

Радикальная цистэктомиа, ортотопическая кишечная пластика с последующим фаллопротезированием в лечении и реабилитации больного с недифференцированным инвазивным раком мочевого пузыря

С.П. Даренков, Н.В. Зайцев, А.Л. Маслов
ФГУ «Клиническая больница» УД Президента РФ

Рак мочевого пузыря составляет около половины всех злокачественных новообразований мочеполовых органов, при этом заболеваемость у мужчин в 4 раза превышает аналогичный показатель у женщин. Стандартом лечения инвазивного рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомиа, предполагающая удаление простаты, тазовых лимфатических узлов и деривацию мочи. В последние годы появилось значительное число сторонников «щадящих и модифицированных» методик цистэктомии у мужчин, основанных на стремлении сохранить эректильную функцию. Высокая вероятность симультанного рака мочевого пузыря и простаты, убедительная зависимость основных показателей эффективности лечения от объема лимфаденэктомии заставляет с осторожностью относиться к любым методикам, компрометирующим радикальность цистэктомии. Наш опыт лечения инвазивного рака мочевого пузыря у сексуально активных пациентов показывает, что восстановление эрекции и другие задачи, обеспечивающие «качество жизни» без ущерба для главных онкологических принципов, могут быть успешно решены на этапе реабилитации.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, цистэктомиа, реабилитация при эректильной дисфункции.

Urinary bladder cancer is met in about the half of all malignant neoplasms in the urogenital tract. In men this rate is 4 folds more than in women. A standard treatment in invasive cancer of the urinary bladder is radical cystectomy at which the prostatic gland and lymph nodes should be removed, urine should be derivated. Lately, a considerable number of adherents for «sparing and modified» cystectomy techniques in men has appeared. These techniques suggest preservation of the erectile function. A high risk for simultaneous cancer in the urinary bladder and in the prostatic gland as well as proven dependence of basic parameters of effective treatment on lymphadenectomy volume make us to be cautious to any techniques compromising radicality in cystectomy. Our experience of treating invasive urinary bladder cancer in sexually active patients has shown that erection restoration and other tasks providing "quality of life", without any harm to basic oncological principles, can be successfully solved at the rehabilitation stage.

Key word: urinary bladder cancer, cystectomy, rehabilitation of erectile dysfunction.

В общей структуре онкологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 13-е место (2,7%), составляя около половины всех злокачественных новообразований мочеполовых органов. В 2006 г. в России выявлено 12 721 больных раком мочевого пузыря. Показатель заболеваемости РМП вырос с 7,17 до 8,93 на 100 тыс. населения, причем общий прирост заболеваемости за последние 10 лет составил 22,57%, что выводит рак мочевого пузыря по темпам прироста заболеваемости на 2-е место после рака простаты. В общей структуре онкологических заболеваний рак мочевого пузыря занимает 8-е место (4,6%), среди мужского и 18-е место (1,1%) среди женского населения. В России 39,7% больных при первичном обращении имеют поздние стадии заболевания [4].

Цистэктомиа является единственным радикальным методом хирургического лечения инвазивного рака мочевого пузыря. При этом «золотого стандарта» деривации мочи не существует. Выбор метода отведения мочи зависит от множества факторов: распространения опухоли, анатомических особенностей больного, состояния кишечника, уровня квалификации хирурга, течения самой операции. Ошибки при выполнении реконструктивного этапа операции являются основной причиной осложнений и тяжелой социальной дезадаптации больных после цистэктомии. Сегодня качеству жизни онкоурологических пациентов уделяется большое внимание наряду с традиционными клиническими критериями — выживаемостью, опухолевым ответом, безрецидивной выживаемостью [4].

