

ТРАНСУРЕТРАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЗНІХ СТАДІЙ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Р.В. Стецишин, І.М. Антонян, В.В. Мегера, О.М. Геглюк

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Рак передміхурової залози (РПЗ) – найбільш розповсюджене захворювання у чоловіків похилого та старечого віку. В Європі захворюваність на РПЗ складає 214 випадків на 100 000 чоловіків, випереджаючи рак легень та колоректальний рак [1]. В Україні рівень захворюваності на РПЗ у 1989 р. становив 10,1, у 2000 р. – 21,6, а вже у 2012 р. – 35,8, тобто показник за 25 років зріс у 3,5 рази [2]. Завдяки введенню в арсенал клініцистів таких методів дослідження як: трансректальне ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, дослідження концентрації простатспецифічного антигену значно частіше почали виявляти захворювання на ранніх стадіях, проте нерідко виявляються занедбані форми РПЗ [3].

Відновлення самостійного акту сечовипускання – одна із найважливіших проблем у пацієнтів із запущеними формами РПЗ. Останнім часом обговорюються можливості ліквідації інфравезикальної обструкції за допомогою ТУР [4]. Це пов'язано зі швидким відновленням самостійного сечовипускання шляхом видалення обтуруючого фрагмента простати. Однак ще не достатньо висвітлені особливості впливу даного оперативного втручання на локальну та дисеміновану прогресію пухлини, відсутні результати, які узагальнюють найближчу і віддалену виживаність пацієнтів, немає відомостей про залежну від здоров'я якість життя у порівнянні з іншими методами лікування.

Мета дослідження: вивчити ефективність проведення ТУР у пацієнтів з місцевопоширеним та дисемінованим РПЗ, що ускладнилися інфравезикальною обструкцією.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження були 348 хворих з РПЗ у пізніх стадіях. Основну групу склали 261 (75%) пацієнт, якому виконувалась ТУР, як складовий етап комплексного лікування РПЗ. Група порівняння – 87 (25%) пацієнтів, яким проводиться лише моно- чи комбінована гормонотерапія. В обох групах переважали стадії $T_3N_0M_0$ (76% і 78,6%)

і $T_4N_0M_0$ (15% і 15,6%) з середнім та низьким ступенем диференціації.

Результати та їх обговорення. ТУР успішно проведена у 261 пацієнта. У одного хворого оперативне лікування тимчасово відкладено у зв'язку з неможливістю проведення інструмента через міхурово-уретральний сегмент, що виконано через 3 тижні. В інтра- і післяопераційному періоді летальних наслідків не було. Ускладнення спостерігалися у 38 пацієнтів (14,5%).

Інтраопераційні ускладнення спостерігались у 5 пацієнтів (кровотеча, яка купована ендоскопічно; гіпотонія, що швидко розвинулася, неможливість подолання міхурово-уретрального сегмента резектоскопом). Пошкоджень прямої кишки, сечового міхура, ТУР-синдрому не було.

Найчастіше спостерігались у ранньому післяопераційному періоді ускладнення в діяльності кардіоваскулярної системи (9,2%) (перехідна ішемія міокарда та різні види аритмій). У 4 пацієнтів (2,4%) виникло ускладнення зі сторони дихальної системи (гостра пневмонія, загострення бронхіальної астми).

Після видалення уретрального катетера самостійне сечовипускання відновилося у всіх пацієнтів основної групи. У групі порівняння серед 87 пацієнтів (без цистостоми) сечовипускання відновилося у 51 (58%). Повторно ТУР проводилась 6 пацієнтам (2,3%) через 2 і 2,5 роки після первинної операції у зв'язку із великою кількістю залишкової сечі на фоні локальної прогресії пухлини. Середня об'ємна швидкість сечовипускання оцінювалася на наступний день після видалення катетера і складала в середньому $14,2 \pm 3,5$ мл/сек (від 10,8 до 18,2 мл/сек). При цьому кількість залишкової сечі не перевищувала $60 \pm 10,2$ мл (від 5 до 68 мл). Через 6 і 12 місяців ці показники суттєво не змінювалися (6 міс. – $13,8 \pm 2,6$ мл/сек і 64 мл, 12 міс. – $13,0 \pm 2,8$ мл/сек і 70 мл). У групі порівняння уродинамічні параметри були значно гірші: після видалення катетера Qv пор. –

11,2±2,6 мл/сек, V залиш. – 120±35,8 мл, через 6 міс. – Qv сер. – 9,8±2,8 мл/сек, V залиш. – 129±45,6 мл, через 12 міс. – Qv сер. – 9,2±3,1 мл/сек, V залиш. – 135±42,0мл.

Рівень ПСА крові визначали, як для встановлення первинного діагнозу, так і для оцінки проведеного нами лікування. При цьому вихідні показники склали в основній групі 24,6±6,8 нг/мл, у порівняльній групі – 22,8±8,5 нг/мл. У динаміці визначали показники не раніше, ніж через 3 місяці, з наступним інтервалом 3–6 місяців. Достовірним зниженням рівня ПСА через 3 місяці (до 12,1±3,2) серед пацієнтів основної групи відмічалось у 214 (82%), що можливо пов'язано з видаленням пухлинних тканин і гормональної терапії. У порівняльній групі ці показники знизились до 18,3±5,1 у 68 пацієнтів (78%).

У порівняльній групі у зв'язку із наростанням кількості залишкової сечі протягом року спостереження, оперативне лікування було виконано у 8 пацієнтів (цистостомія).

