

ральной резекции и избежать калечащей операции (цистэктомии), приводящей к глубокой инвалидизации. В свою очередь ранняя диагностика инвазив-

ного РМП позволяет своевременно провести комплексное или комбинированное лечение, включающее радикальное удаление МП.

Литература

1. Поляков С.М., Левин Л.Ф., Шебеко Н.Г. Злокачественные новообразования в Беларуси 1995—2004 / Под ред. А.А. Граковича, И.В. Залуцкого. — Минск: БелЦМТ, 2005. — С. 42.

2. Лопаткин Н.А., Даренков С.П., Чернышев И.В. и соавт. Диагностика и лечение рака мочевого пузыря // Урология. — 2004. — № 1. — С. 12—17.

3. Матвеев Б.П. и соавт. Рак мочевого пузыря. — М., 2001.

4. Determination of diagnostic and prognostic values of urinary interleukin-8, tumor necrosis factor-alpha, and leukocyte arylsulfatase-A activity in patients with bladder cancer / Н. Кочак, У. Онер-Ийидоган, Т. Кочак, Р. Онер // Clin. Biochem. — 2004. — V. 37, № 8. — P. 673—678.

5. Мартов А.П., Гушин Б.Л., Гнатюк А.П. и соавт. Ранняя повторная цистоскопия и биопсия в диагностике рака мочевого пузыря // Урология. — 2004. — № 3. — С. 54—58.

6. Mizutani Y., Matsubara H., Yamamoto K. et al. Prognostic significance of serum osteoprotegerin levels in patients with bladder carcinoma // Gan To Kagaku Ryoho. — 2004. — V. 31, № 9. — P. 1431—1433.

7. Deliveliotis C., Georgoulakis J., Skolarikos A. et al. DNA ploidy as a prognostic factor in muscle invasive transitional cell carcinoma of the bladder // Urol. Res. — 2004, Jul 17.

8. Clark P.E., Stein J.P., Groshen S.G. et al. The management of urethral transitional cell carcinoma after radical cystectomy for invasive bladder cancer // Gan To Kagaku Ryoho. — 2004. — V. 31, № 9. — P. 1431—1433.

9. Wulfing C., Eltze E., Von Struensee D. et al. Cyclooxygenase-2-expression in bladder cancer: tumor-biological and clinical implications // Aktuelle Urol. — 2004. — V. 356, № 4. — P. 331—338.

10. Quentin T., Schlott T., Korabiowska M. et al. Alteration of the vascular endothelial growth factor and angiopoietins-1 and -2 pathways in transitional cell carcinomas of the urinary bladder associated with tumor progression // Anticancer Res. — 2004. — V. 24, № 5A. — P. 2745—2756.

11. Сергеева Н.С., Русаков И.Г., Маршутина Н.В. и соавт. Новые опухолевые маркеры в онкоурологии // Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний: Мат-лы V Всерос. научно-практич. конф. с междунар. участием. Обнинск, 2—3 октября 2003 г. — Обнинск, 2003. — С. 144—145

12. Прохорова В.И., Машевский А.А., Державец Л.А. и соавт. Лабораторная диагностика нарушений в системе «опухоль—организм» // Мед. панорама. — 2001. — № 2. — С. 7—8.

13. Цырусъ Т.П. Состояние белкового метаболизма у больных со злокачественными новообразованиями // Здравоохранение. — 2003. — № 6. — С. 5—8.

14. Делекторская Л.Н., Пинменова Л.М., Кадашево О.Г. Оценка диагностической информативности лабораторных тестов (методические рекомендации) // Клини. лаб. диагностика. — 1992. — № 1. — С. 49—59.

Цистэктомия с сохранением предстательной железы и семенных пузырьков

Д.Т. Гоцадзе, В.Т. Чакветадзе, Э.В. Данелия

Национальный онкологический центр Грузии им. А.Р. Гвамичава

Cystectomy Sparing the Prostate and Seminal Vesicles

*D.T. Gouadze, V.T. Chakvetadze, E.V. Daneliya
A.R. Gvamichava National Oncological Center of Georgia*

Aim — improving the results of cystectomy by retaining the prostate and seminal vesicles.

