

Ш.Х. Ганцев, С.Е. Коновалов, А.А. Зимичев
**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПО ДАННЫМ 4-Х ЛЕТНИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

*ММУ МСЧ №1 управления здравоохранения г.о. Самара,
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава,
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава*

В исследовании оценивались результаты лечения 105 пациентов с локализованной формой рака предстательной железы, которым в урологическом отделении ММУ МСЧ №1 г. Самары была выполнена позадилольная радикальная простатэктомия. Число ежегодно выполняемых простатэктомий с 2003 до 2007 года увеличилось в 10 раз. Выявляется обратно пропорциональная зависимость частоты осложнений от количества выполняемых операций и опыта. Проведен анализ интраоперационных, ранних послеоперационных и отдаленных осложнений. Частота биохимического рецидива составила 14,3%. Общая летальность – 2,85%.

Ключевые слова: рак предстательной железы, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

Sh.Ch. Gancev, S.E. Kononov, A.A. Zimichew
**4-YEARS RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
LOCALIZED PROSTATE CANCER**

The aim of the work was the estimation results of treatment 105 patients with localized prostate cancer by retropubic radical prostatectomy which were performed in urology department. There is an inversely proportional dependens complications rate from the number of operations and experience. The annual number of operations from 2003 to 2007 increased in 10 times. There was the research of operation, early post-operation complications, and 3-year follow-up after prostatectomy. Frequency of biochemical recurrence was 14,3%. Postoperative mortality was 2,85%.

Key word: localized prostate cancer, surgical treatment, results.

В конце XX века рак предстательной железы (РПЖ) стал одной из главных причин смерти мужчин от злокачественных опухолей. По данным ВОЗ, РПЖ становится серьезной социальной и экономической проблемой. В России рак простаты вышел на 2 место по темпам прироста заболеваемости (после меланомы кожи), заболеваемость достигла 17,8 на 100 тыс. мужского населения [1]. Несмотря на применение современных инструментов ранней диагностики и скрининга РПЖ (прежде всего PSA и его дериваты, мультифокальная тонкоигольная биопсия простаты под УЗ-контролем), в России отмечается преобладание первично-выявленных местнораспространенных и диссеминированных форм заболевания, частота которых достигает 60-80%. Однако число обнаружения РПЖ на ранних стадиях увеличивается, соответственно увеличивается и возможность радикального лечения. Одним из наиболее распространенных и эффективных методов лечения больных локализованной формой рака предстательной железы считается радикальная простатэктомия (РПЭ) [2, 3]. Это обусловлено наиболее благоприятными отдаленными онкологическими результатами и относительно высоким качеством жизни после операции по сравнению с другими видами лечения данной категории пациентов. По результатам некоторых

исследований [4, 5] общая 5-, 10-, и 15-летняя выживаемость больных, перенесших позадилольную РПЭ, превосходит аналогичные показатели, полученные после проведения лучевой терапии, и составляет 84,0%, 74,0% и 65,0% соответственно. Позадилольную радикальную простатэктомию можно отнести к разряду высокотехнологичных операций, требующих специального оснащения, анестезиологического обеспечения, обученных и опытных кадров. Внедрение РПЭ в широкую клиническую практику сдерживается недостаточным материально-техническим обеспечением даже в крупных областных и городских ЛПУ.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения пациентов с раком предстательной железы с использованием радикальной простатэктомии.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 105 пациентов, которым с период с 2002 по 2006 год в отделении урологии ММУ МСЧ №1 г. Самары была выполнена позадилольная радикальная простатэктомия (ПРПЭ). Возраст пациентов составлял от 54 до 77 лет, средний возраст $67,3 \pm 4,9$ года. Длительность заболевания предстательной железой, по поводу которого пациенты наблюдались у уролога амбулаторно, составила от 1 до 18 месяцев.

Средняя длительность анамнеза – 3,5 месяца. У всех пациентов диагноз был подтвержден данными мультифокальной тонкоигольной биопсии под УЗ- контролем.

