

Криоабляция локализованного рака предстательной железы

Н.Г. Кешишев, И.А. Шадеркин, А.В. Корякин, С.Н. Щербинин

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Москва

Криоабляция – относительно новый малоинвазивный метод лечения рака предстательной железы. Он разрабатывался с целью минимизировать объем хирургического вмешательства с сохранением органа, но без потери онкологической эффективности.

У соматически ослабленных пациентов, для которых само по себе проведение открытых или лапароскопических вмешательств представляет большой риск, подобные процедуры являются едва ли не единственным радикальным методом лечения.

В марте 2010 года в НИИ урологии и на кафедре урологии МГМСУ проведены первые в России операции криоабляции при новообразованиях простаты.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент Л., 65 лет, поступил в клинику НИИ урологии с диагнозом: «Рак предстательной железы T2cNxM0. ИБС. Атеросклероз аорты, атеросклеротический кардиосклероз. Аорто-подвздошное протезирование в 2001 г. Стенокардия напряжения. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, инсулинзависимый, субкомпенсация. Артериальная гипертония 2 степени, риск 3».

Жалоб на момент осмотра нет.

Анамнез. Болен в течение 2 лет. В связи с повышением ПСА до 6,45 нг/мл 27.05.09 г. выполнена биопсия простаты. Гистологическое заключение: аденокарцинома 2 степени дифференцировки, сумма Глисона 1 + 3 = 4, без периваскулярной и перинеуральной инвазии. Опухоль занимает 8% пло-

щади биоптатов. Получал Флутамид 2 месяца. Госпитализирован для оперативного вмешательства – криоабляции предстательной железы.

ОСМОТР

Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Синюшность кожных покровов, акроцианоз. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Костно-мышечная система без патологии. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. От мечевидного отростка до лона выраженный келоидный рубец после аорто-подвздошного протезирования, на шее слева и справа по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы имеются выраженные рубцы после ранее выполненных операций на сосудах шеи. При аускультации дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно-легочный звук над всей поверхностью. АД – 130/90 мм рт. ст. Пульс ритмичный. ЧСС – 70 ударов в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены, в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные. При поверхностной и глубокой пальпации живот безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень и селезенка не увеличены, при пальпации безболезненные.

Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Пальпация области почек безболезненная. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Область мочевого пузыря без особенностей. Пальпация области мочевого пузыря безболезненная. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Органы мошонки не изменены.

Мочеиспускание самостоятельное, учащенное, малыми порциями. Per rectum: сфинктер тоничен. Простата не увеличена в размерах. Междолевая бороздка сохранена. Пальпация простаты безболезненная, консистенция тугоэластичная. Очаги уплотнения, флюктуации не определяются.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УЗИ: почки расположены типично, ЧЛС не расширены, дополнительных образований не выявлено. ТрУЗИ: предстательная железа – 39 × 27 × 40 мм, V = 20 см³, неоднородная, с гипоехогенными очагами, семенные пузырьки не изменены. Магниторезонансная томография: образование предстательной железы без признаков инвазии капсулы, зональная дифференциация сглажена, аденома предстательной железы (9 см³).

Статическая остеосцинтиграфия: нет признаков поражения костей. УФМ: необструктивный тип мочеиспускания. PSA: 1,45 нг/мл, анализы крови на RW, ВИЧ, HBs-Ag, anti-HCV Ig G отрицательные.

Заболевание предстательной железы в данной стадии, учитывая ослабленный соматический статус пациента, предполагает выполнение операции: троакарной цистостомии, криоабляции предстательной железы.

ЛЕЧЕНИЕ

После подписания информированного согласия пациенту выполнена криоабляция предстательной железы. Под спинномозговой анестезией после обработки операционного поля выполнена фиброуретроцистоскопия.

Патологии в области уретры и мочевого пузыря не обнаружено.

Под трансректальным ультразвуковым контролем с использованием шаблонной решетки в предстательную железу введено 14 термоигл. На расстояние между слизистой прямой кишки и задней поверхности простаты введен термодатчик, аналогичный термодатчик установлен в правой доле предстательной железы. 2 термоиглы установлены в области фасции Денонвилле (рисунок 1).