87 cystectomies with restoration of urination and sparing the prostate with or without seminal vesicles were carried out in patients with vesical cancer in 1991—2005. Patients' ages varied from 33 to 75 years (mean age 56.1 years). The following modifications were performed: transprostatic cystovesiculectomy (11 pts), transprostatic and supraprostatic cystectomy (53 and 23 pts, respectively). The absence of prostatic cancer and negative data of urgent histological study of the resection margin were indications for reducing the standard volume of surgery.

Postoperative mortality was 2.3%. Mean period of observation was 60.8 months. Local relapses were diagnosed in 2.5%, remote metastases in 12.9% patients. Day-time continence was attained in 100%, nocturnal in 96.4% patients. Erectile function was retained in 79.6% patients. Cystectomy within normal tissues sparing the prostate and seminal vesicles helps preserve the optimally possible preoperative functional status without deteriorating oncological results.

Основной причиной негативного отношения к радикальной цистэктомии (ЦЭ) с восстановлением естественного мочеиспускания являются непредсказуемые результаты континенции и нерешенность проблемы импотенции. С увеличением возраста частота недержания мочи имеет тенденцию к повышению и у пожилых пациентов может достигать 50%. Поэтому мужчины молодого возраста, желающие со-

хранить половую функцию, воздерживаются от своевременной радикальной ЦЭ, а пожилым из-за высокого риска инконтиненции отказывают в замещении мочевого пузыря (МП). Ведущей причиной инконтиненции и эректильной дисфункции является нарушение иннервации наружного сфинктера уретры и кавернозных тел. Очевидно, что оптимизация функциональных результатов ортотопической цис-

топластики зависит от сохранения тазового нервного сплетения (ТНС) и его ветвей. Нервосберегающая модификация радикальной ЦЭ не позволила решить проблему полноценной реабилитации. Поэтому, несмотря на успехи в области ортотопической цистопластики, поиски возможностей улучшения показателей качества жизни остаются актуальной проблемой онкоурологии. В данной статье представлены методологические аспекты и результаты модифицированной ЦЭ с сохранением не пораженных опухолью анатомических структур (простаты и семенных пузырьков), определяющих сохранение предоперационного функционального статуса у мужчин.