Предоперационное обследование и стадирование

В зависимости от результатов предоперационного стадирования планировался предстоящий объем операции. Показания к выполнению двусторонней тазовой лимфаденэктомии (ЛАЭ) определялись согласно номограмме Partin. При незначительной (менее 5%) вероятности поражения лимфоузлов, отсутствии изменений в тазовых ЛУ по данным КТ, МРТ и макроскопически во время операции, тазовая ЛАЭ не выполнялась. Показанием к выполнению двусторонней тазовой лимфаденэктомии, таким образом, являлось наличие уровня PSA tot более 10 нг/мл, показатель Глисона более 7 и клиническая стадия не более T2b.

Неоадьювантная ГТ проводилась у 27 пациентов (25,7%)

У 22 пациентов (21%) в анамнезе имелось предшествующее хирургическое лечение – ТУР предстательной железы, эпицистостомия по поводу острой задержки мочи. В таблице 1 и 2 объединены данные предоперационного обследования и стадирования пациентов с раком предстательной железы.

Таблица 1.

Данные предоперационного обследования больных раком предстательной железы.

Показатель	Среднее значение	максимум	минимум	% обследованных
PSA (tot), нг/мл	12,2 ± 4,8	30	3,2	100%
Объем простаты по ТРУЗИ, см ³	54,7 ± 20,2	170 см ³	22 см ³	100%
Данные биопсии (дифференцировка по Глисона)		7	3	100%
МРТ или КТ				12,5%
Радиоизотопная сканиграфия костей				18,5%

Таблица 2.

Предоперационное стадирование рака предстательной железы.

Стадия T1N0M0	32 (30,5)
Стадия T2N0M0	73 (69,5)
Высокодифференцированная аденокарцинома (Глисон 2,3,4)	40%
Умереннодифференцированная аденокарцинома (Глисон 5,6,7)	60%
Низкодифференцированная аденокарцинома (Глисон 8 и более)	0

Для оценки результатов лечения имеет значение количество выполняемых подобных операций в лечебном учреждении. Это позволяет накопить определенный опыт в послеоперационном ведении и реабилитации таких пациентов, определяет технологию и органи-

зацию лечебного процесса. По имеющимся данным для полноценного освоения радикальных простатэктомий необходимо сделать ее выполнение в клинике регулярным – не менее 30 операций в год [6]. На рисунке 1 видна отчетливая тенденция увеличения числа выполняемых радикальных простатэктомий в последние годы.

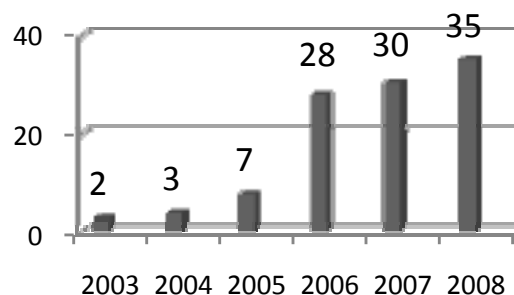


Рис. 1. Рост числа радикальных простатэктомий с 2003 по 2008 годы.

Проводился анализ частоты интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в зависимости от накопления опыта и выработки «внутренних» технологических стандартов ведения пациентов в отделении, что напрямую связано с количеством выполняемых операций. Также оценивалась частота отдаленных осложнений и безрецидивной выживаемости пациентов в рассматриваемые сроки наблюдения.

Результаты исследования

Различные варианты выполненных позадилонных радикальных простатэктомий определялись у каждого пациента индивидуально, в зависимости от степени распространенности процесса и стадии. Особенности выполненных операций описаны в таблице 3.

Таблица 3.

Характеристика выполненных позадилонных радикальных простатэктомий

Вариант	Частота
Двусторонняя тазовая ЛАЭ	25,7%
Сохранение кавернозного сосудисто-нервного пучка с одной стороны	8,6%
Сохранение кавернозного сосудисто-нервного пучка с 2-х сторон	7,1%
Сохранение шейки мочевого пузыря	35%
Время операции	4,4 ± 1,5 часа (от 2,5 до 7 часов)
Интраоперационная кровопотеря	857 ± 196 мл (от 300 до 3000 мл)

Частота и спектр интраоперационных осложнений соответствует литературным данным и не превышает соответствующие показатели в работах других авторов (см. таблицу 4).

