

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

- Walsh P.C., Donker P.J. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention // J. Urol. — 1982; 128:492.
- Schilling A., Friesen A. Transprostatic selective cystectomy with an ileal bladder // Eur. Urol. — 1990; 18(4):253—257.
- 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.
- 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.
- 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.
- Muto G., Moroni M. Seminal-sparing cystectomy and ileocapsuloplasty // Acta. Urol. Ital. — 1998; 12: 47.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Horenblas S., Meinhardt W., Ijzerman W., Moonen L.F. Sexuality preserving cystectomy and neobladder: initial results // J. Urol. — 2001; Sep; 166(3):837—840.
- 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.
- 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-

ричность опухолевого роста, данные предоперационной биопсии простатической уретры, возраст больного и оценка эректильной функции до операции. В то же время известно, что в слизистой простатического отдела уретры нередко развиваются опухолевые изменения, особенно часто при шеечной локализации опухоли МП. В работе Revelo M.P. и соавт. [1] показано, что у 48% больных после цистпростатэктомии по поводу РМП выявлен инвазивный уротелиальный рак или рак *in situ* в простатическом отделе уретры с локализацией опухолевых изменений в основном в проксимальном ее участке. В другой работе при тотальном пошаговом морфологическом исследовании ПЖ после оперативных вмешательств, выполненных по поводу РМП, у 29% больных выявлен инвазивный рост переходно-клеточного рака в ПЖ [2]. При исследовании 260 препаратов, полученных при радикальной ЦЭ, группа французских хирургов выявила опухолевое поражение простатического отдела уретры в 30,6% случаев [3]. Столь высокая частота опухолевых изменений простатического отдела мочеиспускательного канала требует проведения тщательного предоперационного обследования, направленного на оценку возможности сохранения не только ПЖ, но и уретры, что в свою очередь влияет на выбор способа пластического замещения МП. Наиболее надежным способом диагностики является предоперационная биопсия простатической уретры, так как срочное гистологическое исследование по линии резекции при сохранении ПЖ или ее части во время операции ведет к большому числу ложноотрицательных результатов. Кроме того, следует учитывать прогностические факторы, наиболее значимыми из которых являются локализация опухоли в шейке МП, мультифокальный рост и наличие очагов рака *in*

situ. Nixon R.G. и соавт. [4] изучали частоту опухолевых изменений простатического отдела уретры у 192 больных, которым выполняли цистпростатэктомию по поводу РМП, а также проводили регрессионный анализ влияния различных факторов прогноза на вероятность выявления поражения уретры. Вовлечение простатической уретры в опухолевый процесс выявлено в 15,6% случаев, при этом наиболее часто поражение уретры ассоциировалось с наличием *sarçipota in situ* в МП (в 12 раз чаще, чем при ее отсутствии) и мультифокальным ростом опухолей (в 15 раз чаще).

Серьезным аргументом против применения модифицированной техники ЦЭ является достаточно высокая вероятность наличия рака ПЖ (РПЖ). Авторы статьи приводят данные обзора опубликованных статей, в которых анализируются результаты 399 простатосберегающих операций, при этом частота развития РПЖ в послеоперационном периоде составила 2,3%. Однако недостаточно длительные сроки наблюдения и относительно молодой возраст больных, включенных в данный обзор, не позволяют согласиться с мнением авторов о том, что модифицированная техника не будет приводить к увеличению частоты развития РПЖ. По данным литературы, частота синхронного первично-множественного РПЖ и РМП составляет 27—45%, при этом у 30% больных РПЖ представлен клинически значимыми опухолями, а у 11—18% выявляется местнораспространенный процесс [1, 5—12]. По данным проведенного нами исследования, частота опухолевых и предраковых изменений в ПЖ у больных РМП, которым выполнена цистпростатэктомия, составила 16,8%, клинически значимый РПЖ выявлен в 8,8% случаях [13].

