

Результаты и заключение. Было подвергнуто анализу 550 источников, из которых 80 удовлетворяли установленным критериям. С точки зрения этиопатогенеза сопутствующая патология и возраст четко обуславливают прогрессирование уже имеющейся до операции копулятивной дисфункции. Ясного понимания патофизиологических механизмов развития случаев эректильной дисфункции *de novo* нет.

Вопрос влияния лапароскопических и эндоскопических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы на

состояние копулятивной функции в различные сроки послеоперационного периода практически не исследован в мировой клинической практике, что безусловно требует проведения рандомизированных проспективных исследований в этом направлении.

Отмечено отсутствие работ в мировой литературе, посвященных комплексной оценке влияния различных методов оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (в рамках единого исследования) на состояние копулятивной функции в целом.

ОСЛОЖНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

© С.А. Ракул, Р.А. Елов, М.О. Скиба

СПбГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» (Санкт-Петербург)

Несмотря на внедрение различных методик лечения больных клинически локализованной формой рака предстательной железы основным методом остается робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РобРПЭ). Как и любое оперативное вмешательство, она может приводить к осложнениям, возникающим как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Нами проанализированы результаты 404 РобРПЭ, выполненных в отделении урологии ГБУЗ «Городская больница № 40» по поводу рака предстательной железы в 2013–2018 гг. Средний возраст пациентов на момент оперативного вмешательства составлял $63,68 \pm 6,4$ (39,3–80,7) года. Содержание простатического специфического антигена в сыворотке крови в дооперационном периоде находилось в диапазоне 1,6–200,0 нг/мл. Больным с предполагаемым местнораспространенным раком предстательной железы (48 чел., 11,94 %) в предоперационном периоде проводили неoadъювантную терапию по стандартной схеме антиандрогенами.

Всем пациентам выполнена робот-ассистированная радикальная простатэктомия в 91,58 % случаев лапароскопическим и в 8,42 % случаев — экстраперитонеальным доступом. Тазовая лимфаденэктомия выполнена 215 пациентам (53,22 %). Медиана срока наблюдения после хирургического вмешательства — 28,42 (1,0–65,45) месяца. Интра- и послеоперационные осложнения РобРПЭ приведены в таблице.

Частота интраоперационных осложнений составила 3,95 %, послеоперационных ранних — 5,92 % и поздних — 8,64 %. Имеется прямая корреляционная связь между частотой осложнений и стадией рака предстательной железы. Из приведенных ма-

териалов следует, что наиболее частым интраоперационным осложнением РобРПЭ является повреждение магистральных сосудов малого таза, которое, однако, не приводило к массивным кровопотерям. Источниками интраоперационного кровотечения, которые потребовали гемотрансфузии (4 пациента, 0,99 %), являлись вены санториниевого сплетения.

Причинами кровотечения в послеоперационном периоде, как правило, становятся неадекватный гемостаз во время операции и недостаточность свертывающей системы крови. Повторные вмешательства с целью ревизии брюшной полости и малого таза потребовались 9 (2,22 %) пациентам. Повреждение прямой кишки (0,74 %) — редкое осложнение, происходило при выделении задней поверхности и пересечении ножек предстательной железы. Во всех случаях оно диагностировано и ликвидировано интраоперационно и не потребовало наложения колостомы.

Осложнения, связанные с лимфореей, выявлены у 14 пациентов и преимущественно наблюдались после расширенной лимфаденэктомии. Дополнительные инвазивные вмешательства потребовались только у трех пациентов.

При стриктурах везикоуретерального анастомоза оптическую уретротомию выполнили 8 пациентам (1,98 %), а 5 из них перенесли эту операцию неоднократно. Главными причинами данного осложнения служили гематома в области анастомоза, дефекты наложения везикоуретерального анастомоза и, как следствие, длительная катетеризация мочевого пузыря.

Осложнение, являющееся опасным для жизни — ТЭЛА, выявлено только у одного пациента в позднем послеоперационном периоде.

Таблица

Интра- и послеоперационные осложнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии

Вид осложнений	Абс. (%)	Стадия рака предстательной железы		p
		pT0–2	pT3–4	
	404	266 (65,84 %)	138 (34,16 %)	–
Интраоперационные (n = 14) (3,46 %)				
Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузии	4 (0,99 %)	1 (0,38 %)	3 (2,17 %)	≤0,05
Повреждение прямой кишки	3 (0,74 %)	1 (0,38 %)	2 (1,45 %)	≤0,05
Повреждение магистральных сосудов малого таза	6 (1,48 %)	1 (0,38 %)	5 (3,62 %)	≤0,05
Повреждение запирающего нерва	3 (0,74 %)	1 (0,38 %)	2 (1,45 %)	≤0,05
Послеоперационные				
	Абс. (%)	I–II	III	IV
Ранние (n = 24) (5,93 %)				
Послеоперационное кровотечение	10 (2,47 %)	1 (0,25 %)	9 (2,22 %)	–
Лимфатические осложнения	5 (1,23 %)	4 (0,99 %)	1 (0,25 %)	–
Гидронефроз	3 (0,74 %)	–	3 (0,74 %)	–
Перитонит мочево́й	1 (0,25 %)	–	1 (0,25 %)	–
Другие	5 (1,23 %)	4 (0,99 %)	1 (0,25 %)	–
Поздние (n = 35) (8,64 %)				
Стриктура анастомоза	8 (1,98 %)	–	8 (1,98 %)	–
Лимфатические осложнения	9 (2,22 %)	7 (1,73 %)	2 (0,49 %)	–
Тромбоэмболические осложнения	2 (0,49 %)	1 (0,25 %)	–	1 (0,25 %)
Инфекционные осложнения	5 (1,23 %)	5 (1,23 %)	–	–
Послеоперационная грыжа	3 (0,74 %)	1 (0,25 %)	2 (0,49 %)	–
Другие	8 (1,98 %)	2 (0,49 %)	6 (1,48 %)	–

Таким образом, робот-ассистированная радикальная простатэктомия является инвазивным вмешательством с определенными потенциальными

осложнениями. Их частота зависит от распространенности онкологического процесса и опыта хирурга.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРОСТАТЫ

© С.А. Рева^{1,2}, А.К. Носов², М.В. Беркут², С.Б. Петров^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. В настоящее время появляется все больше данных о пользе радикальной простатэктомии (РПЭ) в лечении пациентов с первичным олигометастатическим раком предстательной железы (омРПЖ) (Stevens D., Sooriakumaran P., 2016). W.S. Jang et al. (2018) продемонстрировали безопасность и эффективность РПЭ: более 90 % пациентов после хирургического лечения с наличием менее 4 метастатических костных очагов (M1b)

не умерли от рака простаты в течение 3 лет. Однако ценность подобных исследований ограничена их ретроспективным дизайном и небольшим количеством пациентов. В настоящее время ожидаются результаты нескольких проспективных исследований, предполагающих получение ответа на вопросы об эффективности локального лечения (TRoMbone, ORIOLE и др.). В связи с этим современные стандарты рассматривают хирургическое