ЭКСТРАПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ: ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ, СОХРАНЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

¹Паршин В.В., ¹Гвасалия Б.Р., ¹Стеганцев Д.И., ¹Есипов А.С., ¹Кочетов А.Д.

¹ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневского» Минобороны России, 143420, поселок Новый, п/о Архангельское, Красногорский район, Московская область, Российская федерация.

Резюме

Актуальность темы. Выполнение радикальной простатэктомии (РПЭ) по классической методике без сохранения сосудисто-нервных пучков и пубо-везикального комплекса несет большой риск развития недержания мочи и эректильной дисфункции, что значительно ухудшает качество жизни пациентов с раком предстательной железы в послеоперационном периоде.

Цель. Выбор методики улучшения послеоперационного качества жизни у больных с локализованным раком предстательной железы.

Используемые материалы и методы. Выполнена оценка эффективности оперативного лечения у 22 пациентов (средний возраст $57,6 \pm 6,4$ лет) с диагнозом: рак предстательной железы, которые перенесли экстраперитонеоскопическую интрафасциальную нервосберегающую радикальную простатэктомию с сохранением пубо-везикального комплекса. Критериями эффективности данной методики оперативного лечения считали сохранение эректильной функции и отсутствие недержания мочи в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечалось удержание мочи; через 3-4 месяца произошло восстановление эректильной функции без дополнительной стимуляции ингибиторами фосфодиэстеразы-5 типа.

Выводы. Авторы подчеркивают, что данная техника предполагает детальное понимание хирургом оперативной анатомии предстательной железы и строгое следование основным хирургическим принципам нервосбережения в целях значительного улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: *рак предстательной железы, оперативное лечение, эректильная функция, пубо-везикальный комплекс, МИЭФ-5.*

EXTRAPERITONEOSCOPIC PROSTATECTOMY: SURGICAL TECHNIQUES PRESERVING THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT

¹Parshin V.V., PhD, ¹Gvasalia B.R., PhD, prof., ¹Stegantsev D.I., ¹Esipov A.S., ¹Kochetov A.D.

¹ FGBU «3 Central Military Clinical Hospital named A. A. Vishnevsky» Ministry of Defense of Russia, 143420, poselok Noviy, p/o Arkhangelskoe, Krasnogorsk district, Moscow region, Russian Federation.

Objective. Radical prostatectomy (RPE) performed without preserving the neurovascular bundles and the pubovesical complex has a great risk of developing urinary incontinence and erectile dysfunction, which significantly impairs the quality of life of patients with prostate cancer in the postoperative period.

Methods. The effectiveness of surgical treatment was assessed in 22 patients (mean age 57.6 ± 6.4 years) with a diagnosis of prostate cancer, who underwent extraperitoneoscopic intrafascial nerve-sparing radical prostatectomy with preservation of the pubovesical complex. The criteria for the effectiveness of this technique of surgical treatment were considered the preservation of erectile function and the absence of urinary incontinence in the early and late postoperative period.

Results. In the postoperative period, all patients were continent; in 3-4 months, erectile function was restored without additional stimulation by phosphodiesterase-5 inhibitors.

Conclusions. The described technique demands detailed understanding by the surgeon of the surgical anatomy of the prostate and the basic surgical principles of nerve preservation in order to significantly improve the quality of life of patients in the postoperative period.

Key words: *prostate cancer, surgical treatment, erectile function, pubovesical complex, IIEF-5.*

Введение

Рак предстательной железы занимает 4-е место [3] в структуре онкологической заболеваемости мужского населения. С внедрением скрининговых программ ранней диагностики опухолей предстательной железы возросло количество пациентов молодого возраста нуждающихся в радикальном лечении, с сохранением прежнего качества жизни (эректильная функция и удержание мочи). Радикальная простатэктомия является «золотым стандартом» для пациентов с локализованным раком предстательной железы, демонстрируя хорошие онкологические результаты. Однако выполнение РПЭ по классической методике без сохранения сосудисто-нервных пучков и пубо-везикального комплекса несет большой риск развития недержания мочи и эректильной дисфункции.

Цель исследования

Улучшить показатели удержания мочи и эректильной функции у пациентов перенесших оперативное лечение по поводу рака предстательной железы, а так же оценить качество жизни у данной категории пациентов.

Материалы и методы

В 56 урологическом отделении 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого, за 2017 год, выполнено 22 экстраперитонеоскопических интрафасциальных нервосберегающих радикальных простатэктомий с сохранением пубо-везикального комплекса пациентам с раком предстательной железы (T2a-bN0M0). Диагноз был подтвержден проведением трансректальной биопсии предстательной железы под УЗИ контролем. Данные пациенты подходили по критериям отбора к вышеописанной методике оперативного лечения.

