

**Онкоурология**

шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ), значения  $p < 0,05$  считали значимыми.

**Результаты:** Определен аллельный состав в генах участников — больных и контрольной групп: GG — 62 (39,2%) против 43 (36,8%); GC — 82 (51,9%) против 54 (46,2%); CC — 14 (20,8%) против 20 (17,15%). Связь между наличием аллеля С и НМИРМП оценивали по рецессивной модели наследования, объединив всех носителей — гетерозигот и гомозигот. Установлена частота встречаемости генотипов для больных и контрольной группы: GG GC — 144 (91,1%) против 97 (82,9%); CC — 14 (8,9%) vs 20 (17,1%). Т. е. носителей генотипа CC достоверно меньше в группе пациентов: ОШ (95%ДИ) 0,47 (0,23–0,98),  $p = 0,04$ . Взаимосвязь с инвазией опухоли не достоверна ( $p = 0,08$ ).

**Заключение:** По результатам исследования была выявлена стойкая статистическая тенденция к наличию протективного влияния генотипа CC в промоторной части гена белка сурвиина (rs9904341) на риск развития РМП. Для изучения взаимосвязи аллельного состава гена на частоту возникновения заболевания, а также вероятности прогрессирования и рецидивирования необходимы дополнительные исследования.

## РАННЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТИНЕНЦИИ МОЧИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ НЕМЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.И. Рябинин, И.С. Аль-Алакел, Я.В. Гриднева,  
М.И. Волкова

Место работы: ГБУЗ «ГКОБ № 1» ДЗМ, Москва, Россия

Эл. почта: mivolkova6@gmail.com

**Актуальность:** Специфическим осложнением радикальной простатэктомии (РПЭ) является недержание мочи, частота которого может достигать 25% в течение первых 30 дней после операции, приводя к снижению качества жизни больных.

**Цель:** Оценить частоту и степень недержания мочи в раннем послеоперационном периоде у больных раком предстательной железы рТ1-Т3N0-N1M0, подвергнутых лапароскопической РПЭ с сохранением функционально значимых анатомических зон.

**Материал и методы:** С мая по сентябрь 2022 г. в онкологическом отделении № 8 ГБУЗ «ГКОБ № 1» ДЗМ лапароскопическая РПЭ выполнена 80 пациентам. Медиана возраста — 74 (63–78) года. У всех больных диагностирован гистологически подтвержденный рак простаты рТ1–3N0–1M0. Медиана объема простаты — 60 (23–150) см<sup>3</sup>. Медиана суммы баллов по опроснику IPSS до РПЭ — 8 (7–12). Нервосберегающая методика РПЭ и отказ от расширенной тазовой лимфодиссекции применялись в соответствии

с расчетными рисками экстракапсулярной экстензии опухоли и поражения регионарных лимфоузлов у 5 (6,3%) и 24 (30,0%) пациентов, соответственно. С целью сохранения удержания мочи применялись: отказ от электрокоагуляции в области сосудисто-нервных пучков, дорзального венозного комплекса, слизистой уретры и мочевого пузыря, сохранение внутритазовой фасции, пубопростатических связок и шейки мочевого пузыря, а также фиксация задней стенки мочевого пузыря к мышцам тазового дна и сопоставление анатомических слоев мочевыводящих путей непрерывным швом при наложении уретровезикоанастомоза на уретральном катетере. Уретральный катетер удаляли, в среднем, на 5 (4–10) сутки после РПЭ. Проводилось анкетирование пациентов в 1 сутки после удаления уретрального катетера и телефонный опрос — на 30 сутки после операции.

**Результаты:** В 1 сутки после удаления уретрального катетера недержание мочи зарегистрировано у 4 (5,0%) пациентов (1 степени — 2 (2,5%), 2 степени — 2 (2,5%)). На 30 сутки после операции недержание мочи не зарегистрировано ни в одном случае. В 1 (1,3%) случае отмечена задержка мочи после удаления уретрального катетера на 5 сутки после РПЭ, разрешившаяся самостоятельно; недержание мочи при дальнейшем наблюдении за данным пациентом не зарегистрировано.

**Выводы:** Применение комплекса технических приемов, направленных на сохранение функционально значимых анатомических зон во время лапароскопической РПЭ, позволяет добиться высокой частоты континенции мочи в раннем послеоперационном периоде.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ KIM-1 В ПЛАЗМЕ КРОВИ — ДОСТОВЕРНЫЙ МАРКЕР ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ПОЧКИ

А.Ф. Мукерия, О.В. Шаньгина, В.Б. Матвеев, Д.Г. Заридзе

Место работы: ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Эл. почта: korotkova2029@gmail.com

**Цель:** Выбор между активным наблюдением и лечением пациентов с небольшими опухолями почек остается сложной задачей. Концентрация в плазме молекулы повреждения почек (Kidney Injury Molecule, KIM-1) может служить перспективным циркулирующим биомаркером для раннего выявления опухолей почки и прогноза выполнена оценка роли KIM-1 в плазме крови для а) дифференциальной диагностики новообразований почек неясной природы и б) стратификации риска прогрессирования пациентов с диагнозом рака почки.

