

По поводу статьи М.И. Когана, А.В. Волдохина «Совершенствование хирургической техники радикальной простатэктомии для снижения послеоперационной инконтиненции»*

Б.Я. Алексеев

МНИОИ им. П.А. Герцена

В нашей стране хирургическое лечение рака предстательной железы (РПЖ) приобретает все большую популярность среди онкологов и урологов. Это связано с улучшением диагностики заболевания с помощью теста на определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) и совершенствованием методики многоочковой биопсии предстательной железы. Благодаря ранней диагностике возрастает число больных с локализованным опухолевым процессом (T_1-T_2) и ограниченной экстракапсулярной инвазией (T_{3a}), которым может быть выполнена радикальная простатэктомия (РПЭ). Наиболее распространенным хирургическим доступом остается позадилононый. В связи с этим большой опыт хирургического лечения РПЖ в клинике урологии Ростовского медицинского университета (руководитель — проф. М.И. Коган), который представлен в статье, является весьма интересным для онкологов.

Недержание мочи — основная проблема, определяющая функциональные результаты РПЭ, и именно степень инконтиненции оказывает наибольшее влияние на качество жизни больных [1]. Частота недержания мочи различной степени после РПЭ, по данным разных авторов, составляет 0—57% [2]. Наиболее значимыми факторами, определяющими функцию континенции после РПЭ, как показал мультивариантный анализ, являются возраст больных и хирургическая техника [3]. Авторы статьи предлагают несколько хирургических приемов, направленных на снижение частоты недержания мочи и более быстрое восстановление континенции в послеоперационном периоде.

Одной из предлагаемых методик является сохранение лонно-простатических связок (их задней порции). Методика обработки дорсального венозного комплекса без предварительного пересечения пубопростатических связок имеет множество сторонников, так как значение задней порции связок для фиксации уретры хорошо известно [4]. Большинство авторов сообщают о целесообразности сохранения лонно-простатических связок, но преимущество данной методики заключается в более быстром восстановлении мочеиспускания, тогда как частота континенции через год после РПЭ у больных после пересечения и сохранения связок достоверно не отличается [5—7]. В то же время сохранение связок в некоторых случаях может затруднять радикализм апикальной диссекции и приводить к увеличению частоты апикального положительного хирургического края [8, 9]. Поэтому мы полностью разделяем точку зрения авторов статьи о недопустимости сохранения лонно-простатических связок при больших размерах предстательной железы, а также при наличии опухолевого роста в области ее верхушки. Существенную помощь в предоперационной оценке анатомических взаимоотноше-

ний предстательной железы, уретры, мочевого пузыря и лонных костей может оказать магнито-резонансная томография (МРТ), в меньшей степени — УЗИ [10]. По нашему мнению, абсолютным противопоказанием к сохранению связок является наличие опухоли в биоптатах из апекса, полученных при 12-точковой биопсии. В связи с этим без тщательной предоперационной диагностики сохранение пубопростатических связок, на наш взгляд, небезопасно, так как может снизить онкологический радикализм операции. Кроме того, на начальных этапах освоения техники позадилононой РПЭ пересечение связок в существенной степени облегчает обработку дорсального венозного комплекса и выделение рабдосфинктера уретры.

