

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.65-006.6-089.87-072.1
© И.И. Абдуллин, 2013

И.И. Абдуллин
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ
У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, г. Москва

Несмотря на предоперационное клиническое обследование, у 5,3-10% пациентов, перенесших ТУРП по поводу ДГПЖ, выявляется рак предстательной железы (РПЖ).

Цель исследования: оценить возможность выполнения и особенности проведения ЛРПЭ после ТУРП. Мы оценили возможности ЛРПЭ после ТУРП у одного пациента. Время операции составило 190 мин, общая кровопотеря 750 мл. Уретральный катетер удален на седьмые сутки после выполнения предварительной цистографии. Пациент осмотрен через 1 месяц: общий ПСА через 1 месяц составил 0,03 нг/мл. Недержания мочи не отмечено, край резекции отрицательный, осложнения по шкале Клавиен – 0. Онкологические результаты оценены как удовлетворительные. Половая функция отсутствует, в связи с этим пациенту назначен ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа для пенильной реабилитации. ЛРПЭ может рассматриваться как операция выбора в лечении локализованного рака простаты у пациентов перенесших ТУРП. При выполнении операции необходимо придерживаться следующих требований: проведение операции не ранее чем через 3 месяца после ТУРП; первым этапом выполнять цистоскопию, визуализацию устьев мочеточников и при необходимости их стентирование; претенциозное пересечение шейки мочевого пузыря с обязательной визуализацией устьев мочеточников.

Ключевые слова: Рак простаты, лапароскопическая радикальная простатэктомия, доброкачественная гиперплазия простаты.

I.I. Abdullin
**LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN PATIENTS
AFTER TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE**

In spite of routine investigations in 5.3%-10% of patients after TURP for benign prostatic hyperplasia (BPH) prostate cancer is revealed. The aim of the study is to evaluate possibilities of laparoscopic radical prostatectomy (LRP) in patients after TURP. We evaluated peculiarities of procedure and early postoperative period in 1 patient. Time of procedure was 190 min. Blood loss – 750 ml, surgical margin – negative, urethral catheterization – 7 days, PSA after 1 month – 0.03 ng/ml, no incontinence, Clavien – 0. Oncological results are assessed as satisfactory. Sexual function is absent, so the patient was administered FDE5 inhibitor for penile rehab. Laparoscopic radical prostatectomy is feasible procedure in treatment of localized prostate cancer patients after TURP. To perform the operation we recommend keeping the following requirements: do not operate earlier than 3 month after TURP, at first stage perform cystoscopy, visualization of ureteral orifice and their stenting if needed; pretentious crossing of bladder neck with ureteral orifice visualization

Key words: prostate cancer, laparoscopic radical prostatectomy, TURP, benign prostatic hyperplasia.

Несмотря на предварительное клиническое обследование, у 5,3-10% пациентов после ТУР по поводу ДГПЖ выявлен рак [3] простаты. РПЖ стадии T1a определяется как опухоль, случайно обнаруженная в 5% или менее удаленной ткани предстательной железы (при ТУР ПЖ или открытой аденомэктомии). РПЖ стадии T1b определяется как опухоль в > 5% ткани.

Исследования показали, что риск прогрессирования нелеченного РПЖ стадии T1a составляет примерно 50% случаев через 10–13 лет [1] Шведское исследование показало, что у пациентов с РПЖ, случайно обнаруженным при ТУР, 10-летняя смертность от РПЖ составила 26,6%. [2]. Таким образом, было сделано заключение, что у молодых пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни 15 лет и более существует значительная вероятность прогрессирования заболевания. Пациентам с опухолью стадии T1b предлагается проведение радикальной простатэктомии при прогнозе продолжительности жизни 10 лет и

более (EAU Guidelines 2010). Однако проведение открытой РПЭ может быть значительно затруднено после тщательной ТУР [3], поэтому часто методом выбора у данной категории пациентов становится дистанционная лучевая терапия с последующей адьювантной гормонотерапией. Развитие видеоэндоскопических методик, в частности лапароскопической РПЭ, позволило усовершенствовать технику диссекции предстательной железы. На ряде пациентов было показано, что ТУР простаты не влияет на результаты лапароскопической радикальной простатэктомии [2,3].

Клинический случай. Пациенту К., 66 лет, в феврале 2011 года выполнялась трансуретральная резекция предстательной железы в связи с клиникой инфравезикальной обструкции. При гистологическом исследовании послерезекционного материала выявлена аденокарцинома простаты суммой баллов по Глиссону 6 (3+3). На основании данных комплексного клинического обследования пациенту был установлен диагноз рак простаты

pT2cNoMoG2. Учитывая возраст пациента, стадию заболевания, показатели уровня ПСА крови (0,08 нг/мл) было принято решение выполнить радикальное оперативное вмешательство эндовидеохирургическим способом.

