

УДК 616.65-006.6-089.87

Л.И. Гурина, Г.Н. Алексеева

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫПриморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)*Ключевые слова: инцидентальный рак,
простатэктомия, ультразвуковая кавитация.*

С внедрением селективного скрининга и диспансеризации мужского населения число впервые диагностированных случаев рака предстательной железы (РПЖ) неуклонно увеличивается [2]. Недооценка результатов обследования и клинических симптомов заболевания приводит к случайному (инцидентальному) обнаружению РПЖ после операции, выполненной по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) [6]. Альтернативными методами лечения РПЖ в стадии T₁–T₂ принято считать радикальную простатэктомию, брахитерапию и дистанционную лучевую терапию [1]. Преимуществом радикальной простатэктомии является полное удаление опухоли и регионарных лимфатических узлов, более точное стадирование заболевания, длительная безрецидивная выживаемость, одновременное излечение от сопутствующей гиперплазии предстательной железы [4]. Лучший прогноз после оперативного лечения имеют больные с хорошо дифференцированными опухолями, у которых степень злокачественности по Глиссону не превышает 2–4 баллов [5].

Материалом для настоящей работы послужили собственные данные и сведения, полученные из медицинских документов других лечебных учреждений Приморского края, оказывающих специализированную помощь пациентам с заболеваниями предстательной железы. За 1999–2003 гг. под диспансерным наблюдением находилось 1110 человек (табл. 1), из них оперативному лечению подверглись 48,1% больных ДГПЖ, 35,3% – РПЖ и 26% – простатической интраэпителиальной неоплазией (ПИН).

При помощи трансуретральной резекции предстательной железы пролечено 293 пациента в возрасте 68,5±20,5 года с острой или хронической задержкой мочи, обусловленной инфравезикальной обструкцией. Чреспузырная аденомэктомия выполнена в 140 случаях пациентам в возрасте 72,5±5,5 года. «Слу-

чайный рак» был диагностирован в 32 случаях после трансуретральной резекции и в 30 случаях после чреспузырной аденомэктомии. Больным РПЖ выполнялись все виды хирургических вмешательств. Однако радикальная простатэктомия в Приморском крае стала проводиться только после внедрения целевой диспансеризации мужского населения группы риска (возраст 50–75 лет). Это позволило диагностировать локализованные формы РПЖ, при которых показано радикальное оперативное лечение.

Радикальная простатэктомия выполнена в 22 наблюдениях у лиц 64,5±2,4 года со второй клинической стадией РПЖ (T₂N₀M₀). В ходе вмешательств с целью профилактики хирургических осложнений использовался ультразвуковой кавитатор тканей CUSA EXcel-8 System в блоке с электрохирургическим генератором FORCE FX-8c (Valleylab, США). Ультразвуковая кавитация, основанная на избирательной фрагментации тканей, позволила улучшить визуализацию сосудисто-нервных пучков, снизить риск и объем потери крови во время операции, уменьшить травматизацию шейки мочевого пузыря и тазового отдела уретры и создать оптимальные условия для наложения наиболее физиологичного уретрального анастомоза. У 20 (90,9%) пациентов после выполнения тазовой лимфаденэктомии, удаления предстательной железы с семенными пузырьками, сформирован уретро-уретральный анастомоз. Показаниями к его наложению явились высокодифференцированный рак (степень злокачественности по Глиссону 2–4 балла) и отсутствие поражения переходной и центральной зоны предстательной железы. У 2 больных с синдромом средней доли и умеренно дифференцированным раком (5–7 баллов по Глиссону) уретральный анастомоз сформирован по типу «ракетки» – между тазовым отделом уретры и мочевым пузырем. На этапах применения ультразвукового фрагментатора потеря крови не превышала 200 мл.

Использование электрохирургического генератора FORCE FX-8c и ультразвукового аспиратора позволило применить специальную REM-систему защиты пациента, уменьшить нейромышечную стимуляцию, обеспечить тактильное ощущение однородной плотности тканей и снизить глубину некроза в зоне хирургического вмешательства. Оптимальное соотношение между удалением жировой клетчатки с лимфатическими узлами и риском повреждения сосудисто-нервных пучков достигнуто во всех случаях радикальной простатэктомии. Все выделенные лимфатические

Таблица 1

Распределение больных по хирургическим методам лечения

Операция	Заболевание							
	ДГПЖ (n=530)		ПИН (n=50)		РПЖ (n=530)		Все наблюдения (n=1110)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Трансуретральная резекция	145	27,4	13	26,0	135	25,5	293	26,4
Аденомэктомия чреспузырная	110	20,7	—	—	30	5,7	140	12,6
Простатэктомия радикальная	—	—	—	—	22	4,1	22	2,0
Всего:	255	48,1	13	26,0	187	35,3	455	41,0

узлы были доступны гистологическому исследованию. Удаление дренажей из ран выполнялось на 3–5-е, а уретрального катетера — на 10–14-е сутки после операции. Минимальное время госпитализации больных составило 14, максимальное — 18 дней.

