

# Хирургическое лечение локализованных форм рака предстательной железы

С.Б. Петров, д-р мед. наук, проф., Е.И. Велиев, канд. мед. наук, доцент

*Выбор больных РПЖ для операции, к сожалению, как говорят специалисты, «еще считается скорее хирургическим искусством, чем хирургической наукой».*

Радикальная простатэктомия (РПЭ) сегодня является одним из наиболее распространенных методов лечения больных с локализованными формами рака предстательной железы (РПЖ). Однако место ее среди других методов лечения оценивается специалистами неоднозначно. Многие считают, что риск возникновения осложнений перевешивает пользу от данной операции. Хотя летальность после РПЭ очень низкая (по данным различных центров, не более 0,5%), тем не менее, ряд послеоперационных осложнений могут существенно ухудшить качество жизни больного [11, 20, 21].

В мире накоплен большой опыт оперативного лечения больных РПЖ, и целесообразность применения хирургической тактики основывается на следующих положениях:

- клинически выявленный РПЖ прогрессирует медленно, но неизбежно;
- оперативное лечение может быть эффективным, а подчас и радикальным, если процесс выявляется на ранних стадиях;
- пациент, страдающий РПЖ, который распространяется за пределы капсулы, в лимфатические узлы или семенные пузырьки, не может быть радикально излечен, однако, оперативное лечение способствует увеличению продолжительности жизни [5, 13];
- данный вид терапии в настоящее время является относительно безопасным;
- только хирургическая тактика позволяет точно установить патоморфологический диагноз и более точно прогнозировать исход заболевания.

Выбор больных РПЖ для операции, к сожалению, как шутят специалисты, «еще считается скорее хирургическим искусством, чем хирургической наукой».

Тем не менее, подавляющее большинство урологов едины во мнении, что кандидатами для РПЭ являются пациенты с ожидаемым сроком жизни не менее 10 лет. Не самыми удачными кандидатами являются больные, имеющие высокий риск анестезии. Кроме того, пациенты, для которых риск потери сексуальной потенции крайне важен, иногда воздерживаются от выбора агрессивной лечебной тактики в пользу других видов терапии [4, 7, 18].

Однако наиболее обсуждаемым критерием для выбора оперативного лечения является стадия заболевания. Большинство специалистов полагают, что идеальными пациентами для оперативного лечения являются больные с локализованными формами, т. е. T1–T2, при этом степень дифференцировки опухоли, уровень простатического специфического антигена (ПСА) не оказывают существенного влияния на выбор лечения, пока опухоль расценивается как локализованная [16].

Большое распространение РПЭ получила вследствие того, что она достаточно близка к понятиям об идеальной операции, применительно к лечению больных с локализованными формами РПЖ:

- 1) радикальность;
- 2) сохранение дооперационного уровня качества жизни;
- 3) отсутствие или малая вероятность каких-либо осложнений.

Клиническая практика показывает, что основное требование онкологической операции – это ее радикальность, однако, она, подчас, сопряжена с высоким риском развития интра- и послеоперационных осложнений, а также снижением качества жизни больного.

Один из важных этапов операции – лимфаденэктомия. Единого мнения о необходимости ее выполнения в ходе РПЭ нет. Так, J. Bishoff и A. Reyes сообщают, что они не выполняют лимфаденэктомию, когда у пациентов небольшой объем опухоли (по данным биопсии – менее 3–4 мм), сумма Глисона – менее 5, уровень ПСА – менее 10, отсутствуют какие-либо узлы в ПЖ при пальцевом ректальном исследовании [2].

В то же время частота позитивных лимфатических узлов при различных стадиях заболеваний может весьма варьировать и на основании данных нескольких центров составляет: в стадии A1 – 0–4% (в среднем 1); A2 – 9–53% ( $\Sigma$  – 26%); B1 – 16–20% ( $\Sigma$  –

16%); B2 – 29–42 ( $\Sigma$  – 38%); C – 33–75 ( $\Sigma$  – 46%) [6, 9].