Лечение. Перед проведением операции возникали следующие вопросы:

1. Сроки проведения операции после ТУР простаты. В ранние сроки после ТУР могут появляться воспалительные явления в простате и мочевом пузыре, что, несомненно, усложнит диссекцию простаты, формирование анастомоза и ухудшит, как онкологические, так и функциональные результаты операции.

2. Состояние перипростатической и паравезикальной клетчатки после ТУР простаты. После трансуретральной резекции возможна экстарвазация жидкости в парапростатические клетчаточные пространства, с последующим их склерозированием. Склеротические изменения в парапростатическом пространстве могут усложнить диссекцию предстательной железы.

3. На каком расстоянии от устьев мочеточников находится край дефекта. Если край дефекта располагается в непосредственной близости от устья мочеточников, то это может усложнить визуализацию последних при пересечении задней полуокружности шейки мочевого пузыря.

4. В каком состоянии шейка мочевого пузыря? Трансуретральная резекция простаты всегда сопровождается расширением шейки мочевого пузыря и истончением ее стенок. Эти изменения усложняют диссекцию шейки и формирование уретроцистоанастомоза.

Как и планировалось, первым этапом проведена цистоскопия. При осмотре тубус цистоскопа прошел свободно. Устья мочеточников расположены типично. Край ТУР дефекта располагается в 1,5 см от устья левого мочеточника и в непосредственной близости от устья правого мочеточника. С целью облегчения визуализации устья правого мочеточника во время операции было принято решение о стентировании правого мочеточника.

Разрезом 1,5 см по срединной линии у складки пупочного кольца рассечены кожа и апоневроз. В предпузырное пространство введен баллон-диссектор с троакаром и создано рабочее пространство. По параректальной линии и в подвздошные области введены дополнительно 4 троакара (три 5 мм, один 12 мм). Рабочее пространство расширено. При мобилизации передней поверхности предстательной железы мы столкнулись с трудностями в

выделении паравезикальной фасции. Практически на всем протяжении жировая ткань была фиксирована к внутренней тазовой фасции. В связи с этим выделение эндопельвикальной фасции сопровождалось кровотечением объемом 400 мл. С техническими трудностями эндопельвикальная фасция была вскрыта и простата мобилизована до апикальной части. Дорзальный венозный комплекс прошит и пересечен.

Острым путем произведено отделение шейки мочевого пузыря от простаты, в рану выведен кончик катетера Фолея №18, который используется в качестве держалки. Мобилизованы семенные пузырьки и задняя поверхность предстательной железы. Фасция Денонвилле вскрыта острым путем, на ножки простаты наложены клипсы Гем-О-Лок. В апикальной части произведено пересечение уретры, простата выделена по задней поверхности. Простата помещена в специальный контейнер. Наложена уретро-везикальный анастомоз двумя непрерывными швами монокрилом 2/0. По катетеру введено 80 мл жидкости, анастомоз герметичен. Общая кровопотеря 750 мл. Произведено расширение разреза от 12 мм троакара до 20 мм, через который удалена простата. Произведена ревизия операционного пространства, установлены 2 дренажа в зону анастомоза. Троакары удалены, наложены швы на кожу и асептическая повязка.

Результаты. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Страховые дренажи удалены на вторые и третьи сутки справа и слева соответственно. Отделяемое по последним было незначительным. Уретральный катетер удален на седьмые сутки после выполнения предварительной контрольной цистографии с целью исключения наличия затека в паравезикальное пространство. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Недержания мочи не наблюдалось. Гистологическое заключение от 27.05.2011г.: в обеих долях предстательной железы на фоне железистой гиперплазии с высокой ПИН имеется разрастание ацинарной аденокарциномы 5 баллов (2+3) по Глиссону, без инвазии за пределы капсулы железы и семенные пузырьки. Край резекции – отрицательный. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение уролога и онкоуролога по месту жительства. Продолжительность госпитализации 8 дней. Осложнения по шкале Клавием – 0 баллов.

Обсуждение. Выявление клеток аденокарциномы в гистологическом материале по-

сле трансуретральной резекции простаты, а также развитие рака простаты у пациентов, перенесших ТУР простаты в анамнезе, несомненно, будут актуальной проблемой урологии в ближайшие годы. В настоящее время отсутствует консенсус по ведению этих пациентов. Радикальная простатэктомия в настоящее время является «золотым стандартом» лечения локализованного рака простаты и должна рассматриваться как метод выбора у пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет. Данный клинический случай характеризует выполнимость лапароскопической простатэктомии у пациентов, перенесших трансуретральную резекцию простаты. Мы считаем необходимым придерживаться следующих требований:

1. Проведение операции не ранее чем через 3 месяца после ТУР

2. Первым этапом необходимо выполнять цистоскопию, визуализацию устьев мочеточников и при необходимости их стентирование.

