

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616-006.66

© А.В. Говоров, Д.Ю. Пушкар, В.Ю. Иванов, 2011

А.В. Говоров¹, Д.Ю. Пушкар¹, В.Ю. Иванов²
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ПОМОЩИ КРИОАБЛЯЦИИ**

¹ *Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва*² *ГКБ № 50, г. Москва*

A.V. Govorov, D. Yu. Pushkar, V.Yu. Ivanov

INITIAL EXPERIENCE OF CRYOABLATION THERAPY FOR PROSTATE CANCER

В 1996 г. Американская ассоциация урологов признала криоабляцию простаты методом терапии локализованного рака предстательной железы (РПЖ) и перестала считать данную методику экспериментальной. Европейской ассоциацией урологов в 2010 г. отмечено, что криоабляция представляет собой альтернативный, минимально-инвазивный, высокоэффективный способ лечения РПЖ. Целью нашего исследования было проанализировать результаты криоабляции простаты у больных РПЖ на начальном этапе освоения методики.

Материал и методы

Впервые в России криоабляция простаты с использованием системы «SeedNet» (производитель – компания «Galil Medical») выполнена 16.03.2010 г. в клинике урологии МГМСУ на базе ГКБ № 50 г. Москвы. В последующем с марта 2010 г. по февраль 2011 г. криотерапия проведена 20 больным РПЖ. Средний возраст пациентов составил 72 (66 – 79) года, уровень общего простатспецифического антигена крови 9,6 (0,4 – 32) нг/мл, объём простаты 42 (22 – 110) мл, максимальная скорость мочеиспускания 12,4 (5,1 – 28) мл/с, сумма баллов по шкале IPSS 10 (1 – 22). По данным биопсии простаты сумма баллов по Глиссону 6 (3+3), 7 (3+4) и 7 (4+3) имела место у 12, 6 и 2 пациентов соответственно. Клиническая стадия T1cN0M0 установлена у 9 пациентов, T2N0M0 – у 9, T3N0M0 – у 2 пациентов. Семь пациентов по назначению уролога онкодиспансера получали неоадъювантную гормонотерапию в течение 3 – 6 месяцев до операции. Никто из больных не был заинтересован в сохранении сексуальной функции: средняя сумма баллов по шкале ПЕФ составила 1,8 (0 – 4) балла. Девять пациентов до операции регулярно принимали различные альфа-адреноблокаторы.

Результаты

В 19 случаях операция выполнена под эпидуральной или спинномозговой анестезией, у 1 больного (по решению анестезиолога) – под эндотрахеальным наркозом. В соответствии с техникой операции под контролем трансректальной ультрасонографии в двух проекциях 19 больным проведено 2 цикла замораживания и оттаивания простаты при помощи игл «IceSeed» и «IceRod»; в 1 случае (при объёме простаты 110 мл) потребовалось провести 4 цикла замораживания и оттаивания (так называемый «манёвр pull-back»). У 1 пациента мочевого пузыря дренирован после операции цистостомической трубкой № 14 Fr; в остальных случаях был установлен силиконовый уретральный катетер № 16 или 18 Fr.

Среднее время операции составило 112 (96 – 168) минут. Течение послеоперационного периода во всех случаях было гладким. Наркотические обезболивающие препараты не использовались. Всем больным проводились антибактериальная терапия (5 суток – парентерально, затем ещё 10 суток – перорально), а также лечение альфа-адреноблокаторами (минимум 1 месяц после криоабляции). После удаления на 7-е сутки уретрального катетера (в 1 случае – после заживления пузырно-кожного свища) у всех пациентов восстановлено самостоятельное мочеиспускание. У 3 больных вечером в день удаления катетера развилась острая задержка мочи, потребовавшая однократной катетеризации. На 9-е сутки после криоабляции простаты ни у одного пациента объём остаточной мочи не превышал 100 мл. У 14 пациентов в течение 3-4 суток после операции отмечались умеренно выраженные отёк мошонки и полового члена, у 7 больных имели место петехии на промежности, в области корня мошонки и пениса, не требовавшие проведения специального лечения.