Наиболее часто в ходе операции удаляются лимфатические узлы запирающих ямок, однако лимфоотток из предстательной железы осуществляется и в другие группы узлов.

По данным ряда авторов, так называемые “изолированные позитивные лимфатические узлы” встречаются в прекоксициальной и пресакральной областях в 14% случаев, в гипогастральной зоне (окружающей везикальные сосуды в зоне a. hypogastrica) – в 29%, в области наружных подвздошных сосудов их частота колеблется от 10 до 56% ( $\Sigma$  – 30%) [3]. В то же время выделение последних сопряжено с риском повреждения лимфатических сосудов, осуществляющих отток из нижних конечностей. В случае широкого иссечения лимфоузлов в области наружной подвздошной артерии высок риск развития отека нижней конечности и лимфоцеле на стороне повреждения. Удаление пресакральных лимфатических узлов сопровождается осложнениями в 7–23% случаев. Таким образом, *удаление узлов из запирающей ямки, хотя и не отвечает 100% радикальности, но сопряжено с минимальным риском развития осложнений и в определенной мере увеличивает радикальность операций* [10].

После лимфаденэктомии одним из важных этапов операции является пересечение пубопростатических связок и перевязка, а также пересечение дорсального сосудистого пучка, что становится возможным после рассечения эндопельвикальной фасции.

Так, по данным W. Catalona, полное удержание мочи через 3 мес после РПЭ с сохранением связочного аппарата уретры было у 80,4% больных [4].

В то же время при локализации процесса в верхушке железы этот технический прием увеличивает риск возникновения «положительного хирургического края», что может сделать операцию нерадикальной.

Выбор оперативной техники на этом этапе в значительной мере зависит от объема ПЖ, а также от анатомических особенностей таза. В тех случаях, когда ПЖ небольших размеров и малый таз относительно широк, хирург может не пересекать пубопростатические связки, – тем самым увеличивать вероятность удержания мочи после операции [12].

При больших объемах ПЖ пубопростатические связки, как правило, пересекаются. Кроме того, их пересечение просто необходимо, если данные биопсии свидетельствуют о наличии опухоли в апикальной зоне железы. До настоящего времени среди специалистов идут дискуссии о целесообразности пересечения пубопростатических связок, так как целостность фиксирующего аппарата уретры вместе с волокнами наружного сфинктера является основой континенции после РПЭ [15].

Тщательный гемостаз, обеспечивающий хорошую визуализацию операционного поля, позволяет избежать повреждения тканей ПЖ, тем самым снизить частоту «положительных хирургических краев».

Всегда необходимо помнить, что техника операции должна быть щадящей, когда речь идет о зоне наружного сфинктера, так как небрежное и чрезмерное выделение уретры в зоне верхушки может вызвать нарушение функции сфинктера [15].

Пересечение уретры, как правило, осуществляется на 1 см дистальнее апекса ПЖ. Необходимо помнить, чем

короче функциональная длина уретры, тем больше вероятность недержания мочи после операции [14].

К этапу пересечения уретры хирург должен определить будут ли сохранены больному сосудисто-нервные пучки (содержащие n. cavernosus), так как основная цель операции – радикальность. Показаниями для сохранения кавернозных нервов являются:

- наличие эректильной функции до операции;
- локализованная форма заболевания;
- отсутствие очагов в апикальных и нижнебоковых зонах предстательной железы;
- уровень ПСА менее 10 нг/мл.

При решении вопроса о сохранении дорсальных сосудистых нервных пучков пересечение латеральной простатической фасции осуществляется на уровне 8 и 4 ч, что обусловлено анатомическим положением кавернозных нервов.

Повреждение сосудисто-нервных пучков может иметь место при:

- 1) пересечении уретры,
- 2) рассечении латеральной простатической фасции,
- 3) выделении семенных пузырьков.

Ряд специалистов не рекомендуют использовать электрокоагуляцию в зоне прохождения сосудисто-нервного пучка, а применять небольшие прямоугольные зажимы [19].