Авторы статьи приводят анализ непосредственных и отда-

ленных исходов простатосберегающих ЦЭ, выполненных в различных клиниках, на основании которого делают вывод об одинаковых онкологических результатах модифицированных и стандартных оперативных вмешательств. Следует отметить, что в анализируемой группе почти половину (170 из 399) составляют пациенты с поверхностным РМП, вероятность развития рецидива у которых после ЦЭ даже при сохранении ПЖ крайне низкая. На необходимость тщательного отбора больных для выполнения модифицированной операции указывают большинство авторов, выполняющих данные вмешательства. Как правило, показаниями к сохранению ПЖ и семенных пузырьков считают неинвазивный РМП, рефрактерный к БЦЖ-терапии, и неуротелиальные опухоли МП [14—16]. В то же время при выполнении функционально-щадящей ЦЭ по поводу мышечно-инвазивного РМП частота прогрессирования опухолевого процесса, по данным большинства публикаций, более высокая, чем при стандартной цистпростатэктомии. В исследовании Botto H. и соавт. [17], частота местных рецидивов и отдаленных метастазов в течение 26 мес после простатосберегающей ЦЭ составила 21%. В работе Muto G. и соавт. [15] 5 из 63 больных умерли в течение 68 мес от прогрессирования РМП после модифицированных операций, несмотря на то, что у 56 больных определялся поверхностный РМП. Saidi A. и соавт. [18] опубликовали отдаленные результаты простатосберегающих ЦЭ с первоначальной ТУР ПЖ, выполненных 141 больному РМП. При среднем периоде наблюдения 53,4 мес у 24% больных развился рецидив РМП в полости таза, у 8% — рецидив в уретре, у 24% — отдаленные метастазы. У 1 пациента через 36 мес после операции развился РПЖ. 28% больных умерли от прогрессирования РМП.

Функциональные и онкологические результаты ЦЭ с сохранением ПЖ и семенных пузырьков и нервосберегающих ЦЭ

Автор	Число больных	Период наблюдения, мес	Количество умерло	Количество рецидивы	больных, % потенция	% континенция (дневная/ночная)
Простатосберегающая ЦЭ						
Vallancien G. и соавт. [22]	100	38	20	36	82	97/10
Botto H. и соавт. [23]	34	26	14	21	89	81
Muto G. и соавт. [15]	63	68	10	—	90	95/31
Nieuwenhuijzen J.A. и соавт. [24]	44	42	30	—	77	95/74
Всего...	241	43	18	—	84	92/38
Нервосберегающая ЦЭ						
Kessler T.M. и соавт. [21]	331	30	2	5	45	95/87

Hautmann R.E. и Stein L.P. [19] представили обзор результатов ЦЭ с сохранением ПЖ и семенных пузырьков, выполненных у 252 больных РМП в 13 крупных урологических клиниках за последние 15 лет. При этом отмечена необычно высокая для поверхностного и локализованного мышечно-инвазивного РМП частота отдаленного метастазирования (13,5%), на 5% превышающая таковую при стандартной радикальной ЦЭ. При сравнении уровня дневной континенции не выявлены различия между результатами двух методик оперативного вмешательства. Отмечена более частая необходимость в периодической катетеризации у больных с сохраненной ПЖ. На основании проведенного анализа авторы делают вывод о том, что более высокий уровень сохранения сексуальной функции после модифицированной ЦЭ, чем после стандартной, достигается путем увеличения частоты прогрессирования РМП на 10–15%. В связи с этим выполнение простатосберегающих операций при РМП расценивается авторами как «шаг в неверном направлении» [19].