Материал и методы

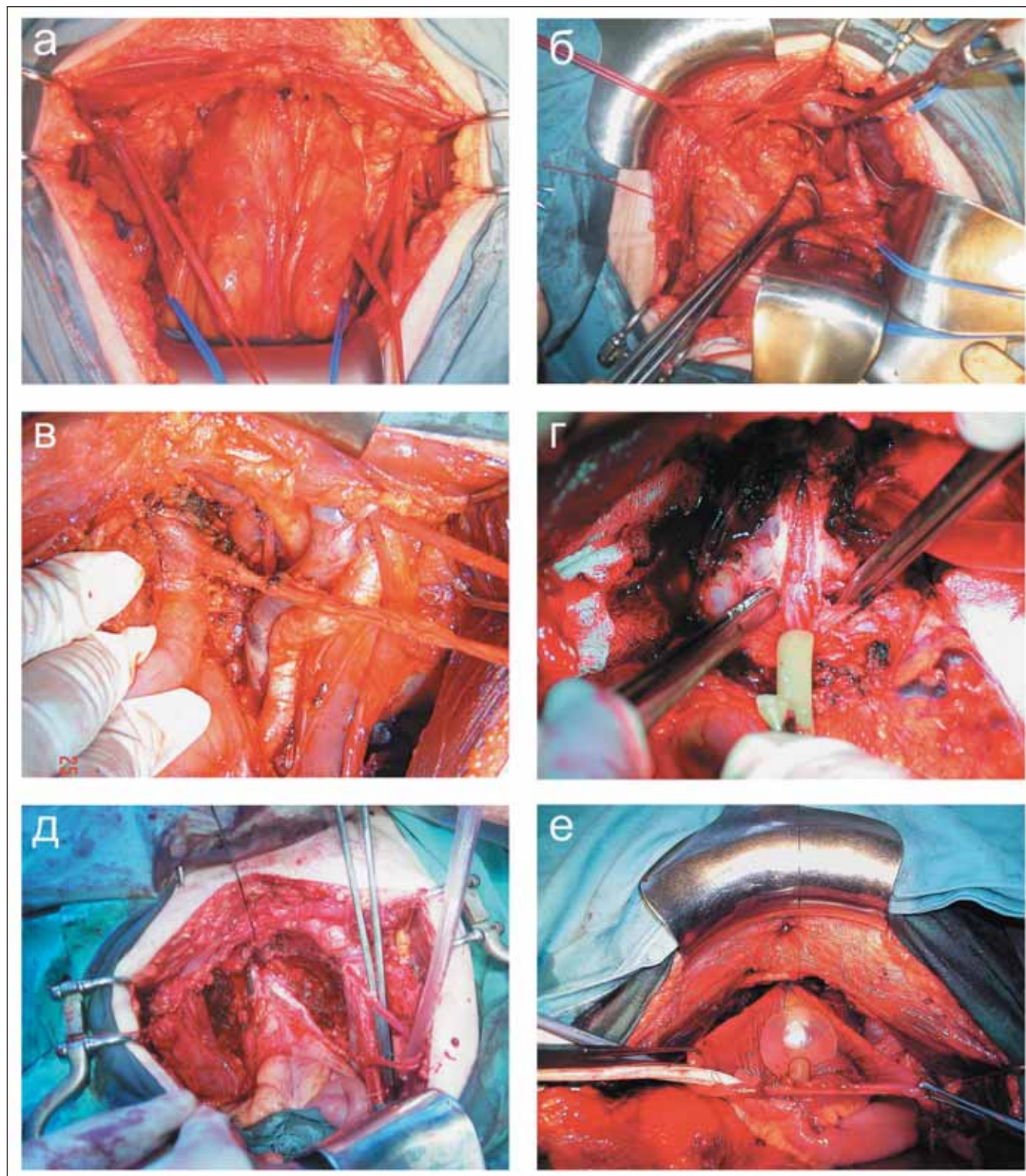
За период с мая 1991 г. по январь 2005 г. в отделении урологии ОНЦ Грузии им. А.Р. Гвамичава по поводу рака МП (РМП) произведено 247 ЦЭ (у 135 мужчин и 15 женщин) с континентным отведением мочи: на кожу — в 81 случае, ректосигмоидный МП — в 16, замещение МП — в 150. Предоперационное обследование больных было стандартным с обязательным морфологическим исследованием простатического отдела уретры. У 87 из 135 мужчин произведена модифицированная ЦЭ. Возраст больных варьировал от 33 до 75 лет (средний возраст 56,1 года). У больных старше 50 лет, подвергшихся ЦЭ после 2001 г., дополнительно определяли простатспецифический антиген (ПСА), а при показаниях выполняли трансректальную эхоскопию и биопсию простаты. У 83 больных имел место переходно-клеточный рак, у 3 — плоскоклеточный и у 1 — аденокарцинома. Стадия заболевания pT1N0M0 наблюдалась у 3 больных, pT2a—vN0M0 — у 61, pT3aN0M0 — у 2, pT4aN0M0 — у 4 и любое T при N+ — у 17.

