

## 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.