Еще одним аргументом в пользу сохранения ПЖ и семенных пузырьков, приведенным в статье Д.Т. Гоцадзе и соавт., является недостаточная, по мне-

нию авторов, эффективность нервосберегающей радикальной ЦЭ в отношении сохранения эректильной функции. В то же время техника сохранения кавернозных нервно-сосудистых пучков, описанная Walsh и аналогичная нервосберегающей простатэктомии, вполне воспроизводима при хирургическом лечении РМП. Выполнение тазовой и парааортальной лимфаденэктомии не компрометирует результаты нервосберегающей техники, если диссекция не выполняется медиальнее мочеточников [20]. В исследовании Kessler T.M. и соавт. [21] изучены результаты применения нервосберегающей техники в сравнении с результатами стандартной ЦЭ у мужчин разного возраста, при этом выявлено статистически значимое улучшение дневной и ночной континенции и эректильной функции у пациентов, у которых были сохранены кавернозные нервно-сосудистые пучки. Кроме того, отмечена значимая корреляция функциональных результатов операции и возраста больных (моложе или старше 65 лет). Функциональные и онкологические результаты нерво- и простатосберегающих ЦЭ представлены в таблице.

Из представленных данных видно, что результаты дневной и ночной континенции после

нервосберегающей ЦЭ не уступают таковым после простатосберегающей ЦЭ, а частота прогрессирования опухолевого процесса значительно меньшая. В связи с этим трудно согласиться с мнением авторов статьи о неэффективности нервосберегающей ЦЭ.

В заключение следует отметить, что в настоящее время ЦЭ с сохранением ПЖ и семенных пузырьков не может быть признана стандартным методом лечения больных инвазивным РМП в связи с более высокой частотой прогрессирования опухолевого процесса после модифицированных операций и снижением показателей опухолеспецифической выживаемости. Выполнение простатосберегающей ЦЭ возможно только в качестве научного поиска в исследовательских центрах у тщательно отобранных больных (поверхностный рецидивный РМП, рефрактерный к БЦЖ-терапии). Для улучшения функциональных результатов радикальной ЦЭ более целесообразным является применение техники сохранения кавернозных нервно-сосудистых пучков, что позволяет достигать хороших результатов континенции, а у ряда больных молодого возраста — сохранения эректильной функции.