До 2001 г. замещение МП произведено 52 мужчинам. У 13 из них (ретроспективная группа) выполнена модифицированная ЦЭ с сохранением простаты и семенных пузырьков. Эти операции носили эпизодический характер, выполнялись по настоятельной просьбе больных, для которых единственным условием согласия на операцию являлось сохранение половой функции по причине желания отцовства. Эта группа представлена в основном молодыми мужчинами. ЦЭ выполняли трансперитонеальным доступом, ретроградным путем. Произведена цистопластика по Стюдеру с формированием анастомоза между уретрой и резервуаром. После 2001 г. начато проспективное исследование. Критерием отказа от уменьшения стандартного объема ЦЭ было экстрапузырное распространение первичной опухоли или рак простаты. Обязательным условием являлось отсутствие опухоли по границе резекции при срочном интраоперационном гистологическом исследовании. В случае наличия положительных данных срочного гистологического заключения опе-

рация расширялась до стандартного объема с повторным срочным гистологическим исследованием до отрицательного результата. В начале проспективного исследования модификация включала только транспростатическую цистезикулэктомию — сохранялась лишь апикальная часть простаты. В дальнейшем мы увеличили объем сохранения тканей за счет простаты и семенных пузырьков. При шеечной локализации РМП или у больных старше 50 лет производили транспростатическую инфраампулярную (ниже семенного бугорка) ЦЭ. В первом случае модификация осуществлялась для оптимального удаления подлежащего к МП уретеля, во втором — преследовала цель уменьшения инфрарезервуарного давления для предотвращения задержки мочи, а также — максимального иссечения ткани периферической зоны простаты для своевременной диагностики латентного рака или предотвращения его развития. Для проведения ЦЭ было отобрано 111 мужчин. Модифицированная ЦЭ была запланирована у 76 пациентов. В 2 случаях из-за положительных данных срочного гистологического исследования произведено расширение операции до стандартного объема. Остальным 74 больным (9 из них старше 65 лет) произведены следующие варианты модифицированной ЦЭ: транспростатическая цистезикулэктомия — у 11, транспростатическая ЦЭ — у 53 (инфра- и супраампулярная) и супрапростатическая — у 10. ЦЭ выполнена антеградным путем, цистопластика — по Стюдеру, анастомоз — между капсулой простаты и резервуаром.

Лимфаденэктомия во всех случаях выполнялась идентично: проксимальная граница — место пересечения мочеточников с подвздошными сосудами, дистальная — паховая складка, латеральная — генитофеморальный нерв, нижняя — запирающий нерв и боковая — стенка таза.

Техника операции антеградной ЦЭ — с сохранением околошеечных анатомических структур. Срединным разрезом от пупка к лону обнажается передняя стенка МП. Экстраперитонеально мобилизуется брюшина вдоль наружных подвздошных сосудов от паховой складки и подвздошной ямки в сторону латеральных каналов. Мобилизуется и берется на турникет семенной проток и мочеточник (см. рисунок, а). Производится лимфаденэктомия от паховой складки вдоль подвздошных сосудов до мочеточников. Затем мобилизуется клетчатка по ходу внутренней подвздошной артерии, вокруг запирающего нерва и боковой стенки таза. Мобилизованная клетчатка вместе с боковой стенкой МП смещается медиально, обнажается внутренняя подвздошная артерия и идентифицируются пузырные сосуды. Верхняя пузырная артерия пересекается между двумя зажимами и лигируется (см. рисунок, б). Нижняя пузырная ар-



Техника антеградной ЦЭ с сохранением простаты и семенных пузырьков: а — экстраперитонеальная мобилизация МП, мочеточников и семенных протоков; б — стандартная лимфаденэктомия и мобилизация верхней пузырной артерии; в — мобилизация семенного протока до пузырьков; г — поперечное пересечение простаты и визуализация семенного бугорка; д — сохраненная простата и семенные пузырьки; е — формирование анастомоза между капсулой простаты и резервуаром

терия в случае необходимости сохранения потенции не пересекается. Семенной проток мобилизуется от боковой стенки МП на всем протяжении до семен-

ных пузырьков (см. рисунок, в). Мочеточники пересекаются на уровне подвздошных сосудов. Аналогичная процедура производится с противоположной

