

Е.И. ВЕЛИЕВ,
С.В. КОТОВ

РМАПО, Москва

Радикальные операции в урологии

Онкоурологические заболевания занимают все большую долю в структуре урологических заболеваний. Неуклонный рост заболеваемости раком предстательной железы, почки, мочевого пузыря за последнее десятилетие диктуют необходимость в проведении более агрессивных и тем самым радикальных методов лечения последних. Внедрение в рутинную практику скрининговых программ, таких как определение уровня сывороточного простатспецифического антигена и выполнение пальцевого ректального исследования предстательной железы позволяет выявлять локализованные формы рака предстательной железы (РПЖ) в более молодой группе пациентов.

Нет лучшего лечения локализованной формы рака предстательной железы, как полное удаление простаты со злокачественной опухолью. Данная ситуация привела к большему распространению в практике такой операции, как радикальная простатэктомия (РПЖ). Последняя – единственный метод лечения РПЖ, который продемонстрировал уменьшение риска смерти от рака простаты в плацебо-контролируемом исследовании.

Имея более чем столетний опыт применения, радикальная простатэктомия является золотым стандартом в лечении локализованного рака предстательной железы, демонстрируя как лучшие онкологические, так и функциональные результаты.

Технически радикальная простат-

эктомия – одна из наиболее сложных операций в урологии. Наиболее важными тремя факторами, характеризующими положительный результат РПЭ, являются: полное удаление злокачественной опухоли, достижение функции мочевого контроля и сохранение эректильной функции в послеоперационном периоде. Великолепные навыки тазовой хирургии, огромный опыт оперирующего хирурга, применяемые при правильно определенных показаниях во время данной операции, позволяют достичь всех трех вышеперечисленных целей операции.

Детальное описание локализации и техники сохранения сосудисто-нервных пучков для сохранения половой функции P.Walsh в 1982 г. привело к популяризации данной операции во всем мире.

В настоящее время радикальная позадилоная простатэктомия состоит из следующих этапов:

- 1) доступ в позадилоное пространство;
- 2) лимфаденэктомия;
- 3) вскрытие внутритазовой фасции;
- 4) перевязка дорзального венозного комплекса;
- 5) апикальная диссекция;
- 6) пересечение «ножек» простаты с сохранением или широким иссечением сосудисто-нервных пучков;
- 7) выделение семенных пузырьков;
- 8) отсечение простаты от шейки мочевого пузыря;
- 9) формирование шейки мочевого пузыря по типу теннисной ракетки с ее везикализацией;

10) наложение уретровезикального анастомоза;

11) дренирование и ушивание послеоперационной раны.

Активная разработка и внедрение лапароскопической и роботизированной радикальной простатэктомии за последние 10 лет не могли не привести к изменениям, направленным в сторону улучшения открытой позадилоной радикальной простатэктомии. Различные модификации коснулись практически всех этапов операции.

В настоящее время расширились показания к выполнению радикальной простатэктомии. Данная операция стала активно применяться у пациентов, страдающих раком предстательной железы и имеющих высокий риск прогрессии последнего. К данной группе относятся пациенты с местнораспространенными формами РПЖ, высоким (> 20 нг/мл) предоперационным уровнем ПСА, низкодифференцированной опухолью (сумма Глисона 7 (4 + 3) или более). Радикальная простатэктомия позволяет достичь у 60% пациентов безрецидивную 5-летнюю выживаемость, только как монотерапия. Также РПЭ продемонстрировала хорошие результаты как компонент мультимодальной терапии, особенно среди пациентов 50-60-летнего возраста и имеющих высокий риск прогрессии заболевания.

Сегодня доступ в позадилоное пространство от пупочного кольца до лобковой кости ушел в прошлое. В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО вошел в практику и прочно зарекомендовал

себя позадилоный минидоступ. Последний, также располагаясь по средней линии в надлобковой области, имеет протяженность от 5 до 7 см. Данная длина равняется сумме разрезов под порты при лапароскопической простатэктомии, что делает минидоступ таким же малоинвазивным и малотравматичным. Выполнение операции через минидоступ значительно снижает болевые ощущения в раннем послеоперационном периоде, что позволяет практически отказаться от обезболивающих препаратов со второго-третьего дня после операции, проводить раннюю активизацию больного через 12 часов после операции, что значительно снижает риск развития тромбоэмболических осложнений, в том числе и такого грозного, как тромбоэмболия легочной артерии. Столь малая длина разреза при наличии одного опытного ассистента и применении ретрактора Omni tract абсолютно не ограничивает движения кисти хирурга и позволяет, так же как и при стандартном (12-15 см) доступе, выполнять лимфаденэктомию, в том числе и расширенную, апикальную диссекцию простаты и нервосберегающую технику.