Показания к нервосбережению[1]:сохраненная дооперационная половая жизнь; стадия менее T2b; шкала Глисона 7 (3+4) или менее; уровень PSA не более 10 нг/мл;отсутствие интраоперационного фиброза;отсутствие опухоли в области верхушки

Исследуемая группа пациентов: средний возраст пациентов $57,6 \pm 6,4$ лет; ПСА, нг/мл – $9,2 \pm 3,1$; объем предстательной железы, см³ – $46,1 \pm 12,8$; Шкала Глисона – 6 ± 1

Всем пациентам выполнялась следующая техника хирургического лечения:

1. Максимальное сохранение шейки мочевого пузыря с дистальным отделом уретры;
2. Сохранение пубо-везикального комплекса (без прошивания дорзального венозного комплекса);
3. Минимизация электрохирургического воздействия при интрафасциальном выделении предстательной железы и обработки верхушки семенных пузырьков ультразвуковым скальпелем HARMONIC (производитель Эतिकон, USA);
4. Минимизация тракции сосудисто-нервного пучка;
5. Сохранение фасции Денонвиллье;
6. «Холодное» выделение апекса предстательной железы с максимальным сохранением длины уретры.

Качество эректильной функции определяли с помощью международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5), качество жизни оценивали благодаря опроснику «самочувствие активность настроение» (САН-тест).

Результаты и обсуждение:

- отсутствие положительного хирургического края;
- у всех пациентов в послеоперационном периоде отмечалось удержание мочи;
- восстановление через 3-4 месяца эрекции без дополнительной стимуляции ингибиторами фосфодиэстеразы-5 типа.

Через 6 месяцев после операции имело место восстановление как эректильной функции практически до дооперационных уровней, так и показателей качества жизни (таб.1, таб.2)

Таблица 1

Характеристика показателей эректильной функции до и после операции

Период наблюдения	До операции	После операции (через 3 мес.)	После операции (через 6 мес.)
МИЭФ-5 сумма баллов)	20,8 ($\pm 3,4$)	15,5 ($\pm 4,2$)	18,5($\pm 3,0$)

Таблица 2

Оценка психоэмоционального состояния пациентов (в баллах)

Признак психоэмоционального состояния	До лечения	Пациенты	
		3 месяца	6 месяцев
Самочувствие	4,5 $\pm$ 0,5	4,1 $\pm$ 0,5	4,4 $\pm$ 1,3
Активность	4,2 $\pm$ 0,9	4,0 $\pm$ 1,1	5,2 $\pm$ 1,6
Настроение	4,6 $\pm$ 0,7	3,8 $\pm$ 1,4	5,0 $\pm$ 1,5

Некоторые авторы [2] опровергают наличие различий во влиянии на ЭФ различных вариантов хирургических пособий при локализованном РПЖ. В метаанализе V. Ficarra и соавт., [5] посвященном сравнению функциональных результатов РПЭ, лапароскопической простатэктомии (ЛРПЭ) и роботассистированной ЛРПЭ, не было выявлено существенных преимуществ ни одного из указанных выше методов оперативных вмешательств в отношении послеоперационного состояния эрекции. При этом M. Alemozaffar и соавт. [4] установили, что независимо от использованного метода хирургического лечения РПЖ непосредственное влияние на качество эрекции оказывают такие факторы, как исходное сексуальное здоровье, качество жизни, уровень ПСА в сыворотке крови, а также расово-этническая принадлежность и индекс массы тела.

В настоящее время выявлено несколько основных механизмов возникновения ЭД после РПЭ: нейропраксия, васкулярные ишемические повреждения, приводящие к гипоксии пещеристой ткани, ее склерозу, потере объема гладкой мускулатуры и, как следствие, нарушению венозно-окклюзионного механизма. Дополнительно на вероятность послеоперационной ЭД могут влиять возраст пациента на момент проведения операции, исходное состояние ЭФ, а также наличие сопутствующих заболеваний.

Открытым остается вопрос о вкладе в послеоперационную ЭД артериальной недостаточности вследствие повреждения добавочных артерий, как правило, берущих начало от запирательной, пузырной или бедренной артерий и проходящих к половому члену под лобковой костью. Влияние сбережения дополнительных половых артерий на сохранение ЭФ было исследовано С. Rogers[6] на 2399 пациентах, из которых 4% имели добавочные сосуды. По сравнению с контрольной группой (без добавочных артерий) при сохранении указанных сосудистых структур вероятность нормализации эрекции увеличивалась более чем вдвое, а продолжительность сексуальной реабилитации уменьшалась с 12 до 6 мес. Вместе с тем в исследовании G.N. Vox [7] сохранение аксессуарных артерий не влияло на восстановление ЭФ.