Таблица 4.
Интраоперационные осложнения
у больных раком предстательной железы.

Осложнение	Данные литературы (Catalona W.J., 1999; Lerner S.E. 1995.) [7, 8]	Получен- ные дан- ные
Массивная кровопотеря (более 1000 мл)	5-20%	22%
Повреждение прямой кишки	0,4-2,9%	0,95%
Повреждение мочеточ- ников	0,1-1,6%	0,95%

Особенно ярко выявилась зависимость средней интраоперационной кровопотери от количества выполненных операций и по мере накопления опыта она уменьшилась в 3-3,5 раза (см. рис. 2).

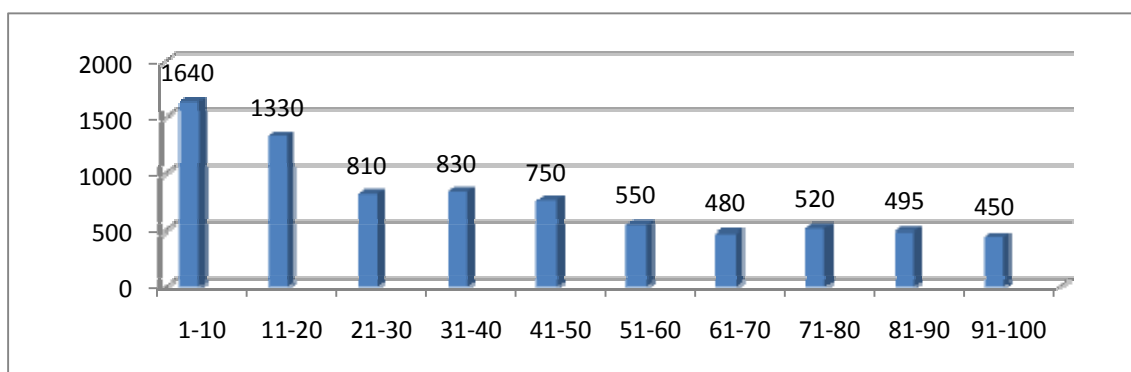


Рис. 2. Динамика среднего объема кровопотери в зависимости от серии оперативных вмешательств

Таблица 5.
Ранние послеоперационные осложнения
у больных раком предстательной железы.

Осложнение	Данные литературы (Catalona W.J., 1999; Lerner S.E. 1995.) [7, 8]	Данные иссле- дова- ния
Кровотечение	0,05-0,5%	0,95% (1)
ТЭЛА	0,7-2,0%	0
Тромбоз глубоких вен конечностей	0,6-7,8%	0,95% (1)
Кардиоваскулярный осложнения	0,1-1,8%	0,95% (1)
Раневая инфекция	0,2-2,9%	1,9% (2)
Лимфоцеле	0,1-6,7%	2,85% (3)
Обострение язвенной болезни		1,9% (2)

Таблица 6.
Отдаленные осложнения
у больных раком предстательной железы.

Осложнения	Данные литературы (Catalona W.J., 1999; Lerner S.E. 1995.) [7, 8]	Рассмат- риваемая группа
Стриктура пузырно- уретрального анастомоза	0,5-17,5%	11,4%
Стрессовое недержание мочи	4-21%	16,6%
Тотальное недержание мочи	0,3-6%	7,14%
Эректильная дисфункция	14-89%	78%

Отдаленные результаты наблюдения

Все пациенты, подвергшиеся радикальной простатэктомии, наблюдаются в клинике урологии в течение не менее 5 лет. В первый год после операции, по существующему стан-

дарту, производится контроль уровня PSA tot каждые 3 месяца и ТРУЗИ. В послеоперационном периоде состояние пациента, сроки восстановления физиологических функций также зависели от длительности, травматичности и объема операции. Наиболее часто наблюдались воспалительные осложнения со стороны операционной раны, уретриты, лимфоцеле. В 1,9% наблюдались обострения язвенной болезни с гастродуоденальным кровотечением, которое удалось купировать консервативно (см. таблицу 5).