Тазовая лимфаденэктомия также претерпела изменения за последние 10 лет. Связано это с тем, что был доказан лечебный эффект расширенной лимфаденэктомии. Последняя позволяет выявить и удалить большее количество пораженных метастазами лимфатических узлов, а при наличии последних продлить безрецидивную и общую выживаемость пациентов. Сегодня в клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО расширенная лимфаденэктомия является стандартным этапом во время РПЭ у пациентов с высоким риском прогрессии РПЖ.

Наша клиника является пионером в России и одним из двух центров в мире, где разработана и применена в практике лимфаденэктомия из промежностного доступа. Таким образом, промежностная простатэктомия с лимфаденоэктомией лишается своего самого главного недостатка перед позадилоным

доступом – невозможностью удаления лимфатических узлов, и имеет явные преимущества, в том числе и с экономической точки зрения, над комбинацией лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия + промежностная простатэктомия.

Улучшение понимания перипростатической анатомии привело к значительному уменьшению интраоперационных осложнений, особенно такого грозного, как кровотечение. Согласно мировой статистике, значительное кровотечение встречается от 1,1 до 11,5%. Наш самый большой опыт (более 1000 операций) радикальных позадилоных простатэктомий в России привел к появлению новых стандартов интраоперационной кровопотери. Так, в клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО при выполнении нервосберегающей техники, последняя составляет в среднем 150-250 мл, а при широком иссечении СНП средняя кровопотеря равняется всего лишь 50-100 мл. Этот фантастический показатель позволил полностью отказаться от аутозабора крови перед операцией, переливания компонентов крови во время операции, а показатель гемоглобина крови на следующий день после операции не выходит за нижнюю границу нормы.

Тщательная апикальная диссекция – важнейший этап операции, определяющий впоследствии наличие местного рецидива и восстановления мочи. Связано это с тем обстоятельством, что, с одной стороны, апекс простаты прилежит к поперечно-полосатому сфинктеру, ответственному за функцию удержания мочи, а с другой – апекс является наиболее частым местом позитивного хирургического края. Полное понимание анатомии данной области, знание элементов, ответственных за удержание мочи, и большой опыт позволяют клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО гордиться своими показателями сохраненной в послеоперационном периоде континенции. Тяжелая форма недержания мочи встречается менее чем у 1% пациентов и связана обычно с прорастанием сфинктера опухолью или

достижением большего радикализма при местно-распространенном процессе, локализованном в апексе.

Нервосберегающая техника – один из главных этапов операции, определяющий дальнейшее качество жизни пациента. Уже ни у кого не вызывает сомнения, что отказ от коагуляции и применение увеличительных луп является неотъемлемым компонентом данной методики. Расширение представлений о прохождении нервных стволов кавернозных нервов привело к трансформации нервосберегающей техники. Анатомически более обоснованным является вскрытие простатической капсулы по переднелатеральной поверхности предстательной железы. Этот маневр позволяет сохранить мелкие веточки кавернозных нервов, которые могут проходить не по заднелатеральной, а по латеральной поверхности капсулы простаты. Применение профилактики эректильной дисфункции (ночные малые дозы ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов) позволяют значительно сократить период нейропраксии и избежать формирования кавернозного фиброза в послеоперационном периоде, что является залогом восстановления половой функции после радикальной простатэктомии.

Сегодня радикальная позадилоная простатэктомия – это высокотехнологичная операция, сопровождающаяся минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений, возможностью активизацией больного через 12 часов после операции, необходимостью пребывания в стационаре от 3 до 6 дней после операции и, самое главное, по-прежнему демонстрирующая лучшие онкологические результаты среди остальных методов лечения, тем самым дающая пациентам шанс на излечение от рака предстательной железы и сохраняющая дооперационное качество жизни, а именно: функцию удержания мочи и возможность продолжения половой жизни. 