стороны. Санториновое сплетение перевязывается или прошивается на уровне лонно-простатической связки. Прошивается и лигируется венозный комплекс по передней поверхности МП на уровне шейки. Посредством тракции баллона катетера Фоли идентифицируется пузырно-простатическое соединение. На 1—1,5 см дистальнее указанного соединения производится пересечение передней полуокружности (фибромускулярная часть) простаты в поперечном направлении до уретрального катетера. При простатосохраняющей методике разрез производят на границе между простатой и МП. Появившийся в ране катетер захватывают зажимом и пересекают. Дистальную часть катетера удаляют, а проксимальную — подтягивают вверх. Идентифицируют семенной бугорок (см. рисунок, г). Подтягивая катетер Фоли вверх и краниально, в зависимости от запланированной модификации производят дальнейшие манипуляции — ЦЭ с или без сохранения семенных пузырьков. Кровотечение останавливают путем коагуляции или дополнительного прошивания сосудов вдоль линии резекции. Заднюю поверхность МП тупфером отслаивают от передней поверхности семенных пузырьков и затем от передней поверхности кишки и удаляют вместе с прилежащим к верхушке участком брюшины. Через уретру устанавливают новый катетер Фоли. Осуществляется гемостаз (см. рисунок, д). Линию пересечения уретры и окружающей ее простатической ткани, а также участок предлежащей к семенным пузырькам наружной стенки МП посылают на срочное гистологическое исследование. Производится цистопластика по Стюдеру. После получения данных гистологического исследования осуществляют формирование широкого анастомоза между резервуаром и капсулой простаты (см. рисунок, е) или расширение операции дистально до здоровых тканей. Мочеточниковые стенты удаляют через 1 нед, а уретральный катетер — через 2 нед.

Контрольное исследование проводили каждые 3 мес в течение 1 года и затем 1 раз в 6 мес. Кроме рутинных методов, осуществляли цитологическое исследование промывных вод из уретры. Уретроскопию выполняли на 9-м месяце наблюдения. В случае подозрения на рецидив в малом тазу после ректального исследования и УЗИ дополнительно выполняли компьютерную томографию. Локальным рецидивом считалось новообразование, выявленное в области ложа МП и произведенной лимфаденэктомии. Отдаленные результаты изучены у больных, переживших 9 мес, так как полагаем, что в случае радикального выполнения операции этого срока достаточно для возникновения первых симптомов местного прогрессирования заболевания. Континенция оценена согласно рекомендациям ICS. Половую функцию оценивали с использованием опросника.

Результаты

Продолжительность операции составила $223 \pm 28,7$ мин (от 140 до 240 мин), общая кровопотеря — $1266,7 \pm 410$ мл (от 500 до 1900 мл). Произведены следующие варианты модифицированной ЦЭ: транспростатическая циствезикулэктомия — у 11 больных, транспростатическая (инфра- и супраампулярная) — у 53 и супрапростатическая ЦЭ — у 23.

В послеоперационном периоде умерло 2 (2,3%) больных. В ближайшем послеоперационном периоде из-за спаечной непроходимости произведено 7 (8,2%) повторных операций с благоприятным исходом. Из-под наблюдения вышло 8 пациентов. Средний срок наблюдения составил 60,8 мес (от 9 до 170 мес). За исследуемый период умерло 15 мужчин: 9 — от прогрессирования болезни и 6 — от интеркуррентных заболеваний. Местный рецидив диагностирован у 1 больного, отдаленные метастазы — у 9 и местный рецидив с отдаленными метастазами — у 1. Частота местного рецидивирования составила 2,5%, отдаленного метастазирования — 12,9%. В ретроспективной группе в послеоперационном периоде умер 1 больной. Средний срок наблюдения 12 больных составил 85,3 мес. От прогрессирования заболевания умер 1 больной и 1 пациент умер от рака легкого через 30 мес после операции. Местный рецидив не выявлен. В проспективной группе 1 из 74 больных умер в послеоперационном периоде. Средний срок наблюдения составил 31,3 мес. Местный рецидив диагностирован у 1 больного, отдаленные метастазы — у 7 и местный рецидив в сочетании с отдаленными метастазами — у 1. От прогрессирования заболевания умерло 7 больных и 2 пациента с метастазами живы.