Отдаленные осложнения развивались в срок от 2-х до 8 месяцев после операции. Основные и наиболее частые из них представлены в таблице 6.

дарту, производится контроль уровня PSA tot каждые 3 месяца и ТРУЗИ.

Биохимический рецидив в наблюдаемой группе выявился в 14,3% случаев (15 пациентов). Срок наступления рецидива варьировал от 6 месяцев до 2,5 лет. При прогрессивном 2-х и более кратном увеличении PSA пациенту назначалась адъювантная гормонотерапия в режиме максимальной андрогенной блокады.

Нерадикальная простатэктомия (выявление резидуальной ткани, фрагментов семенных пузырьков) была произведена в 2,85% случаев (3 пациента).

В 11,4% наблюдений происходила переоценка стадии Т опухоли в сторону увеличения T2-pT3, таким образом выявлялась местнораспространенная форма заболевания. Диагностика данного состояния базировалась на обнаружении положительного хирургического края или экстракапсулярной экстензии опухоли. Общая летальность в группе 4,7% (5 человек).

Летальность, связанная с прогрессированием рака предстательной железы составила 2,85% (3 пациента).

Для достоверной оценки общей и безрецидивной выживаемости необходим более длительный срок наблюдения – до 5 лет.

Наиболее тяжелые интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения - массивная кровопотеря более 1 литра, перфорация прямой кишки, пересечение мочеточников, желудочное кровотечение в послеоперационном периоде в связи с обострением язвенной болезни, наблюдались в серии первых 20 операций. Таким образом, имеется прямая зависимость качества и результатов хирургического лечения от «кривой обучения» хирургического коллектива.

Пути улучшения результатов хирургического лечения РПЖ также связаны с улучшением технического обеспечения операции – использования современных электрохирургических аппаратов (LigaSure, Valleylab Force Triada), бинокулярной лупы, налобного осветителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Старинский В.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России. М.; 2006 г.
2. Велиев Е.И. Оптимизация хирургического лечения локализованных форм рака предстательной железы. Дис. ... докт. мед. Наук. СПб.; 2003.
3. Walsh P.C., Lepor H., Eggleston J.C. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. Prostate 1983; 4(5): 473-85.
4. Tewarry A., Menon M. Vattikuti Institute prostatectomy: surgical technique and current results. Curr Urol Rep 2003; 4(2):119-23.
5. Han M., Partin A.W., Pound C.R. et al. Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy. The 15-year Johns Hopkins experience. Urol Clin North Am 2001;28(3):555-65.
6. М.И.Коган, О.Б.Лоран, С.Б.Петров Радикальная хирургия рака предстательной железы. М.; 2006 г.
7. Catalona W.A., Carvalhal G.F., Mager D.E., Smith D.S. Potency, continence and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies // J. Urol.-1999.-Vol. 162.- P.433-438.
8. Lerner S.E., Blute M.L., Lieber M.M., Zincke H. Morbidity of contemporary radical retropubic prostatectomy for localized prostate cancer // Oncology. – 1995 – Vol.0, N5. – P. 379-382.

Выводы

Значительный рост хирургической активности при лечении локализованных форм рака простаты связан с ростом заболеваемости и широким внедрением ранней диагностики РПЖ. Учитывая прогнозируемый дальнейший рост заболеваемости, повышению качества лечения данных пациентов будет способствовать:

- улучшение ранней диагностики и скрининга РПЖ на догоспитальном этапе, увеличение выявляемости локализованных форм;
- более четкая взаимосвязь амбулаторного и стационарного этапов помощи;
- отработка технологии (в широком смысле этого слова) хирургического лечения данных пациентов в стационаре начиная от момента поступления до выписки, реабилитации и последующего длительного наблюдения.