Выводы

Нервосбережение с сохранением пубо-везикального комплекса (анатомо-сохраняющая техника) является предпочтительной у пациентов с низким риском экстрапростатической экстензии и сохранной эректильной функцией. Данная техника требовательна к хирургу и предполагает детальное понимание оперативной анатомии предстательной железы и строгое следование основным хирургическим принципам нервосбережения ради значительного улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. При использовании ультразвукового скальпеля ткани не подвергают воздействию электрического тока, поэтому полностью отсутствует риск, обусловленный прямым воздействием электричества.

Список литературы:

1. Биктимиров Р.Г. Нервосберегающая или нервоуносящая простатэктомия? // Научно-практическая конференция «Технологии XXI века: Реализация инноваций в современной урологии» Владивосток. – 10.09.2015. [Электронный ресурс] <https://www.youtube.com/watch?v=90zf0ECAQEE> (дата обращения 06.02.2018).
2. Лыбченко П.В., Матюхов И.П., Аляев Ю.Г., Ахвледиани Н.Д., Иноятон Ж.Ш. Сексуальная функция пациентов, перенесших радикальную простатэктомию: современный взгляд на проблему // Урология. – 2015. – №2. – С. 112-116.
3. Толкач Ю.В., Петров С.Б., Schelin S., Резванцев М.В. Новый способ реконструкции шейки мочевого пузыря во время радикальной простатэктомии у пациентов с локализованным раком предстательной железы (клиническое исследование) // Онкоурология. – 2011. – Том 7, №3. – С. 99-106.
4. Alemozaffar M., Regan M.M., Cooperberg M.R., Wei J.T., Michalski J.M., Sandler H.M., Hembroff L., Sadetsky N., Saigal C.S., Litwin M.S., Klein E., Kibel A.S., Hamstra D.A., Pisters L.L., Kuban D.A., Kaplan I.D., Wood D.P., Ciezki J., Dunn R.L., Carroll P.R., Sanda M.G. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer // JAMA. – 2011. – № 306. – P. 1205–1214.
5. Ficarra V., Novara G., Artibani W., Cestari A., Galfano A., Graefen M., Guazzoni G., Guillonneau B., Menon M., Montorsi F., Patel V., Rassweiler J., Van Poppel H. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies // Eur. Urol. – 2009. – № 55. – P. 1037–1063
6. Rogers C.G., Trock B.P., Walsh P.C. Preservation of accessory pudendal arteries during radical retropubic prostatectomy: surgical technique and results // Urology. – 2004. – № 64. – P. 148–151.
7. Box G.N., Kaplan A.G., Rodriguez Jr.E., Skarecky D.W., Osann K.E., Finley D.S., Ahlering T.E. Sacrifice of accessory pudendal arteries in normally potent men during robot-assisted radical prostatectomy does not impact potency // J. Sex Med. – 2010. – № 7. – P. 298–303.

Информация об авторах.

Паршин Владимир Владимирович, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, заведующий отделением реконструктивной и малоинвазивной урологии с андрологическим кабинетом 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского Минобороны России, тел.: +7(916)622-82-17, E-mail: vlm.parshin@gmail.com.

Гвасалия Бадри Роинович, доктор медицинских наук, заведующий андрологическим кабинетом отделения реконструктивной и малоинвазивной урологии с андрологическим кабинетом 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского Минобороны России, тел.: +7 (910) 002-90-10, E-mail: bgvasalia@gmail.com.

Стеганцев Дмитрий Иванович, врач уролог отделения реконструктивной и малоинвазивной урологии с андрологическим кабинетом 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского Минобороны России, тел.: +7(903)284-49-76, E-mail: dstegancev@mail.ru.

Есипов Алексей Сергеевич, врач уролог, отделения реконструктивной и малоинвазивной урологии с андрологическим кабинетом 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского Минобороны России, тел.: +7(965)167-97-99, E-mail: alexeyesipov@mail.ru.

Кочетов Андрей Дмитриевич, врач уролог, отделения реконструктивной и малоинвазивной урологии с андрологическим кабинетом 3 Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского Минобороны России, тел.: +7 (925) 034-42-17, E-mail: andy_ko@bk.ru.