**Материалы и методы:** Исследование методом случайный контроль проведено в отделе клинической эпидемиологии

НИИ КО НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина совместно с МАИР в рамках крупного международного проекта молекулярной эпидемиологии рака почки. В исследование включены первичные больные с предварительным диагнозом «рак почки», находившихся на лечении в урологическом отделении НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина в период с 2007 по 2012 гг. У всех пациентов, после госпитализации и до операции были получены образцы крови, в плазме которых определялась концентрация KIM-1. На основании гистологического исследования операционного материала были идентифицированы 324 больных, из которых в опытную группу были включены 162 пациента с подтвержденным диагнозом «рак почки» (скПКР), в контрольную группу — 162 пациента с доброкачественными образованиями почки. Прослеживание этих больных (в среднем 8 лет) позволило установить промежуточные и «конечные точки» клинического течения заболевания. С помощью метрики для оценки качества модели (AUC-ROC) была проанализирована связь дооперационного плазменного уровня концентрации KIM-1 с вероятностью гистологического подтверждения диагноза рака почки. Далее с использованием многофакторной модели Кокса был произведен анализ влияния дооперационного уровня KIM-1 в плазме на выживаемость без прогрессирования (ВБП) и общую выживаемость (ОВ) пациентов с диагнозом скПКР.

**Результаты:** Уровень экскреции KIM-1 в плазме крови 324 больных с опухолевыми образованиями почки с высокой достоверностью отличает рак почки от доброкачественных образований (0,81; 95% ДИ: 0,76–0,86). У пациентов с скПКР с более высоким уровнем KIM-1 в образце плазмы крови, полученной до хирургической операции, отмечено статистически достоверное снижение ВБП (HR 1,29, 95% CI 1,10–1,53,  $p = 0,0025$ ) и ОВ (HR 1,31, 95% CI 1,10–1,54,  $p = 0,0019$ ).

**Заключение:** Предоперационный уровень KIM-1 в образце плазмы крови позволяет отличить злокачественную опухоль почки от доброкачественного образования. Высокий предоперационный уровень KIM-1 ассоциируется со снижением выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости. Учитывая, что курение ассоциируется с повышенной экскрецией KIM-1, отказ от курения, скорее всего, предотвратит повышение экскреции KIM-1 и, соответственно, приведёт к улучшению прогноза больных скПКР. Полученные результаты еще раз указывают на необходимость включения в клинические рекомендации лечения рака почки программы отказа от курения, с использованием традиционной никотинзаместительной терапии и других методов никотинзамещения.

## ■ ОНКОХИРУРГИЯ

### РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫЕ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ПРАКТИКЕ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. АКТУАЛИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ СЕСТЕР И РАСШИРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

О.А. Полковникова

**Место работы:** ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

**Эл. почта:** ol.polkovnikova@mail.ru

**Цель:** Согласно данным Министерства здравоохранения РФ и последним проведенным исследованиям, количество пациентов со злокачественными опухолями малого таза в структуре онкологической заболеваемости, составляют 23%. В большинстве случаев онкологический процесс являет собой местнораспространенный характер, а значительное число пациентов поступает для онкохирургического лечения с продолженным ростом опухоли, что требует при подготовке к операции от операционной сестры персонализированного подхода к каждому пациенту. С целью снижения операционных и послеоперационных осложнений, разработан алгоритм и специфика подготовки к данному виду оперативных вмешательств. Акцентируя внимание на заявленный онкоконсилиумом объем вмешательства, операционная сестра должна подготавливать необходимые материалы, понимать специфику их использования, знать осложнения при их некорректном применении, контролировать позиционирование пациента на операционном столе и профилактировать контаминацию раневой поверхности, а также уметь применять и понимать вариативность настроек оборудования, в том числе эндохирургического.

**Материалы и методы:** В работе изучен объем оперативных вмешательств, выполненный медицинской сестрой в операционной онкохирургического профиля за 2019–2022 гг. Внедрение специфики работы операционной сестры возможно только при междисциплинарном взаимодействии на всех этапах лечения. Корректная подготовка расходных материалов и инструментария оказывают важную роль в профилактике кровопотери, что может повлиять на количество послеоперационных осложнений. Необходимо понимание специфики применения шовного материала, применения сшивающих аппаратов различной модификации, принципов формирования скрепочного шва и анастомозирования. Также проанализирована работа операционной сестры как координатора подготовки к вмешательству. Операционная сестра может оказывать профилактическое воздействие на возможные осложнения перед и во время