким образом, оптимальная стратегия лечения может предусматривать локальное облучение, радикальную простатэктомию, гормональную терапию или их комбинацию, выбор которых зависит от результатов обследования и прогноза. Альтернативные методы воздействия - лечение холодом все еще нуждаются в дальнейшем исследовании.

Современные подходы к хирургическому лечению расширят выбор пациентов, которым показано радикальное лечение, также как отбор пациентов со склонностью к рецидиву позволит подобрать им наиболее соответствующий вариант терапии.

---

**Prognostic Significance of Tumor Volume after Radical Prostatectomy: A Multivariate Analysis of Pathological Prognostic Factors.**

**Salomon, L., Levrel, O. (Creteil, France); Anastasiadis, A. G. (New York, USA) et al.  
P.39 - 44.**

**Прогностическое значение объема опухоли после радикальной простатэктомии: многовариантный анализ патологических прогностических факторов.**

## *Резюме*

**Цели:** Проанализировать зависимость между стадией рака предстательной железы по Глиссону и состоянием границы резекции с объемом опухоли в значении возможности рецидива рака простаты после радикальной простатэктомии.

**Методы:** Проанализированы 200 больных после радикальной простатэктомии. Отмечены: клиническая стадия, определенная до операции, уровень ПСА, результаты биопсии простаты. Биохимически значимое увеличение ПСА определено, как однократное увеличение показателя более 0,2 нг/мл.

Объем опухоли был сравнен со стадией, установленной после операции, стадией по Глиссону, и состоянием границы хирургической резекции, чтобы определить возможность предсказать прогрессию опухоли. Применялся одномерный и многовариантный анализ, использующий пошаговую логистическую регрессию, чтобы идентифицировать параметры с дополнительным прогностическим значением.

**Результаты:** После простатэктомии определены следующие стадии болезни: 149 (74.5 %) - стадия pT2a-b, 29 (14.5 %) - pT3a и 22 (11 %) - pT3b. Объем опухоли был 0.57 куб/см для pT2a, 1.2 куб/см для pT2b, 1.7 куб/см для pT3a и 2.9 куб/см для pT3b, соответственно ( $p < 0.05$ ). Принятый вместе, средний объем для pT2 и pT3 был 1.06 и 2.2 куб/см, соответственно ( $p < 0.0001$ ). Пятилетнее свободное от прогрессии выживание составило 69.7 %. Используя одномерный анализ, прогрессия опухоли соотносилась с конечным показателем стадии по Глиссону ( $p < 0.0007$ ), положительным хирургическим краем резекции ( $p = 0.02$ ), объемом опухоли ( $p = 0.009$ ) и стадией ( $p < 0.0001$ ). В многовариантном анализе прогрессия опухоли соотносилась только с конечным (заключительным) показателем по Глиссону ( $p = 0.04$ ) и стадией опухоли ( $p = 0.0002$ ).

**Заключение:** Уровень градации по Глиссону и патологическая стадия - независимые факторы, предсказывающие прогрессию рака простаты после радикальной простатэктомии. Когда эти параметры известны, объем опухоли не дает дополнительной информации.

---

## **Stone Treatment and Coagulopathy.**

**Klinger, H.C.; Kramer, G.; Lodder, M., et al.**

**P.75-80.**

### **Лечение мочекаменной болезни и коагулопатия.**

**Цель:** ретроспективная оценка протоколов и результатов лечения камней верхних мочевых путей у пациентов с коагулопатиями (по типу гиперкоагуляции).

**Методы:** В течении 6 лет 6827 вмешательств по поводу мочекаменной болезни (дистанционная ударноволновая литотрипсия (ДУВЛ) или эндоскопических операций) были выполнены у 5739 пациентов. Тридцать пять (0.61 %) пациентов страдали от ряда системных расстройств свертывания крови и получали антикоагулянты. Расстройства системы свертывания были скорректированы специальной терапией, предшествовавшей любому вмешательству. Всего проведено 76 вмешательств больным с гиперкоагуляцией, а именно: ДУВЛ, уретероскопия (УРС) перкутанная нефролитотомия (ПНЛ) стентирование мочеточника или перкутанная нефростомия.

**Результаты:** Все пациенты освободились от камней за 3 месяца или имели клинически незначимые остаточные фрагменты. Серьезные осложнения наблюдались в 10/76 (13.1 %). ДУВЛ была успешна в 88.9 % (16/18) пациентов, но вызвала осложнения в 33.3 % (6/18); 27.8 % (5/18) пациентов требовали вспомогательных процедур. УРС и ПНЛ были успешны во всех случаях, и осложнения произошли в 0 % (0/7) и 33 % (1/3) пациентов соответственно. Время избавления от камней после ДУВЛ было 32.0 - 49.3 дней по сравнению с 19.4 - 28.6 дней в контрольной группе пациентов без коагулопатии; не было различий при эндоскопических операциях. Средняя стоимость лечения для пациентов, подвергающихся уретроскопии была выше у пациентов с коагулопатией (4611 евро против 2342 евро); однако меньше по сравнению с ДУВЛ (6070 евро против 1731 евро).

**Заключение:** Пациенты с гиперкоагуляцией имеют больше осложнений, несмотря на нормальные параметры во время лечения, и требуют более длительной госпитализации. Эффективность ДУВЛ была ниже для пациентов с коагулопатией, и мы в настоящее время одобряем эндоскопические процедуры для удаления камней у этой группы пациентов.