

Таблица

Интра- и послеоперационные осложнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии

Вид осложнений	Абс. (%)	Стадия рака предстательной железы		p
		pT0–2	pT3–4	
	404	266 (65,84 %)	138 (34,16 %)	–
Интраоперационные (n = 14) (3,46 %)				
Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии	4 (0,99 %)	1 (0,38 %)	3 (2,17 %)	≤0,05
Повреждение прямой кишки	3 (0,74 %)	1 (0,38 %)	2 (1,45 %)	≤0,05
Повреждение магистральных сосудов малого таза	6 (1,48 %)	1 (0,38 %)	5 (3,62 %)	≤0,05
Повреждение запирающего нерва	3 (0,74 %)	1 (0,38 %)	2 (1,45 %)	≤0,05
Послеоперационные				
	Абс. (%)	I–II	III	IV
Ранние (n = 24) (5,93 %)				
Послеоперационное кровотечение	10 (2,47 %)	1 (0,25 %)	9 (2,22 %)	–
Лимфатические осложнения	5 (1,23 %)	4 (0,99 %)	1 (0,25 %)	–
Гидронефроз	3 (0,74 %)	–	3 (0,74 %)	–
Перитонит мочево́й	1 (0,25 %)	–	1 (0,25 %)	–
Другие	5 (1,23 %)	4 (0,99 %)	1 (0,25 %)	–
Поздние (n = 35) (8,64 %)				
Стриктура анастомоза	8 (1,98 %)	–	8 (1,98 %)	–
Лимфатические осложнения	9 (2,22 %)	7 (1,73 %)	2 (0,49 %)	–
Тромбоэмболические осложнения	2 (0,49 %)	1 (0,25 %)	–	1 (0,25 %)
Инфекционные осложнения	5 (1,23 %)	5 (1,23 %)	–	–
Послеоперационная грыжа	3 (0,74 %)	1 (0,25 %)	2 (0,49 %)	–
Другие	8 (1,98 %)	2 (0,49 %)	6 (1,48 %)	–

Таким образом, робот-ассистированная радикальная простатэктомия является инвазивным вмешательством с определенными потенциальными

осложнениями. Их частота зависит от распространенности онкологического процесса и опыта хирурга.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРОСТАТЫ

© С.А. Рева^{1,2}, А.К. Носов², М.В. Беркут², С.Б. Петров^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. В настоящее время появляется все больше данных о пользе радикальной простатэктомии (РПЭ) в лечении пациентов с первичным олигометастатическим раком предстательной железы (омРПЖ) (Stevens D., Sooriakumaran P., 2016). W.S. Jang et al. (2018) продемонстрировали безопасность и эффективность РПЭ: более 90 % пациентов после хирургического лечения с наличием менее 4 метастатических костных очагов (M1b)

не умерли от рака простаты в течение 3 лет. Однако ценность подобных исследований ограничена их ретроспективным дизайном и небольшим количеством пациентов. В настоящее время ожидаются результаты нескольких проспективных исследований, предполагающих получение ответа на вопросы об эффективности локального лечения (TRoMbone, ORIOLE и др.). В связи с этим современные стандарты рассматривают хирургическое

лечение первичного очага при РПЖ М+ как экспериментальное и допустимое в рамках клинических исследований.

Материалы и методы. С января 2018 г. в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова проводится набор пациентов с омРПЖ для исследования эффективности химиогормональной терапии (ХГТ) с последующим выполнением РПЭ. Критериями включения являются подписанное информированное согласие пациента на участие в исследовании, верифицированный РПЖ с наличием не более 3 синхронных метастатических очагов при отсутствии висцеральных метастазов, возраст < 75 лет, ECOG < 2, локально резектабельный процесс и возможность выполнения лимфодиссекции. ХГТ проводили в течение 6 месяцев по схеме доцетаксел 75 мг/м² в/в 1 раз в 21 день + дегареликс п/к 120 мг, затем каждые 28 дней в поддерживающей дозе по 80 мг. Задачами исследования являются оценка безопасности и эффективности ХГТ с последующим выполнением простатэктомии у пациентов с омРПЖ, частота и длительность локального контроля (отсутствие симптомов заболевания), выживаемость без прогрессирования (ВБП), общая выживаемость (ОВ).

Результаты. Лечение проведено 6 пациентам, 2 из которых имели изолированное поражение костей скелета (1 и 2 очага), еще четверо — поражение отдаленных лимфатических узлов. Средний возраст пациентов составил 58 (от 49 до 68) лет. Уровень ПСА до начала лечения — 22,4 (от 11,5 до 33,) нг/мл. Средняя длительность наблюдения после хирургического лечения — 8 (от 5 до 14) месяцев. Ответ на неоадъювантную терапию получен у всех больных (снижение уровня ПСА, локальное уменьшение распространенности процесса). У 4 пациентов (66,7 %) отмечены нежелательные явления ХГТ (все — 1–2-й степени). Уровень ПСА

менее 1 нг/мл достигнут у 4 из 6 (66,7 %) пациентов. Хирургическое лечение в объеме простат-везикулэктомии с суперрасширенной (до уровня бифуркации общих подвздошных сосудов) лимфаденэктомии выполнено 5 пациентам (83,3 %). У одного больного при обследовании после курса ХГТ отмечено прогрессирование в виде увеличения числа метастатических очагов в костях (с 1 до 5), пациент переведен на 2-ю линию терапии. При РПЭ интраоперационных осложнений не отмечено. В раннем послеоперационном периоде осложнения 1-й степени (все — лимфокиста таза) выявлены у 60 %. По результатам гистологического исследования во всех случаях локально отмечен местнораспространенный процесс (pT3a), у 2 из 5 (40 %) — pN1, и у 1 пациента (20 %) — положительный хирургический край. Послеоперационный уровень ПСА составил < 0,2 нг/мл в 40 % (2 пациента) случаев. Локальное воздействие на отдаленные очаги после РПЭ проведено двум пациентам с поражением костей скелета (хирургическое удаление пораженного позвонка с вертебропластикой, облучение двух очагов в подвздошной кости), в одном случае ВБП без назначения системного лечения составила 6 месяцев, в другом наблюдалось прогрессирование на фоне ХГТ. После РПЭ у больных с M1a гормональная терапия назначена двум из трех пациентов; у одного больного (регресс очагов в отдаленных лимфоузлах при ХГТ) уровень ПСА < 0,2 нг/мл сохраняется в течение 8 месяцев после РПЭ. Общая выживаемость за период наблюдения составила 100 %.

Выводы. Радикальная простатэктомия в сочетании с системной терапией является безопасным и эффективным средством контроля за течением опухолевого процесса. Для подтверждения полученных данных необходимо более длительное наблюдение с включением большего количества пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

© С.А. Рева^{1, 2}, А.К. Носов², С.Б. Петров^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. На сегодняшний день радикальная простатэктомия (РПЭ) считается наиболее эффективным методом лечения рака предстательной железы (РПЖ) высокого и очень высокого

риска. Тем не менее частота регионарных рецидивов остается высокой и проблема дальнейшей тактики в этих случаях не решена. С внедрением новых технологий (11С-ПЭТ/КТ, PSMA-ПЭТ/КТ,