В тех случаях, когда процесс локализован лишь в одной доле, целесообразно сохранение сосудисто-нервного пучка на здоровой стороне, с одновременно широким иссечением латеральной фасции с элементами пучка с другой стороны [8].

После пересечения латеральной фасции, вскрывается фасция Денонвилле в поперечном направлении, и осуществляется пересечение vas deferens, а также удаление семенных пузырьков.

Одним из важных этапов операции является реконструкция шейки мочевого пузыря с наложением анастомоза с дистальным отделом уретры.

Роль шейки мочевого пузыря в сохранении континенции после РПЭ является спорной. Среди ряда сообщений значительный интерес вызвала работа D. Gaker с соавт. (1996), посвященная сохранению шейки мочевого пузыря и части предстательного отдела уретры. Эта техника в первую очередь интересна в отношении больных с небольшой функциональной длиной уретры до операции, а также у тех, у кого новообразование расположено в верхушке [1].

По данным С. Gomez, M. Soloway и соавт. (1985), сохранение шейки мочевого пузыря при РПЭ не ассоциируется с увеличением риска положительных краев. Кроме того, сохранение части уретры позволяет говорить об увеличении функциональной длины уретры у этих больных, что увеличивает их шансы на континентность [17, 22].

В тех случаях, когда новообразование располагается в базальных отделах железы, либо в транзитной зоне; есть ультразвуковые данные о наличии большой аденомы в средней доле, а также в анамнезе какие-либо операции на области шейки мочевого пузыря – *сохранение простатического отдела уретры не показано*.

Реконструкция шейки мочевого пузыря в этих случаях выполняется с использованием технического приема

”теннисная ракетка”. В процессе реконструкции шейки необходимо учитывать непосредственную близость устьев мочеточников к краям шейки мочевого пузыря.

Предложено большое количество вариантов наложения уретро-уретрального или уретровезикального анастомозов. Так, V. Eastham и соавт. (1996) предложили свой вариант анастомоза. Применяемая техника фиксации уретры и шейки мочевого пузыря и латеральной части пельвикальной фасции позволяет избежать натяжения уретры, а также способствует стабилизации уретры при увеличении интраабдоминального давления. Внедрение этой техники операции позволило большинству больных достичь полной континенции к 1,5 мес по сравнению с 5,6 при использовании традиционных приемов. Частота полной континенции к 24 мес после РПЭ увеличилась с 82 до 95% [4].

Среди специалистов продолжают дебаты о количестве швов в анастомозе, степени затягивания швов. На

наш взгляд, эти технические нюансы не оказывают существенного влияния на риск возникновения недержания мочи и частоту развития стриктур уретры. Данные ряда исследований свидетельствуют о большом числе других факторов риска возникновения этих осложнений.

Можно выделить следующие варианты прогноза после РПЭ.

1. Плохой – вовлечение семенных пузырьков или лимфатических узлов, или обширная экстракапсулярная пенетрация с суммой Глисона 7 и более.

2. Умеренный – органограниченный рак или фокальная экстракапсулярная пенетрация с суммой Глисона 7 или обширная экстракапсулярная пенетрация с суммой Глисона 6;

3. Благоприятный – органограниченный рак или фокальная экстракапсулярная пенетрация с суммой Глисона менее 7.