Частота послеоперационных осложнений сравнивалась с литературными данными [3]. Не зарегистрировано случаев операционной, послеоперационной летальности и смертельных исходов от прогрессирования опухоли. У одного больного, страдавшего до операции тромбозом поверхностных вен голени, было обострение заболевания, потребовавшее медикаментозного лечения. Большинство пациентов удерживали мочу после удаления катетера, однако все они пользовались наружным мочеприемником в течение месяца после операции. Ночное удержание мочи наблюдалось после операции у 20 (90,9%) больных, ночные позывы (1–3 раза) к мочеиспусканию испытывали большинство из них в течение 4–6 месяцев. Начиная со второго месяца пациенты пользовались 1–4 прокладками в день. Страх «быть мокрым» заставлял пользоваться мочеприемниками 13 пациентов (59,1%) при посещении общественных мест в течение 4–6 месяцев. Стрессовое недержание мочи более 4 месяцев отмечено у 4, императивное недержание мочи более 12 месяцев — у 1 больного. В целом частота хирургических осложнений радикальной простатэктомии с использованием ультразвукового деструктора тканей была на 15,7% ниже, чем при традиционном подходе (табл. 2).

Хирургические осложнения относились к легкой степени, не требовали специального дополнительного лечения, за исключением стриктуры уретрального анастомоза у 1 пациента, который был оперирован повторно (трансуретральная резекция анастомоза). В нашей работе не ставилась цель сохранения нервно-вазкулярных пучков, что дополнительно оговаривалось с больными, поэтому после операции эректильная

Таблица 2

Осложнения радикальной простатэктомии, %

Осложнение	Собственные данные (n=22)	Е.В. Велиев, С.Б. Петров [3] (n=32)
Перфорация прямой кишки	0	3,0
Послеоперационное кровотечение	0	0,7
Лимфоцеле в области малого таза	0	5,0
Лимфостаз нижних конечностей	0	3,0
Тромбоз нижних конечностей	4,6	Нет сведений
Стриктура уретры	4,6	8,0
Стрессовое недержание мочи	18,2	28,0
Императивное недержание мочи	4,6	Нет сведений
Эректильная дисфункция	90,9	82,0

дисфункция наблюдалась у большинства пациентов. Рецидив заболевания зарегистрирован в 2 случаях (9,2%): в одном выявлен одиночный остеосклеротический метастатический очаг в области крестцово-подвздошного сочленения, во втором — рецидив опухоли в ложе предстательной железы. Оба пациента получили дополнительное гормонотерапевтическое лечение с хорошим результатом. Все оперированные живы и трудоспособны. Срок наблюдения составил от 2 до 4 лет.

Результаты исследования показали, что выполнение оперативных вмешательств на предстательной железе у больных доброкачественной гиперплазией и простатической интраэпителиальной неоплазией диктует необходимость исключения рака предстательной железы во избежание выявления инцидентальных опухолей. Основным методом лечения больных локализованным раком предстательной железы является радикальная простатэктомия, которая позволяет увеличить численность излеченных пациентов и снизить риск прогрессирования заболевания. Использование избирательной ультразвуковой фрагментации (кавитации) тканей дает дополнительную возможность уменьшить частоту хирургических осложнений во время радикальной простатэктомии.

Литература

1. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. // *Современные возможности и новые направления в диагностике и лечении рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы* : мат. Всерос. научно-практ. конф. — Уфа, 2001. — С. 18–23.
2. Воробьев А.В. // *Практическая онкология*. — 2001. — № 2. — С. 8–16.
3. Велиев Е.И., Петров С.Б. // *Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний* : мат. V Всерос. научно-практ. конф. — Обнинск, 2003. — С. 27–28.
4. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Воробьев Н.В., Поляков В.А. Показания к радикальной простатэктомии у больных раком предстательной железы. — М. : МНИОИ им. П.А. Герцена. — 2004.
5. Gleason D.F. // *Hum. Pathol.* — 1992. — Vol. 23. — P. 273–279.
6. Potosky A.L., Miller B.A., Albertsen P.C., Kramer B.S. // *JAMA*. — 1995. — Vol. 273. — P. 548–552.

Поступила в редакцию 03.04.05.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PROSTATIC CANCER

L.I. Gurina, G.N. Alekseeva

Primorsky Regional Oncological Clinic (Vladivostok)

Summary — 1110 cases of prostate diseases are analyzed: benign hyperplasia, intra-epithelial neoplasia and cancer. It is shown, that underestimation of prevalence of prostate cancer results in casual revealing of the disease at trans-urethral resection and trans-bladder adenomectomy, that complicates the further radical treatment of patients. One of the basic methods of treatment of the located prostate cancer is radical prostatectomy. This type of surgery with the use of ultrasonic cavitator allows to reduce the frequency of surgical complications by 15.7%.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 35–36.