В последние годы стремление уменьшить «инвалидирующие последствия» радикальной цистэктомии оживило интерес к изучению возможностей сохранения половой функции и континенции у больных. Значительное число сторонников имеют операции по формированию «сухой стомы», кишечного континентного резервуара для самокатетеризации, методики Indiana-pouch. На наш взгляд, с точки зрения качества жизни пациента, одним из лучших методов реконструктивной кишечной пластики является создание ортотопического мочевого пузыря по Штудеру. Мы считаем целесообразным выполнение ортотопической пластики у большинства больных, которым показана радикальная цистэктомиа без уретрэктомии. Безусловно, создание ортотопического мочевого пузыря удлиняет время операции, требует известных усилий и квалификации хирурга. Однако создание искусственного мочевого пузыря, который позволяет больному осуществлять мочеиспускание «естественным путем», является целью, вполне оправдывающей средства.

Стандартное выполнение радикальной цистэктомии предполагает удаление мочевого пузыря единым блоком с предстательной железой, семенными пузырьками и регионарными лимфатическими узлами. Между тем, в последнее время растет число приверженцев сохранения предстательной железы или ее части и семенных пузырьков при цистэктомии [8]. Рядом авторов представлены результаты 100%-ного сохранения эректильной функции, континенции и эякуляции у больных при использовании «модифицированной цистэктомии» [2]. На наш взгляд, такой подход нельзя считать оправданным с точ-

ки зрения базисной теории «единства канцерогенеза» в органах мочеполовой системы. Известны работы, показывающие, что риск возникновения первичной опухоли предстательной железы у больных раком мочевого пузыря повышается в 19 раз в сравнении со средним показателем в популяции. Кроме того, результаты многочисленных морфологических исследований демонстрируют наличие первично-множественного рака мочевого пузыря и простаты у 16,8% – 45% больных, подвергнутых цистэктомии [5,7]. Обращает на себя внимание низкая выявляемость симультанного поражения этих органов в предоперационном периоде, несмотря на использование авторами всех современных методов лучевой диагностики и ПСА. По литературным данным, на сегодняшний день частота предоперационного выявления синхронного рака мочевого пузыря и простаты не превышает 12% [1]. Учитывая эти обстоятельства, цистэктомию с сохранением простаты при инвазивном раке мочевого пузыря нельзя считать радикальным хирургическим вмешательством, прежде всего в связи с высоким риском наличия у больных симультанного рака предстательной железы в латентной форме.

Мы считаем недопустимым ограничение объема лимфаденэктомии, предложенное с точки зрения уменьшения травматичности операции и нервосберегающей техники. В настоящее время можно считать доказанным связь увеличения канцерспецифической выживаемости больных с увеличением объема лимфаденэктомии. При выборе варианта лимфаденэктомии определяющими факторами являются степень дифференцировки опухоли и глубина мышечной инвазии [3]. У всех больных с инвазивным раком G3 и недифференцированным раком мочевого пузыря показана расширенная лимфаденэктомия с диссекцией в области аорты и нижней полой вены, в остальных случаях мы считаем необходимым придерживаться стандартной техники тазовой лимфаденэктомии (краниальная граница — бифуркация аорты).

Наш опыт использования нервосберегающей техники при выполнении цистэктомии свидетельствует о ее недостаточной эффективности для сохранения удовлетворительной эректильной функции у больных. Для лечения эректильной дисфункции у больных в первые 6 месяцев после операции мы используем ингибиторы фосфодиэстеразы, интракавернозные инъекции или комбинированную терапию. Такой подход к реабилитации позволяет выделить группу больных, удовлетворенных результатом консервативного лечения, и четко определить кандидатов для фаллопротезирования. Выполнение фаллопротезирования в более ранние сроки после цистэктомии считаем нецелесообразным. Во-первых, в ранние сроки наблюдения, как правило, данные за местный рецидив опухоли отсутствуют. Во-вторых, большая часть пациентов не полностью восстановилась после радикального вмешательства и находятся в промежуточной стадии адаптации к новым условиям жизнедеятельности. В плане подготовки к фаллопротезированию у больных важным обстоятельством является эрадикация мочевой инфекции (в том числе нозокомиальной).