Одним із основних показників ефективності лікування онкологічних хворих вважається оцінка виживаності і ступінь прогресії хвороби. В нашому дослідженні загальна канцерспецифічна виживаність хворих I групи протягом спостереження від 6 до 60 місяців склала 54%, а в порівняльній групі – 59%.

З метою об'єктивізації результатів вивчена 3-річна канцерспецифічна виживаність. Вона склала 65% в основній групі і 63% – в порівняльній групі.

Дані дослідження демонструють, що до 3-го року спостереження помирають практично всі пацієнти з дисемінованими формами РПЗ, незалежно від виду лікування, а виживаність хворих з місцевопоширеним раком суттєво залежить від ступеня локального розповсюдження хвороби (T₃ чи T₄). Так, при пухлинах у стадії

T₃ рівень виживаності знаходиться в межах 80 – 94%, а для стадії T₄ – всього 17–25%.

Результати наших досліджень переконливо показують, що ТУР не призводить до дисемінації та прогресії РПЗ.

Так, протягом 1-го року спостереження віддалені метастази виникли у 9,3% пацієнтів із групи ТУР і у 9,5% пацієнтів із порівняльної групи.

Метастазування в 3-річний період виявлено у 41,6% і 37,5% пацієнтів I і II груп відповідно. Таким чином, не виявлено статистично достовірних відмінностей в рівні дисемінації (ТУР+МАБ чи лише МАБ).

Причини високого рівня метастазування пов'язані з тим, що більшість пухлин мали середній та низький ступінь диференціації. У перший рік спостереження локальне прогресування пухлини виявлено у 4,8% хворих I групи і 5,8% – II групи. Через 3 роки ці показники зросли до 20,1% і 23,6% відповідно, однак їх співвідношення не змінювалося.

Висновки

1. ТУР простати у пацієнтів із занедбаними стадіями РПЗ T₃ і T₄ є безпечним та високо-ефективним методом корекції уродинаміки нижніх сечових шляхів.

2. Комбіноване лікування (ТУР + гормонотерапія) у хворих з пізніми стадіями РПЗ з вираженою інфравезикальною обструкцією більш ефективний, ніж лише гормонотерапія.

3. Рівень ускладнень, пов'язаних безпосередньо із ТУР, мінімальний (14,5%), і переважно залежить від інтеркурентних захворювань та навичок хірурга.

4. ТУР не є причиною локальної прогресії та дисемінації пухлини. При цьому 3-річна виживаність пацієнтів, яким проводилась ТУР, фактично не відрізняється від тих, що проходили гормонотерапію.

Список літератури

1. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe 2004 // *Ann. Oncol.* – 2005. – V. 16, N 3. – P. 481–488.
2. Бюлетень Національного канцер-реєстру України за 2013 рік.
3. Горилловский Л.М., Доброхотов М. А. Рак предстательной железы и трансуретральная резекция простаты // *Материалы Пленума Правления российского общества урологов.* – М., 1999. – С. 219–220.
4. Djavan B., Remzi M. Diagnosis of prostate cancer: The Clinical use of transrectal ultrasound and biopsy // *EAU Update Series.* – N 1. – 2003. – P. 9–15.

Реферат

ТРАНСУРЕТРАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЗНІХ СТАДІЙ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Р.В. Стецишин, И.М. Антонян,
В.В. Мегера, О.Н. Геглюк

В работе изучена эффективность проведения трансуретральной резекции простаты в комплексном лечении пациентов с местнораспространенным и диссеминированным раком предстательной железы. Объектом исследования были 348 больных с раком предстательной железы в поздних стадиях. Основную группу составили 261 пациент, которому выполнялась трансуретральная резекция как составной этап комплексного лечения заболевания. Группу сравнения составили 87 пациентов, которым проводилась только моно- или комбинированная гормонотерапия. При наблюдении в динамике установлено: уровень осложнений, связанных непосредственно с ТУР, приемлемый 14,5%, трансуретральная эндоскопическая хирургия не является причиной локальной прогрессии и диссеминации опухоли, комбинированное лечение (ТУР + гормонотерапия) больных на поздних стадиях с выраженной инфравезикальной обструкцией — более эффективное, чем применение только гормонотерапии, и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: трансуретральная резекция, рак предстательной железы, инфравезикальная обструкция.

Адреса для листування

И.М. Антонян
E-mail: urology.edu.ua@gmail.com

Summary

TURP IN COMPLEX TREATMENT OF LATE STAGES OF PROSTATE CANCER

R.V. Stetzishin, I.M. Antonyan,
V.V. Megera, O.M. Gegliuk

The study analyzed the efficacy of TURP in complex treatment of patients with locally advanced and disseminated forms of the prostate cancer.

The study involved 348 patients with late stages of the prostate cancer. The main group included 261 patients which undergone TURP as an integral part of complex prostate cancer treatment. The comparative group included 87 patients which received hormonal or combined medicamentous therapy only. The dynamic observation results were the following: the level of complications related to TURP reached 14% and considered to be acceptable; the transurethral endoscopic surgery was not proved to be the cause of local progression or dissemination of the tumor; the combined treatment (TURP + hormonal therapy) was proved to be more effective than hormonal therapy alone in patients with prostate cancer of late stages and with signs of bladder outlet obstruction; also, combined treatment greatly improves the quality of life for the patients.

Keywords: TURP, prostate cancer, bladder outlet obstruction.