## ЛИТЕРАТУРА.

1. Andriole G.L., Smith D.S., Kao J. et al. Early complications of contemporary anatomical radical retropubic prostatectomy// *J. Urol.* – 1994. – Vol. 152. – P. 1858–1862.
2. Bishoff J.T., Reyes A., Thompson I.M. et al. Pelvic lymphadenectomy can be omitted in selected patients with carcinoma of the prostate: development of a system of patient selection// *Urology.* – 1995. – Vol. 45(2). – P. 270–274.
3. Campbell S.C., Klein E. A., Levin H.S., Piedmonte M.R. Open pelvic lymph node dissection fore prostate cancer: a reassessment. *Urology*, 1995; 46; 352.
4. Catalona W.J., Carvalhal G.F., Mager D.E., Smith D.S. Potency, continence and complication rates in 1,870 consecutive radical retropubic prostatectomies// *J. Urol.* – 1999. – Vol. 162. – P. 433–438.
5. Catalona W.V., Smith D.S. 5-Year tumor recurrence rates after anatomical radical retropubic prostatectomy for prostate cancer// *J. Urol.* – 1994. – Vol. 152. – P. 1837–1842.
6. Conrad S., Graefen M., Pichlmeier U. et al. Systematic sextant biopsies improve preoperative prediction of pelvic lymph node metastases in patients with clinically localized prostatic carcinoma// *J. Urol.* – 1998. – Vol. 159. – P. 2023–2029.
7. Frank A., Critz W., Hamilton W. et al. Prostate specific antigen bounce after radioactive seed implantation followed by external beam radiation for prostate cancer// *J. Urol.* – 2000. – Vol. 163. – P. 1085–1089.
8. Igel T.C., Barrett D.M., Segura V.W. et al. Perioperative and postoperative complications from Bilateral pelvic lymphadenectomy and radical retropubic prostatectomy// *J. Urol.* – 1987. – Vol. 137. – P. 1189–1191.
9. Landis S.H., Murray T., Bolden S., Wingo P.A. Cancer statistics, 1999// *Cancer J. Clin.* – 1999. – Vol. 9. – P. 8–31.
10. Lee C.T., Richie J.P., Oesterling J.E. Bilateral pelvic lymphadenectomy and anatomical radical retropubic prostatectomy. *Urologic Oncology.* – Philadelphia: W.B. Saunders, 1997 – P. 404–425.
11. Litvin V.S., Lubeck D.P., Stoddard M.L. et al. Quality of Life before death for men with prostate cancer: results from CaPSURE database// *J. Urol.* – 2001. – Vol. 165. – P. 871–875.
12. Myers R.P. Prostate shape, external striated urethral sphincter, and radical prostatectomy: The apical dissection// *J. Urol.* – 1987. – Vol. 138. – P. 543–550.
13. Potosky A.L., Harlan, L.C. Prostate cancer practice patterns and quality of life: the Prostate Cancer Outcomes Study// *J. Natl. Cancer Inst.* – 1999. – Vol. 91. – P. 1719.
14. Reiner W.G., Walsh P.C. anatomical approach to the surgical management of the dorsal vein and Santorinos plexus during radical retropubic surgery// *J. Urol.* – 1979. – Vol. 121. – P. 198–200.
15. Srougi M., Nesrallah L.J., Kauffmann J.R. et al. Urinary continence and pathological outcome after bladder neck preservation during radical retropubic prostatectomy: randomized prospective trial// *J. Urol.* – 2001. – Vol. 165. – P. 815–818.
16. Stamey T.A., Sozen T.S., Yemoto C.M., McNeal J.E. Classification of localized untreated prostate cancer based on 791 men treated only with radical prostatectomy: common ground for therapeutic trials and TNM subgroups// *J. Urol.* – 1998. – Vol. 159. – P. 2009–2012.
17. Stamey T.A., Villers A.A., McNeal J.E. et al. Positive surgical margins at radical prostatectomy: importance of the apical dissection// *J. Urol.* – 1990. – Vol. 143. – P. 1166–1172.
18. Stanford J.L., Feng Z., Hamilton A.S. Urinary and sexual function after radical prostatectomy// *JAMA.* – 2000. – Vol. 283. – P. 354–360.
19. Walsh P.C. Anatomical radical retropubic prostatectomy// Walsh P.C., Retig A.B., Stamey T.A. et al. *Campbells Urology*, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders. – 1998. – P. 2565–2588.
20. Walsh P.C., Donher P.V. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention// *J. Urol.* – 1982. – P. 492–497.
21. Walsh P.C., Partin A.W., Epstein J.I. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: results at 10 years// *J. Urol.* – 1994. – Vol. 152. – P. 1831.
22. Watson R.B., Civantos F., Soloway M.S. Positive surgical margins with radical prostatectomy: Detailed pathological analysis and prognosis// *Urology.* – 1996. – Vol. 148. – P. 80–90.