Дневная континенция достигнута у всех 85 выписавшихся из стационара сразу после удаления уретрального катетера. Показатели ночной континенции составили 96,4% (безупречная — у 31,7%, и 64,7% нуждаются в 1—2-кратном ночном мочеиспускании). 1 больной после транспростатической циствезикулэктомии использует мочеулавливающие прокладки ночью. Потенцию удалось сохранить у 79,6% пациентов. Лишь у 4 имеет место антеградная эякуляция.

Обсуждение

Отсутствие соответствующей материальной и психологической поддержки, невысокий уровень жизни и неблагоприятные бытовые условия не позволяют обеспечить адекватный уход за больными с недержанием мочи или оказать эффективную помощь в коррекции эректильной дисфункции молодым мужчинам. Большинству мужчин, одержимых желанием отцовства, не по карману дорогостоящие процедуры по консервации спермы и экстракорпоральному оплодотворению. Поэтому критерии оценки результатов операции в странах, не достигших европейского уровня медицинского обслуживания населения, не соот-

ветствуют рекомендуемым стандартам, а функциональное выздоровление без преувеличения имеет жизненно важное значение. С тех пор как Walsh и Donker [1] установили причину развития инконтиненции и импотенции, стало очевидным, что улучшение результатов цистпростатэктомии следует увязывать с сохранением ТНС и его ветвей. ТНС формируется из подчревного нерва (ThX11—L2), ветви которого проникают в малый таз через клетчатку по передней поверхности бифуркации общих подвздошных сосудов, а также из нервных волокон крестцового отдела позвоночника SIII—V. Локализуется ТНС в клетчатке между переднебоковой стенкой прямой кишки и задней поверхностью простаты и семенных пузырьков. Невозможность интраоперационной визуализации ТНС и его ветвей — основная причина неудовлетворительных результатов нервосберегающей модификации радикальной ЦЭ. Решением проблемы является сохранение паравезикально расположенных органов и тканей — задней поверхности капсулы простаты и семенных пузырьков, а также ограничение проксимальной границы лимфадиссекции местом пересечения мочеточников с подвздошными сосудами. Описанные к настоящему времени виды модифицированной ЦЭ при РМП нуждаются в систематизации, ибо предложенные варианты различаются не только по объему сохраняемых анатомических структур, но и по методике выполнения операции. Нами предлагается следующая классификация: транспростатическая циствезикулэктомия [2], транспростатическая (инфра- или супраампулярная — относительно семенного бугорка) [3, 5, 6, 7, 8, 9, 10] и супрапростатическая [11] ЦЭ. Модифицированная ЦЭ может выполняться в 1 (со срочным исследованием линии резекции) [2, 6, 9, 10] или в 2 этапа (трансуретральная резекция — ТУР с плановым гистологическим исследованием проксимального отдела уретры, простатической ткани и последующей ЦЭ) [3—5, 8, 10]. Основным аргументом противников уменьшения стандартного объема является угроза компрометации онкологических результатов. Речь идет не только о возможном ухудшении показателей местного рецидивирования или отдаленного метастазирования, но и об увеличении риска опухолевого поражения сохраненной простаты (наличие у 40% мужчин латентного рака или интрадуктальной диссеминации РМП). Малое число случаев и недостаточный срок наблюдения у отдельных авторов не позволяют подтвердить указанные опасения. Мы сочли целесообразным суммировать данные при переходном-клеточном РМП, акцентирующие внимание на онкологических результатах лечения, и сравнить их с аналогичными показателями после стандартной радикальной ЦЭ. Общим для всех анализируемых случаев было отсутствие опухоли по линии отсечения препарата. К настоящему времени опубликованы (включая наши) сведе-