3. Претенциозное пересечение шейки мочевого пузыря с обязательной визуализацией устьев мочеточников.

Несомненно, необходим дальнейший опыт проведения подобных операций для выработки более подробных рекомендаций по проведению ЛРПЭ у пациентов, перенесших ТУР простаты.

Заключение. Совершенствование видеоэндоскопических методик позволяет выполнять все сложные урологические вмешательства малоинвазивным доступом. ЭРПП после ТУР простаты – следующий шаг в развитии малоинвазивной хирургии предстательной железы.

Сведения об авторе статьи:

Абдуллин И.И. – ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Адрес: 125367, Москва, Ивановское шоссе, д.3. E-mail: iskander.abdullin@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Stolzenburg JU, Kallidonis P, Hicks J, Do M, Dietel A, Sakellaropoulos G, Al-Aown A, Liatsikos E. Effect of bladder neck preservation during endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy on urinary continence. *Urol Int.* 2010;85(2):135-8. Epub 2010 May 13.
2. Do M, Haefner T, Liatsikos E, Kallidonis P, Hicks J, Dietel A, Horn LC, Rabenalt R, Stolzenburg JU. Endoscopic extraperitoneal radical prostatectomy after previous transurethral resection of prostate: oncologic and functional outcomes of 100 cases. *Urology.* 2010 Jun;75(6):1348-52. Epub 2009 Nov 14.
3. Теодорович, О.В. Ретроперитонеоскопические операции в урологии /О.В. Теодорович, О.Э. Луцевич, Э.А. Галлямов [и др.] // Урология. – 2007. – С.32-34.

УДК 616.637 – 006.66 – 089.87 – 08

© О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, Д.А. Рощин, О.В. Осипов, А.В. Корякин, 2013

О.И. Аполихин, А.В. Сивков, В.Н. Ощепков, Д.А. Рощин, О.В. Осипов, А.В. Корякин ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, г. Москва

Проанализированы результаты брахитерапии с использованием источников ^{125}I у 117 больных раком предстательной железы низкой и промежуточной групп риска (по критериям D`Amico) со средним сроком наблюдения более 5 лет, оперированных в ФГБУ НИИ урологии в период с 2000 по 2013 гг. В послеоперационном периоде (на 30-е сутки) пациентам выполнялся ПДА (постимплантационный дозиметрический анализ), при котором пересчитывались основные дозиметрические показатели – один из наиболее важных – D90 (доза, которую получает 90% объема предстательной железы). По нашим данным, 5-летняя безрецидивная выживаемость была достоверно выше в группе больных, получивших дозу облучения D90 >140 Гр, чем в группе больных с дозой облучения <140 Гр: 93,2% и 77,6% соответственно ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что частота осложнений со стороны критических органов была выше в первой группе (D90 >140 Гр), однако статистически значимые отличия между группами были получены только по частоте развития дизурии: 58,6% и 42,4% соответственно ($p < 0,05$).

Ключевые слова: рак предстательной железы, брахитерапия, доза облучения.

О.И. Apolikhin, A.V. Sivkov, V.N. Oschepkov, D.A. Roschin, O.V. Osipov, A.V. Koriakin FIVE-YEAR RESULTS OF PROSTATE CANCER INTERSTITIAL RADIATION THERAPY

The article analyzes the results of brachytherapy with ^{125}I sources in 117 prostate cancer patients of low and intermediate-risk group (according to the D`Amico criteria) with an average follow-up of 5 years, operated in Research Institute of Urology from 2000 to 2013. In the postoperative period (on the 30th day) patients underwent PDA (postimplantation dosimetric analysis), which restated the basic dosimetric parameters - one of the most important - D90 (dose that is received by 90% of the prostate gland). According to our data, the 5-year disease-free survival was significantly higher in the patients who received radiation dose D90 > 140 Gy, than in patients with the dose <140 Gy: 93.2% and 77.6%, respectively ($p < 0, 01$). It should be noted that the incidence of complications in the critical organs was higher in the first group (D90 > 140 Gy), but statistically significant differences between the groups were obtained only in the incidence of dysuria: 58.6% and 42.4%, respectively ($p < 0, 05$).

Key words: prostate cancer, brachytherapy, radiation dose.