На рисунке 2 представлена ультразвуковая картина формирования ледяного шара в области установки термоигл.

Выполнена фиброуретроцистоскопия. Повреждения уретры и шейки мочевого пузыря не обнаружено. Установлен уретральный обогревающий катетер. Выполнено 2 цикла заморозки-оттаивания.

Работа обогревающего катетера в течение 20 минут после 2-го цикла.

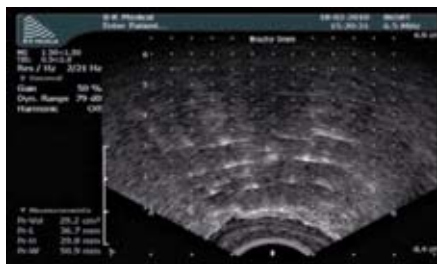
Выполнена компрессия в области промежности. Асептическая наклейка в месте вколов термоигл. Установлен уретральный катетер.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде, после удаления цистостомического дренажа больной не испытывал трудностей при мочеиспускании. Пациент отмечал незначительную болезненность в области операции, купируемую местным применением НПВС и не потребовавшую дополнительного обезболивания. Другие побочные эффекты не выявлены.

УЗИ (23.03.10 г.). Левая почка – 12,0 × 5,3 см, ТП – 1,7 см ЧЛС не расширена. Дополнительных образований не выявлено. Правая почка – 12,5 × 5,8 см, ТП – 1,7 см. ЧЛС не расширена. Дополнительных образований не выявлено. Мочевой пузырь – V = 160 мл, внутренний контур складчатый. Толщина стенок – 0,8 см. В полости мочевого пузыря в проекции устьев дополнительных образований не выявлено. **Анализ крови**

А. Поперечное изображение



Б. Продольное изображение



Рисунок 1. УЗИ-контроль при установке термоигл.

(22.03.10 г.): Hb-151. L-8,1: п-4, с-58, э-4, б-0, л-28, м-6. Креатинин – 0,09. Мочевина – 7,2. Калий – 4,3. Натрий – 143. **Магнитно-резонансная томография органов малого таза.** На рисунке 3 (до лечения) на 18 и 19 часах визуализируются гипоинтенсивные участки с четкими контурами. На рисунке 3 (через 14 дней после лечения) отмечается сглаженность зональной дифференцировки. Гипоинтенсивные участки с нечеткими контурами. В отдельных зонах на периферии отмечаются признаки отека. Больной находится на динамическом наблюдении.

В настоящее время состояние пациента трактуется как законченный клинический случай. В удовлетворительном состоянии выписывается из стационара под амбулаторное наблюдение урологом по месту жительства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай положил начало применению криотерапии при раке предстательной железы в России. Криоабляция является простым в использовании, эффективным радикальным методом лечения локализованного рака простаты. В связи с

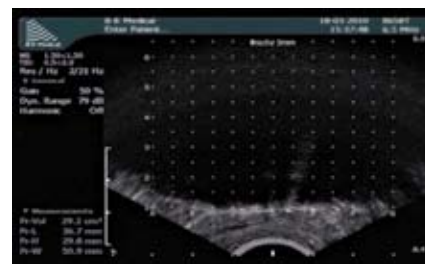


Рисунок 2. УЗИ-картина формирования ледяного шара в области установки термоигл.

высоким риском развития эректильной дисфункции метод в большей степени применим к пациентам более старшего возраста. Следует отметить возможность проведения повторных процедур криоабляции, а также применимость в случае рецидива после других методов (хирургических, лучевых). Эффективность во многом зависит от правильного отбора пациентов, строгого соблюдения техники выполнения на всех этапах операции, а также динамического контроля температуры в зоне операции и окружающих тканях. Необходимо последующее наблюдение, тщательный отбор пациентов, выработка показаний для расширенного применения малоинвазивных технологий при раке предстательной железы. ■



Рисунок 3. МРТ пациента до выполнения криоабляции РПЖ и через 14 дней после процедуры.

Ключевые слова: рак предстательной железы, лечение, криоабляция.

Keywords: prostate cancer, treatment, cryoablation.