

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Подберезский П. В.

*УЗ “Могилевский областной онкологический диспансер”, г. Могилев,
Республика Беларусь*

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) - наиболее распространённая онкологическая патология мужского населения. В РБ он занимает второе место в структуре смертности от злокачественных новообразований у мужчин старше 50 лет. “Золотым стандартом” лечения локализованного рака простаты остается радикальная простатэктомия - как открытая, так и лапароскопическая. Первая лапароскопическая радикальная простатэктомия в Могилевском областном онкологическом диспансере была выполнена в 2020 году.

Цель работы - оценка ближайших результатов лапароскопической простатэктомии (ЛРПЭ), перспектив ее внедрения в клиническую практику областного онкологического диспансера, достоинств и недостатков метода.

Материал и методы. С 2020 по 2023 год ЛРПЭ выполнена 26 пациентам с раком простаты (плюс у 5 пациентов ЛРПЭ завершилась конверсией). Все больные находились под нашим наблюдением в течение 2–39 месяцев после операции. Возраст больных колебался от 53 до 71 лет (средний возраст – 62 года). Рак простаты диагностировался с помощью биопсии, выполнявшейся пациентам с повышенным ПСА; ТРУЗИ, КТ и МРТ. Уровень ПСА перед операцией колебался от 6 до 11 нг/мл (среднее – 9,7 нг/мл).

Распределение по pTNM

- T2aN0M0 - 5
- T2bN0M0 - 7
- T2cN0M0 - 18
- T3bN0M0 - 1 (конверсия)

Распределение по Gleason

- Gleason 4+3 - 5
- Gleason 4+4 - 1
- Gleason 3+3 - 12
- Gleason 3+4 - 12

Распределение по виду операции:

- Лапароскопическая простатэктомия с тазовой лимфодиссекцией 17
- Лапароскопическая простатэктомия без тазовой лимфодиссекции 5
- Экстраперитонеоскопическая простатэктомия с тазовой лимфодиссекцией 1
- Экстраперитонеоскопическая простатэктомия без тазовой лимфодиссекции 3
- Конверсия 5

Показания для тазовой лимфодиссекции выставлялись на основании определения групп риска метастазирования (см. национальные стандарты) с привлечением номограмм MSKCC. Операция производилась через 5 лапаропортов. В случае экстраперитонеальной простатэктомии предварительно внебрюшинно формировалась рабочая полость. С использованием ультразвуковой диссекции (аппарат “Harmonic”, “LOTUS”) выполнялась двусторонняя лимфодиссекция. Использовали нисходящую технику простатэктомии: после дефатизации сначала рассекался циркулярно мочевого пузыря, затем семенные пузырьки выделялись и удалялись единым блоком с предстательной железой после лигирования дорзального венозного комплекса и пересечения уретры. Уретровезикальный анастомоз накладывался непрерывным монокриловым швом нитью с насечками.

Результаты и обсуждение. Результатами лечения были удовлетворены все пациенты. ЛРПЭ является достаточно сложной операцией и время ее выполнения, особенно на этапе освоения, достаточно велико. Среднее время операции на нашем материале составило 5 часов 50 мин, по мере накопления опыта удалось его уменьшить до 3 часов 50 мин, в основном за счет совершенствования техники везикоуретрального анастомоза. Суммарная кровопотеря в среднем составила 160 мл, что в 2,7 раза меньше таковой при открытых операциях (средняя кровопотеря при открытых РПЭ составила 440 мл на материале 763 операций). Зафиксировано 2 интраоперационных осложнения - ранение прямой кишки (ушита без конверсии и стомии), кровотечение из наружной подвздошной вены (ушита непрерывным сосудистым швом без конверсии). У одного пациента в послеоперационном периоде образовалась тазовая лимфокиста (дренирована закрыто). Из 31 операции в 5 случаях пришлось произвести конверсию, в основном это связано с техническими трудностями на этапе освоения методики. Адекватное мочеиспускание восстанавливалось сразу после удаления катетера на 7–10 сутки. Отмечена более ранняя активизация пациентов - многие самостоятельно начинают ходить на следующий день после операции, что после открытой РПЭ бывает крайне редко. Средний послеоперационный койко-день составил 11,7, что на 4 дня короче послеоперационного койкодня после открытой операции. При морфологическом исследовании у одного пациента со стадией T2 до операции обнаружена pT3, впоследствии он получил курс дистанционной лучевой терапии. Поражение лимфатических узлов не отмечено. Биохимических рецидивов пока не зафиксировано.

Выводы. Лапароскопическая простатэктомия является современным радикальным оперативным вмешательством и в случае отсутствия тяжелых конкурентных заболеваний является методом выбора в лечении больных раком предстательной железы без признаков экстракапсулярной инвазии. Использование ультразвуковой диссекции (аппарат “Harmonic”, “LOTUS”) облегчает мобилизацию и уменьшает кровопотерю, предупреждает послеоперационную лимфорею. Считаем, что непрерывный монофиламентный шов ускоряет наложение уретровезикального анастомоза и

делает его более герметичным. ЛРПЭ ассоциирована с меньшим объемом кровопотери, ранней активизацией пациента, уменьшением послеоперационного койкодня, меньшим количеством осложнений и хорошим косметическим результатом. Вместе с тем, операция является технически сложной и предъявляет высокие требования к квалификации хирурга и операционной бригады.