Из 10 больных, обследованных через 6 месяцев после криоабляции простаты, 9 пациентов полностью удерживали мочу, 1 больной отмечал эпизоды ургентного недержания мочи 3-4 раза в неделю (использовал не более 1 прокладки в день). Средний уровень общего ПСА крови у 6 пациентов составил 0,24 (0,001 – 1,2) нг/мл, сумма баллов по шкале IPSS 12 (3 – 18).

Выводы

Криоабляция простаты является новым для России методом оперативного лечения РПЖ. Адекватная подготовка группы врачей

и среднего медицинского персонала в сочетании с тщательной селекцией пациентов на этапе освоения методики позволяют достичь удовлетворительных результатов лечения. Техника обучения криоабляции сравнительно проста, особенно для урологов, владеющих методиками брахитерапии, трансректальной ультрасонографии и биопсии простаты. Для оценки онкологических и долгосрочных функциональных результатов криоабляции предстательной железы требуется дополнительное время.

УДК 616-089.844

© С.Н. Димитриади, Б.Я. Алексеев, В.К. Татьянченко, В.А. Перепечай, 2011

С.Н. Димитриади¹, Б.Я. Алексеев², В.К. Татьянченко³, В.А. Перепечай¹ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ СТАБИЛИЗАЦИИ УРЕТРОЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ПУТЕМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФАСЦИАЛЬНЫХ СТРУКТУР МАЛОГО ТАЗА

¹ФГУ Южный окружной медицинский центр ФМБА России

²ФГУ «Московский научно-исследовательский

онкологический институт им. П.А.Герцена Росздрава»

³Ростовский государственный медицинский университет

S.N. Dimitriadi, B.Ya. Alekseyev, V.K. Tatyanchenko, V.A. Perepechai ANATOMICAL RATIONALES FOR URETHRO-VESICLE NEOANASTAMOSIS STABILIZATION FOLLOWING RADICAL PROSTATECTOMY BY RESTORATION OF PELVIS MINOR FASCIAL STRUCTURES

Стандартом хирургического лечения локализованного рака предстательной железы является радикальная простатэктомия (РПЭ). Наиболее частыми осложнениями этой хирургии являются недержание мочи и эректильная дисфункция. Недержание мочи после РПЭ - это осложнение, оказывающее выраженное влияние на психо-эмоциональный статус пациента, его повседневную жизнь. С целью сокращения периода недержания мочи после РПЭ за последние 15 лет хирургами ряда стран разработаны различные хирургические приемы для решения этой задачи. Суть этих методик сводится к сохранению, реконструкции и усилению структур, обеспечивающих сложный механизм удержания мочи - пубопростато-пузырных связок, шейки мочевого пузыря, фасции Денонвилле и пр., что позволяет стабилизировать уретроцистонеоанастомоз в малом тазу для более раннего восстановления континенции.

Известно, что фасции крепятся к костям и образуют мягкий остов целью которого является опорная функция для органов, которые они покрывают. В 1954 г. Кириатовский И.Д.

в мягком остоле человеческого тела выделил новое структурное образование, назвав его фасциальный узел, который выполняет не только опорную функцию, но и обеспечивает функциональную связь различных анатомических образований друг с другом. Эти узлы создают тонус фасций, что позволяет им выполнять роль гибкой опоры. По данным В.К. Татьянченко с соавторами (2005 г.), при хирургических вмешательствах происходит разрушение фасциальных футляров органов и фасциальных узлов, что приводит к падению градиента внутритканевого давления, а в последующем к атрофии мягкого остола и ослаблению фиксирующего аппарата органов. Вот почему при выполнении радикальной простатэктомии важно восстановить элементы мягкого остола малого таза, в частности мочевого пузыря и предстательной железы.

Материал и методы

В своей практике при радикальной простатэктомии мы начали использовать суспензию уретроцистонеоанастомоза по Tewari. При этом мы столкнулись с ситуацией, при которой длина проксимального и дистально-