Особое значение мы придаем выбору модели и типа фаллопротеза. На наш взгляд, у больных с гетеротопическими вариантами пластики мочевого пузыря могут быть использованы любые типы фаллопротезов, включая полужесткие и пластические модели. У пациентов с искусственным мочевым пузырем мы считаем целесообразным использование многокомпонентных фаллопротезов. Надувные протезы у таких больных не создают препятствий для трансуретрального доступа в

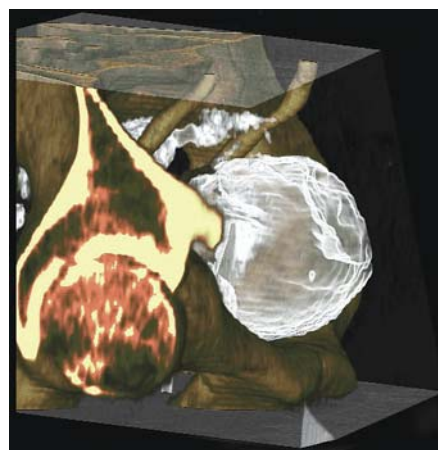


Рис. 1. 3D КТ – пневмоцистограмма. В области дна мочевого пузыря с переходом на переднюю стенку определяется объемное образование крупных размеров на широком основании.

ортотопический кишечный резервуар и позволяют проводить любые эндоскопические вмешательства при необходимости.

В качестве иллюстрации используемых нами подходов к лечению и реабилитации больных инвазивным раком мочевого пузыря приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной Ч. 38 лет и\б 198806, госпитализирован в отделение 20.02.2006 в экстренном порядке с направительным диагнозом – макрогематурия. При поступлении: заболевание проявляется тотальной гематурией с бесформенными сгустками в течение последних 3 дней, у больного имеется анемия Пст (Hb 81г\л). Полученные данные 3D –УЗ-ангиографии и КТ – брюшной полости и малого таза - коррелируют между собой полностью (рис. 1): в области дна мочевого пузыря с переходом на переднюю стенку определяется объемное образование 5,2 x 8,3 см с множественными сосудами, с признаками инвазии в глубокий мышечный слой, увеличенных лимфоузлов не выявлено (рис. 2). В экстренном порядке больному выполнена: уретроцистоскопия, биопсия мочевого пузыря и простатической части уретры, электрокоагуляция кровоточащих сосудов опухоли. В послеоперационном периоде продолжена гемостатическая терапия, проведена гемотрансфузия в объеме 500 мл эритроцитарной массы, 500 мл свежес замороженной плазмы, гематурия купирована. По результатам первичной биопсии (H 76376–78): картина недифференцированного слизеобразующего рака, данных за CIS в дополнительных биоптатах нет.

Инвазивный, недифференцированный рак мочевого пузыря, являющийся источником интенсивного кровотечения, служит показанием к радикальной цистэктомии. Учитывая от-



Рис. 2. 3D КТ – пневмоцистограмма, режим виртуальной цистоскопии. Инвазивная опухоль мочевого пузыря с выраженным внутрипузырным компонентом.



Рис. 3. 3D КТ – мочевой системы, экскреторная фаза. Состояние после ортотопической цистопластики. Артифициальный мочевой пузырь правильной формы, уретероилеоанастомоз по Уоллесу, в условиях вынужденного заполнения ортотопического мочевого резервуара отмечается умеренная двусторонняя пиелозктазия.

существование данных за распространение опухоли на треугольник Льео, признаков CIS в биоптатах из неизменной стенки мочевого пузыря и уретры, – методом выбора, с точки зрения обеспечения качества жизни, является ортотопическая кишечная пластика по Штудеру.

01.03.2006 выполнена радикальная цистэктомия с использованием нервосберегающей техники, расширенная лимфаденэктомия, аппендэктомия, операция Штудера с уретероилеоанастомозом по Уоллесу. На 3-и сутки больной переведен из палаты интенсивной терапии в урологическое отделение, гладкий послеоперационный период. На 20 сутки после операции восстановлено самостоятельное мочеиспускание, данных за недержание мочи нет, больной выписан.

