

мужчин, сопоставимых с исследуемыми группами по возрасту, общесоматическому и социальному статусу. В качестве инструмента оценки КЖ использовался опросник SF-36. КЖ пациентов изучали перед операцией, а также через 1, 3, 6 и 12 мес после операции.

Результаты. По результатам оценки КЖ установлено, что физический и психологический компоненты здоровья значимо улучшались по мере увеличения срока п/о периода в группах ОРП и РАРП.

При изучении физического компонента здоровья установлено, что пациенты в группе РАРП через 1 мес после операции демонстрировали достоверно ($p < 0,05$) более высокое КЖ по некоторым шкалам: физическое функционирование, интенсивность боли, общее здоровье. Через 3 мес наблюдения по таким показателям физического компонента здоровья, как физическое функционирование и ролевое физическое функционирование, группа РАРП также демонстрировала достоверно более высокие баллы ($p < 0,05$). В других контрольных точках (6 и 12 мес) значимых различий между группами не наблюдалось. При этом установлено, что средний балл физического компонента здоровья через 1 и 3 мес наблюдения был достоверно выше в группе РАРП по сравнению с группой открытого вмешательства, что может быть объяснено более ранним восстановлением физической активности в группе РАРП в данных контрольных точках. Через 6 и 12 мес значимых различий не было выявлено.

При изучении психологического компонента здоровья установлено, что пациенты группы РАРП через 1 мес наблюдения демонстрировали значимо ($p < 0,05$) более высокое КЖ по таким шкалам, как жизненная активность и социальное функционирование, по сравнению с группой ОРП. Через 3 мес наблюдения группа РАРП демонстрировала также статистически значимо более высокие баллы ($p < 0,05$) по таким показателям, как жизненная активность и ролевое эмоциональное функционирование. При сравнении психологического компонента здоровья через 6 и 12 мес достоверных различий между 1-й и 2-й группой не наблюдалось. Выполнен подсчет средних значений психологического компонента здоровья в различные сроки п/о периода. При этом установлено, что лишь через 3 мес наблюдения средний балл был достоверно выше во 2-й группе, чем в 1-й, что, по нашему мнению, связано с большим числом пациентов в группе РАРП, полностью удерживающих мочу, в данной контрольной точке. Через 1, 6 и 12 мес различий в группах сравнения не наблюдалось. При сравнении КЖ в группах ОРП и РАРП с группой контроля установлено, что независимо от вида выполненного вмешательства уровень КЖ приближался к уровню КЖ здоровых людей приблизительно к 12 мес п/о периода.

Выводы. Качество жизни пациентов, перенесших робот-ассистированную РПЭ, через 1 и 3 мес наблюдения

выше, чем у пациентов, перенесших позадилобную РПЭ. В более поздних сроках наблюдения различия незначимы.

Анализ результатов выполнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии

С.Н. Нестеров, А.А. Страт,
К.П. Тевлин, Б.В. Ханалиев

Клиника урологии и нефрологии ФГБУ «НМХЦ
им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва

Введение. За минувшие 13 лет робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) стала методом выбора в хирургическом лечении пациентов с локализованными формами РПЖ. В нашей стране в настоящее время все еще сохраняется дефицит исследований, посвященных результатам данного типа вмешательства.

Цель исследования — анализ опыта выполнения РАРП в лечении пациентов с локализованным и местно-распространенным неметастатическим РПЖ в клинике урологии и нефрологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова за 4,5 года.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 220 пациентов, которым в период с 2009 по 2013 г. в клинике урологии и нефрологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова была проведена РАРП с использованием роботизированных систем da Vinci S и da Vinci Si. РПЖ был гистологически верифицирован, соответствовал стадии cT1a–3aN0M0. Средний возраст пациентов составил $65,4 \pm 6,0$ года. Медиана уровня ПСА составила 11 [4; 16] нг/мл; медиана объема ПЖ по данным ТРУЗИ — 44 [34; 65] см³. Проведен анализ следующих показателей: продолжительность операции, объем кровопотери, удельный вес гемотрансфузий, уровень осложнений по системе Clavien, длительность катетеризации МП, длительность госпитализации. Изучены онкологические и функциональные результаты в 4 контрольных точках: через 3, 6, 12 и 24 мес после операции.

Результаты. Продолжительность операции составила 180 ± 30 мин, средний объем кровопотери — 140 мл. Удельный вес гемотрансфузий составил 0. Продолжительность катетеризации МП составила в среднем $8 \pm$ сут для исследуемой группы пациентов. Доля герметичных анастомозов при выполнении восходящей цистогграфии на 6–7-е сутки после вмешательства составила 89 %. Средняя продолжительность госпитализации пациента определена как 11 ± 4 сут.

Осложнения по системе Clavien составили 5 % для исследуемой группы пациентов. В структуре осложнений преобладали осложнения легкой степени (I–II) — 74 %. Осложнения средней степени тяжести (III) составили 26 %. Тяжелых осложнений (IV) и летальных

исходов (V) не было отмечено. За время наблюдения выявлено 2 стриктуры зоны везикоуретрального анастомоза.