Другой модификацией операции, предлагаемой в статье, является сшивание культи ректоуретральной мышцы с мембранозной уретрой, что, по мнению авторов, укрепляет стенку уретры и препятствует прорезыванию швов везико-уретрального анастомоза. Следует отметить, что термин «ректоуретральная мышца», который широко используется в урологической литературе, не совсем точен. Некоторые авторы, опираясь на эмбриологические исследования, отрицают наличие самостоятельной мышечной структуры между прямой кишкой и мембранозной уретрой [11]. Мы разделяем мнение М.И. Когана и А.В. Волдохина о том, что ректоуретральные мышцы являются скорее медиальными мышечными волокнами m. levator ani, частично к ним относятся также мышечные волокна между прямой кишкой и сухожильным центром промежности. Эти мышцы тесно прилегают к заднему листку фасции Денонвиллье. Мы стремимся максимально отсепаровывать и сохранять эти мышечные структуры при пересечении задней стенки уретры и апоневроза Денонвиллье, так как они обеспечивают фиксацию задней стенки рабдосфинктера. В то же время при наличии опухолевого роста в биоптатах из апикальных отделов и при клинической стадии T_{3a} мы стараемся пересекать мышечные волокна вместе с фасцией Денонвиллье как можно более дистально, что позволяет снизить риск наличия положительного хирургического края в этой области. Поэтому после пересечения этих структур и краниальной тракции предстательной железы мы достаточно редко наблюдаем культю ректоуретральной мышцы, достаточную для создания «муфты» вокруг уретры. Кроме того, мы не считаем целесообразным наложение дополнительных швов позади уретры (за исключением гемостатических) и на стенку уретры, так как каждый дополнительный шов может способствовать повреждению структур рабдосфинктера, ухудшению кровоснабжения в этой области и развитию стриктуры мочеиспускательного канала. Следует также очень осторожно подходить к прошиванию тканей по заднебоковым поверхностям уретры и ее стенки при выполнении нервосберегающей РПЭ, чтобы не повредить кавернозные пучки.

* «Онкоурология», 2005, №1.

Для сохранения проксимального сфинктера уретры авторы предлагают максимально выделять простатический отдел уретры, не прибегая к резекции шейки мочевого пузыря. Данная методика позволяет не только сохранять максимальную функциональную длину уретры, но и, по мнению авторов, улучшать континенцию у больных с функциональной недостаточностью дистального (поперечнополосатого) сфинктера уретры. Не оспаривая значения проксимального гладкомышечного сфинктера (шейки мочевого пузыря) и функциональной длины уретры для сохранения континенции в послеоперационном периоде, отметим, что вопрос о сохранении шейки мочевого пузыря при выполнении РПЭ является спорным, а данные литературы — противоречивыми. Преимущества уретросберегающего варианта хирургической техники демонстрируют несколько неконтролируемых исследований, в которых отмечается низкая частота недержания мочи в послеоперационном периоде [12—14]. В то же время контролируемые исследования, в которых сравнивалась частота недержания мочи после РПЭ с сохранением или резекцией шейки мочевого пузыря, не доказали разницы между этими видами хирургической техники [15—17]. Мы провели сравнительное исследование функции континенции и других параметров мочеиспускания у 38 больных после позадилоной РПЭ на основе анкетирования и урофлоуметрии. У 20 больных была использована техника сохранения шейки мочевого пузыря и проксимального отдела простатической уретры, у 18 больных — стандартная резекция шейки мочевого пузыря. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, стадии РПЖ и объему опухолевого поражения. При сравнении различных параметров качества жизни и оценки мочеиспускания, а также данных урофлоуметрии через 6 мес и более после операции мы не получили статистически значимых различий между группами. При прове-

дении корреляционного анализа показателей урофлоуметрии и клинических данных обнаружена отрицательная взаимосвязь максимальной объемной скорости потока и возраста ($R = -0,49$; $p = 0,003$). Мы абсолютно согласны с авторами статьи, что уретросберегающая техника может применяться только при соблюдении принципов онкологического радикализма (интракапсулярная опухоль, ПСА ≤ 10 нг/мл, сумма баллов по шкале Глисона ≤ 6 , отсутствие опухолевых клеток в биоптатах из основания и переходной зоны предстательной железы).

Предлагаемая в статье методика сшивания дорсального венозного комплекса с шейкой мочевого пузыря, по нашему мнению, совершенно оправдана с анатомической точки зрения, так как способствует фиксации шейки мочевого пузыря к элементам эндопельвикальной фасции. В нашей клинике мы не используем отдельного шва на шейку пузыря, а прошиваем дорсальный комплекс одним или двумя швами передней стенки везико-уретрального анастомоза после их затягивания. Эту манипуляцию необходимо выполнять крайне тщательно и осторожно, чтобы избежать кровотечения из вен санториниева сплетения.