ния более чем о 450 подобных операциях, выполненных в 15 урологических центрах различных стран мира. Анализу подвергнуты 399 наблюдений. Поверхностный рак диагностирован у 170 мужчин и инфильтративный (почти у всех имела место ограниченная стенкой МП первичная опухоль < T3a) — у 229. В 1 этап операция выполнена у 202 пациентов и с использованием ТУР — у 197. Авторами [2, 6, 10, 12] не отмечено увеличение показателей смертности или числа осложнений. Согласно опубликованным данным, местный рецидив выявлен у 19 (4,8%) пациентов, отдаленные метастазы — у 78 (19,5%). При сравнении этих показателей с результатами стандартной [12] ЦЭ (локальный рецидив — у 10% и отдаленное метастазирование — у 25%) следует заключить, что на сегодняшний день нет убедительных данных, подтверждающих мнение скептиков об онкологической неоправданности уменьшения радикальной ЦЭ у специально отобранных больных. Доказательством следует считать и отдаленные результаты лечения: 10-летняя общая и скорректированная выживаемость составляют 63,9 и 76,4% соответственно [9]. При поверхностных формах 5-летняя выживаемость достигнута в 96% случаев, при инфильтративных (N0) — в 86% и у пациентов с N+ — в 39% [10]. Группа авторов [3, 4] отмечают необычно частое метастазирование после модифицированной ЦЭ, преимущественно во внутренние органы. По их мнению, предрасполагающей причиной подобного распространения опухолевого процесса может быть ТУР. Оголенная поверхность шейки и простаты способствует имплантации опухолевых клеток в венозные сосуды и лимфатические протоки до ЦЭ. Для подтверждения этого мнения нами проанализированы результаты 1- и 2-моментных вмешательств. Частота местного рецидивирования составила 3,4 и 6,1% ($p > 0,5$), а отдаленного метастазирования — 16,8 и 22,3% ($p > 0,5$) соответственно. Таким образом, на основании проведенного анализа статистически достоверная разница в частоте местного рецидивирования и отдаленного метастазирования в исследуемых группах не установлена.

Из общего числа больных рак простаты диагностирован лишь у 9 (2,3%). Опасения оппонентов модифицированной ЦЭ по поводу возможного увеличения частоты рака у больных с сохраненной простатой или ее частью не получили подтверждения. Прогрессирование опухоли по уретре диагностировано у 3 (0,8%) больных, что ниже аналогичных показателей после стандартной ЦЭ.

Функциональные результаты [2, 3, 6, 9, 10, 13] свидетельствуют об оптимально возможных показателях континенции (до 100%) и сохранения потенции (80—100%). У пожилых пациентов отмечается хорошая дневная и ночная континенция. Несмотря на то что у подавляющего числа больных не была достигнута антеградная эякуляция, экстракция жизнеспособ-

ной спермы из мочи может позволить осуществить экстракорпоральное оплодотворение [5]. Континенция достигается сразу после удаления уретрального катетера, и не требуется времени для реабилитации, как это необходимо после стандартной ЦЭ.

Модифицированная ЦЭ должна входить в арсенал хирургического лечения РМП. Любое умень-

шение стандартного объема вмешательства посредством сохранения окружающих шейку МП анатомических структур приводит к существенному улучшению функциональных результатов операции. Удаление МП в пределах здоровых тканей с сохранением простаты и семенных пузырьков не влечет за собой ухудшения онкологических результатов операции.