Через 1,5 мес после операции с целью сексуальной реабилитации назначены ингибиторы ФДЭ, – терапия без эффекта. Больному рекомендованы интракавернозные инъекции (альпростадил). В ответ на введение 20 мкг получена эрекция, достаточная для проведения полового акта. Спустя 14 мес после операции пациент не удовлетворен качеством эрекции, считает невозможным продолжение лечения интракавернозными инъекциями, от комбинированной терапии отказывается, в том числе по материальным соображениям.

12.11.2008 госпитализирован повторно для планового обследования и решения вопроса о фаллопротезировании. По данным КТ-брюшной полости и малого таза: анатомо-функциональное состояние почек и верхних мочевых путей ближе к удовлетворительному, данных за увеличение лимфоузлов нет, резервуарная и эвакуаторная функции артифициального мочевого пузыря адекватны (рис. 3). При УЗИ остаточной мочи 70 см куб; в бакпосеве мочи – роста нет. По данным УЗ-фармакодуплерографии полового члена отмечается выраженное снижение базовой и стимулированной максимальной систолической скорости (PSV) 10 и 18 см/сек соответственно; эрекция по шкале Голдстейна 2 балла; УЗ-картина сосудистой (артериогенной) эректильной дисфункции.

Эректильная дисфункция органического характера продолжительностью более 6 мес, резистентная к проводимой консервативной терапии является показанием к фаллопротезированию. Учитывая ортотопическую кишечную пластику мочевого пузыря в анамнезе, у больного следует предусмотреть возможность беспрепятственного трансуретрального доступа в



Рис. 4. 3D КТ – брюшной полости и малого таза. Трехкомпонентный протез полового члена (режим искусственной эрекции).

артифициальный резервуар при необходимости. В создавшейся клинической ситуации больному показана имплантация многокомпонентного (надувного) фаллопротеза.

17.11.2006 – больному выполнено фаллопротезирование с использованием 3-компонентного протеза, гладкий послеоперационный период. В настоящее время больной находится под наблюдением с интервалом контрольных обследований 1р в 6 мес (рис. 4). Данных за рецидив опухоли нет. Пациент не имеет социальных ограничений, работает на прежнем месте, в сексуальном плане окончательно реабилитирован, полностью удовлетворен результатами лечения.

По нашему мнению, стремление хирурга к получению «хороших функциональных результатов» при цистэктомии по поводу инвазивного рака мочевого пузыря не должно наносить ущерб главному онкологическому принципу – радикальности вмешательства. Восстановление эрекции и другие задачи, обеспечивающие «качество жизни» пациента, могут быть успешно решены на этапе реабилитации.

Литература

1. Алексеев Б.Я., Русаков И.Г., Франк Г.А. // *Онкоурология*. – 2005. – № 2. – С. 40–44.
2. Гоцадзе Д.Т., Чакветадзе В.Т. // *Материалы III Конгресса Российского общества онкоурологов*. – Москва, 2008. – С. 90.
3. Оганов Т.А., Цатурян А.А. // *Материалы III Конгресса Российского общества онкоурологов*. – Москва, 2008. – С. 104.
4. Чернышев И.В., Самсонов Ю.В., Жернов А.А. // *Материалы III Конгресса Российского общества онкоурологов*. – Москва, 2008. – С. 124.
5. Abbas F., Hochberg D., Civantos F. // *Eur. Urol.* – 1996. – Vol. 30, № 3. – P. 322–326.
6. Colombo R., Bertini R., Salonia A. et al. // *J. Urol.* – 2001. – Vol. 165, № 1. – P. 51–55.
7. Kinoshita Y., Singh A., Rovito P.M. Jr. et al. // *Clin. Prostate Cancer*. – 2004. – Vol. 3, № 2. – P. 83–86.
8. Terrone C., Cracco C., Scarpa R.M. // *Eur. Urol.* – 2004. – Vol. 46, № 2. – P. 264–270.