Литература

1. Revelo M.P., Cookson M.S., Chang S.S. et al. Incidence and location of prostate and urothelial carcinoma in prostates from cystoprostatectomies: implications for possible apical sparing surgery // J. Urol. — 2004; Feb; 171(2 Pt 1):646—651.
2. Reese J.H., Freiha F.S., Gelb A.B. et al. Incidence and location of prostate and urothelial carcinoma in prostates from cystoprostatectomies: implications for possible apical sparing surgery // J. Urol. — 1992; Jan; 147(1):92—95.
3. Plante P., Lesourd A., Blanchet P. et al. Can the prostatic capsule be preserved during cystectomy for bladder tumors: a study of urethral and prostatic involvement in the cystectomy specimens // Prog. Urol. — 1998; Feb; 8(1):47—50.
4. Nixon R.G., Chang S.S., Lafleur B.J. et al. Carcinoma in situ and tumor multifocality predict the risk of prostatic urethral involvement at radical cystectomy in men with transitional cell carcinoma of the bladder // J. Urol. — 2002; Feb; 167(2 Pt 1):502—505.
5. Abbas F., Biyabani S.R., Pervez S. Incidental prostate cancer: the importance of complete prostatic removal at cystoprostatectomy for bladder cancer // Urol. Int. — 2000; 64(1):52—54.
6. Angulo J.C., Hontoria J., Dehaini A. et al. Secondary neoplasm in patients with bladder carcinoma. A case-control study // Actas. Urol. Esp. — 1996; Sep; 20(8):720—724.
7. Moutzouris G., Barbatis C., Plastiras D. et al. Incidence and histological findings of unsuspected prostatic adenocarcinoma in radical cystoprostatectomy for transitional cell carcinoma of the bladder // Scand. J. Urol. Nephrol. — 1999; Feb; 33(1):27—30.
8. Pritchett T.R., Moreno J., Warner N.E. et al. Unsuspected prostatic adenocarcinoma in patients who have undergone radical cystoprostatectomy for transitional cell carcinoma of the bladder // J. Urol. — 1988; Jun; 139(6):1214—1216.
9. Chun T.Y. Coincidence of bladder and prostate cancer // J. Urol. — 1997; Jan; 157(1):65—67.
10. Kinoshita Y., Singh A., Rovito P.M. Jr. et al. Double primary cancers of the prostate and bladder: a literature review // Clin. Prostate Cancer. — 2004; Sep; 3(2):83—86.
11. Montironi R., Mazzucchelli R., Santinelli A. et al. Incidentally detected prostate cancer in cystoprostatectomies: pathological and morphometric comparison with clinically detected cancer in totally embedded specimens // Hum. Pathol. — 2005; Jun; 36(6): 646—654.
12. Ward J.F., Bartsch G., Sebo T.J. et al. Pathologic characterization of prostate cancers with a very low serum prostate specific antigen (0–2 ng/mL) incidental to cystoprostatectomy: is PSA a useful indicator of clinical significance? // Urol. Oncol. — 2004; Jan–Feb; 22(1):40—47.
13. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Франк Г.А. Первично-множественный рак мочевого пузыря и предстательной железы у больных, перенесших радикальную цистэктомию // Онкоурология. — 2005. — №2. — С. 40—45.
14. Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. Nerve and seminal sparing radical cystectomy with orthotopic urinary diversion for select patients with superficial bladder cancer: an innovative surgical approach // J. Urol. — 2001; Jan; 165(1):51—55; discussion 55.
15. 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.
16. Spitz A., Stein J.P., Lieskovsky G., Skinner D.G. Orthotopic urinary diversion with preservation of erectile and ejaculatory function in men requiring radical cystectomy for nonurothelial malignancy: a new technique // J. Urol. — 1999; Jun; 161(6):1761—1764.
17. Botto H., Sebe P., Molinie V. et al. Prostatic capsule- and seminal-sparing cystectomy for bladder carcinoma: initial results for selected patients // BJU Int. — 2004; Nov; 94(7):1021—1025.
18. 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; discussion 176.
19. Hautmann R.E., Stein J.P. Neobladder with prostatic capsule and seminal-sparing cystectomy for bladder cancer: a step in the wrong direction // Urol. Clin. North. Am. — 2005; May; 32(2):177—185.
20. Kessler T.M., Burkhard F.C., Studer U.E. Clinical indications and outcomes with nerve-sparing cystectomy in patients with bladder cancer // Urol. Clin. North. Am. — 2005; May; 32(2):165—175.
21. Kessler T.M., Burkhard F.C., Perimenis P. Attempted nerve sparing surgery and age have a significant effect on urinary continence and erectile function after radical cystoprostatectomy and ileal orthotopic bladder substitution // J. Urol. — 2004; Oct; 172(4 Pt 1):1323—1327.
22. Vallancien G., Abou E.I., Fettouh H. Cystectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience // J. Urol. — 2002; Dec; 168(6):2413—2417.
23. Botto H., Sebe P., Molinie V. et al. Prostatic capsule- and seminal-sparing cystectomy for bladder carcinoma: initial results for selected patients // BJU Int. — 2004; Nov; 94(7):1021—1025.
24. Nieuwenhuijzen J.A., Meinhardt 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.

И Н Ф О Р М А Ц И Я

С 7 по 9 декабря 2005 г. в Ростове-на-Дону прошла VII Российская школа оперативной урологии, организованная Российским обществом урологов, НИИ урологии Минздравсоцразвития РФ и Ростовским государственным медицинским университетом.

В течение двух дней ведущие специалисты нашей страны выполнили 11 операций у детей и взрослых с демонстрацией эндоскопии, лапароскопии и открытой техники хирургии.

В школе приняли участие 250 урологов из всех регионов России и 30 урологов с Украины, из Белоруссии, Казахстана и Азербайджана.

Впервые — проведено 7 образовательных симпозиумов.

Очередная школа оперативной урологии запланирована на конец сентября 2006 г.