Доля наблюдений положительного хирургического края (для опухолей стадии pT1–pT3) в исследуемой группе составила 16 %. Уровень выживаемости без биохимического рецидива при сроке наблюдения 24 мес составил 83 %.

Доля пациентов, полностью удерживающих мочу, составила 83 % через 3 мес, 90 % через 6 мес, 98 % через 12 мес и 100 % через 24 мес наблюдения. У пациентов с выполненной нервосохраняющей операцией полное восстановление эректильной функции при сроке наблюдения 12 мес наблюдалось в 76 % случаев, при сроке наблюдения 24 мес — в 84 %.

Выводы. Робот-ассистированная эндовидеохирургия, применяемая в радикальном лечении пациентов с локализованным и местно-распространенным неметастатическим РПЖ, позволяет свести к минимуму операционную травму и достичь высоких показателей качества хирургической помощи. Благодаря удобству использования, относительно короткому периоду обучения работе на комплексах da Vinci S и da Vinci Si, а также удовлетворительным п/о показателям РАРП стала «золотым стандартом» в лечении клинически локализованных форм РПЖ. Применение РАРП значительно облегчает течение раннего п/о периода, ускоряет реабилитацию пациентов. Ряд вышеперечисленных преимуществ обосновывает целесообразность более широкого внедрения робот-ассистированной хирургии и развития этого направления в нашей стране.

Пилотный проект скрининга рака предстательной железы в Восточно-Казахстанской области. Предварительные результаты

Н.С. Нургалиев, А.Ж. Жылкайдарова, Е.И. Ишкинин
Казахский НИИ онкологии и радиологии МЗ Республики Казахстан, Алматы

В последние годы имеется тенденция к увеличению заболеваемости РПЖ в Республике Казахстан. Если в 2001 г. с впервые в жизни установленным диагнозом РПЖ взяты на учет 534 мужчины (3,6 на 100 тыс. населения), то в 2012 г. — 897 (5,3 на 100 тыс. населения); сохраняется высокая смертность среди больных РПЖ: в 2001 г. — 296 человек (2,0 на 100 тыс. населения), в 2012 г. — 394 (2,3 на 100 тыс. населения). Отношение заболеваемости к смертности у больных РПЖ в Казахстане составляет 2,05, усредненный мировой показатель — 3,1, а в Европе — 7,1. Показа-

тель одногодичной летальности у больных РПЖ на сегодняшний день в республике равен 19,5 %.

Выявление РПЖ при профилактических осмотрах в целом по республике остается низким, а показатель запущенности (III–IV стадии), являющийся критерием качества диагностики, — высоким (57,3 % в 2012 г.).

Наиболее высокие показатели заболеваемости и смертности в республике наблюдаются в Восточно-Казахстанской области (ВКО), в связи с чем решено начать пилотное исследование по скринингу РПЖ в данной области.

Цель работы — определение эффективности проведения скрининга путем повышения выявления заболевания на ранних стадиях.

Материалы и методы. Основу программы составляет популяционный скрининг выявления пациентов с повышенным уровнем (> 4 нг/мл) маркера РПЖ — общего ПСА. Целевая группа: мужчины в возрасте 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62 и 64 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу РПЖ. Метод скрининга — иммунохимический анализ (ИХА) крови на ПСА — является обязательным для всей целевой группы. Методы уточняющей диагностики: исследование свободного ПСА и [-2] проПСА с определением индекса здоровья ПЖ, осмотр урологом/онкоурологом, ПРИ, ТРУЗИ плюс многоточечная пункционная биопсия (из 6–8 точек) с гистологическим исследованием. Исследование ПСА и его фракций проводилось на иммунохимическом анализаторе Access компании BeckmanCoulter. Программа стартовала в апреле 2012 г. в качестве пилотной в ВКО.

Результаты. Подлежали осмотру 52 500 мужчин, забор крови в учреждениях ПМСП проведен у 51 265 мужчин. Охват составил 97,6 %. Имеются учтенные данные только о 322 случаях (0,6 %) неинформативного материала по причине гемолиза. Число исследуемых с уровнем общего ПСА ≥ 4 нг/мл составило 3324 (6,5 %). Из них уровень общего ПСА 4–10 нг/мл выявлен у 2711 (5,3 %) мужчин, уровень общего ПСА > 10 нг/мл — у 613 (1,2 %). Всего определение свободного ПСА и [-2] проПСА проведено у 3377 (6,6 %) мужчин. Из них индекс здоровья ПЖ ≥ 25 отмечен в 2394 (70,9 %) случаях. Проведение пункционной биопсии началось 23 ноября 2012 г., по настоящий момент выполнено 306 многоточечных пункционных биопсий с гистологическим исследованием, из которых РПЖ выявлен у 50 (0,1 % всей целевой группы). Продолжается проведение пункционной биопсии у оставшейся группы мужчин с повышенными значениями ПСА, индекса здоровья ПЖ.

В 2006 г. заболеваемость РПЖ в ВКО составляла 6,3 на 100 тыс. населения, в последующие годы в связи с ростом улучшения диагностики РПЖ заболеваемость постепенно росла и до запуска пилотного скрининга в 2011 г. составляла 8,8 на 100 тыс. населения