Литература

1. Walsh P.C., Donker P.J. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention // J. Urol. — 1982; 128:492.
2. Schilling A., Friesen A. Transprostatic selective cystectomy with an ileal bladder // Eur. Urol. — 1990; 18(4):253—257.
3. Botto H., Sebe P., Molinie V., Herve J.M. et al. Prostatic capsule- and seminal-sparing cystectomy for bladder carcinoma: initial results for selected patients // BJU Int. — 2004; Nov; 94(7):1021—1025.
4. Brausi M., Gavioli M., Viola M. et al. Radical cystectomy and orthotopic neobladder with prostate and seminal sparing in young patients with transitional cell carcinoma (TCC) of the bladder // Eur. Urol. — 2005; suppl. 4, 4—64.
5. Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. Overall clinical outcomes after nerve and seminal sparing radical cystectomy for the treatment of organ confined bladder cancer // J. Urol. — 2004; May; 171(5):1819—1822.
6. Muto G., Moroni M. Seminal-sparing cystectomy and ileocapsuloplasty // Acta. Urol. Ital. — 1998; 12: 47.
7. Muto G., Bardari F., D'Urso L., Giona C. Seminal sparing cystectomy and ileo-capsuloplasty: long-term followup results // J. Urol. — 2004; Jul; 172 (1):76—80.
8. Saidi A., Nahon O., Daniel L. et al. Prostate-sparing cystectomy: long-term functional and oncological results in a series of 25 cases // Prog. Urol. — 2004; Apr; 14(2):172—177.
9. Terrone C., Cracco C., Scarpa R.M., Rossetti S.R. Supra-ampullar cystectomy with preservation of sexual function and ileal orthotopic reservoir for bladder tumor: twenty years of experience // Eur. Urol. — 2004; Aug; 46(2):264—269; discussion 264—269.
10. Vallancien G., Abou El., Fettouh H. et al. Cystectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience // J. Urol. — 2002; Dec; 168(6):2413—2417.
11. Horenblas S., Meinhardt W., Ijzerman W., Moonen L.F. Sexuality preserving cystectomy and neobladder: initial results // J. Urol. — 2001; Sep; 166(3):837—840.
12. Stein J.P., Lieskovsky G., Cote R. et al. Radical Cystectomy in the Treatment of Invasive Bladder Cancer: Long-Term Results in 1,054 Patients // J. Clin. Oncol. — 2001; 19, 3, 666—675.
13. Nieuwenhuijzen J.A., Meinhart W., Horenblas S. Clinical outcomes after sexuality preserving cystectomy and neobladder (prostate sparing cystectomy) in 44 patients // J. Urol. — 2005; Apr; 173(4):1314—1317.

Рецензия на статью Д.Т. Гоцадзе, В.Т. Чакветадзе, Э.В. Данелия «Цистэктомия с сохранением предстательной железы и семенных пузырьков»

Б. Я. Алексеев

МНИОИ им. П.А. Герцена

Улучшение функциональных результатов радикального хирургического лечения инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) является актуальной проблемой онкоурологии. Если задача сохранения удовлетворительной континенции достигается путем тщательного анатомически щадящего выделения рабдосфинктера уретры и применения современных вариантов ортотопической цистопластики, то развитие эректильной дисфункции и инфертильности в послеоперационном периоде неизбежно при выполнении стандартной радикальной цистэктомии (ЦЭ). В связи с этим предложено несколько способов модификации техники выполнения оперативного вмешательства, направ-

ленных на сохранение потенции и репродуктивной функции у больных РМП. К ним относятся нервосберегающие операции, ЦЭ с сохранением предстательной железы — ПЖ (или ее части) и/или семенных пузырьков, а также ЦЭ, выполняемые после предварительной трансуретральной резекции (ТУР) ПЖ. Однако стремление к достижению хороших функциональных результатов не должно приводить к снижению онкологического радикализма оперативного вмешательства, что является основной проблемой функционально-щадящих ЦЭ.

В статье Д.Т. Гоцадзе и соавт. представлены собственные результаты выполнения радикальных ЦЭ с сохранением ПЖ и се-

менных пузырьков. Авторами накоплен большой опыт модифицированных операций (87 больных) с различными вариантами сохранения простаты или ее части, на основании чего предложена оригинальная классификация функционально-щадящих вмешательств. Показанием к выполнению простатосберегающей ЦЭ считается отсутствие экстравезикального распространения опухоли, а также опухоли по линии резекции при срочном гистологическом исследовании. В статье не указано, влияют ли на возможность и целесообразность сохранения ПЖ и семенных пузырьков такие факторы, как локализация опухоли в шейке мочевого пузыря (МП), степень дифференцировки, мультицент-