Стремление хирургов к достижению хороших функциональных результатов позадилоной РПЭ привело к разработке достаточно большого числа модификаций данной операции. Выбор методики операции в большой степени основывается на опыте и предпочтениях хирурга. Возможно, целесообразно проведение многоцентровых кооперированных исследований, посвященных сравнительной оценке различных методик РПЭ, для более точного и обоснованного суждения о ближайших (наличие или отсутствие положительного хирургического края) и отдаленных (общая и безрецидивная выживаемость) функциональных (континенция, эректильная функция, стриктуры) и онкологических результатах операции.

Литература

1. Kirschner-Hermanns R., Jakse G. Quality of life following radical prostatectomy // *Crit. Rev. Oncol. Metast.* — 2002; Aug;43(2): 141—151.
2. Krane R.J. Urinary incontinence after treatment for localized prostate cancer // *Mol. Urol.* — 2000; Fall;4(3):279—286.
3. Eastham J.A., Kattan M.W., Rogers E. et al. Risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy // *Urol.* — 1996; Nov;156(5):1707—1713.
4. Steiner M.S. The puboprostatic ligament and the male urethral suspensory mechanism: an anatomic study // *Urology.* — 1994; Oct;44(4):530—534.
5. Poore R.E., McCullough D.L., Jarow J.P. Puboprostatic ligament sparing improves urinary continence after radical retropubic prostatectomy // *Urology.* — 1998; Jan;51(1):67—72.
6. Jarow J.P. Puboprostatic ligament sparing radical retropubic prostatectomy // *Semin. Urol. Oncol.* — 2000; Feb;18(1):28—32.
7. Lowe B.A. Preservation of the anterior urethral ligamentous attachments in maintaining post-prostatectomy urinary continence: a comparative study // *J. Urol.* — 1997; Dec;158(6):2137—2141.
8. Noh C., Kshirsagar A., Mohler J.L. Outcomes after radical retropubic prostatectomy // *Urology.* — 2003; Feb;61(2):412—416.
9. Katz R., Salomon L., Hoznek A. et al. Positive surgical margins in laparoscopic radical prostatectomy: the impact of apical dissection, bladder neck remodeling and nerve preservation // *J. Urol.* — 2003; Jun; 169(6):2049—2052.
10. Myers R.P., Cahill D.R., Devine R.M., King B.F. Anatomy of radical prostatectomy as defined by magnetic resonance imaging // *J. Urol.* — 1998; Jun;159(6):2148—2158.
11. Sebe P., Oswald J., Fritsch H. et al. An embryological study of fetal development of the rectourethral muscle—does it really exist? // *J. Urol.* — 2005; Feb;173(2):583—586.
12. Велиев Е.И., Петров С.Б. Результаты лечения ирритативных симптомов и удержания мочи у пациентов через год после позадилоной радикальной простатэктомии // *Урология.* — 2003; 1: 15—17.
13. Braslis K.G., Petsch M., Lim A. et al. Bladder neck preservation following radical prostatectomy: continence and margins // *Eur. Urol.* — 1995;28(3):202—208.
14. Shelfo S.W., Obek C., Soloway M.S. Update on bladder neck preservation during radical retropubic prostatectomy: impact on pathologic outcome, anastomotic strictures, and continence // *Urology.* — 1998; Jan;51(1):73—78.
15. Licht M.R., Klein E.A., Tuason L., Levin H. Impact of bladder neck preservation during radical prostatectomy on continence and cancer control // *Urology.* — 1994; Dec;44(6):883—887.
16. Lowe B.A. Comparison of bladder neck preservation to bladder neck resection in maintaining postprostatectomy urinary continence // *Urology.* — 1996; Dec;48(6):889—893.
17. Poon M., Ruckle H., Bamshad B.R. Radical retropubic prostatectomy: bladder neck preservation versus reconstruction // *J. Urol.* — 2000; 163:194—198.

Диферелин 3,75 мг

трипторелин

Оригинальный аналог
гонадотропного
рилизинг-фактора
в лечении
аденокарциномы
предстательной
железы



- Надежная и безопасная альтернатива орхидэктомии
- Быстрый, постоянный и надежный уровень кастрации
- Сохранение психологического комфорта и физической активности
- Устойчивое клиническое улучшение
- Простой способ внутримышечного введения тонкой иглой
- Отсутствие специальных условий хранения

Одна внутримышечная инъекция каждые 28 дней