

**Результаты.** Аденокарцинома предстательной железы диагностирована у 96 пациентов (39,5 %), ГПЖ — у 124 (51 %), ПИН — у 23 (9,5 %). Осложнения: у 10 больных (4,1 %) в первые сутки после пункции отмечалась умеренная уретроррагия, не требовавшая специ-

ального лечения. Воспалительных осложнений не было. Средний койко-день составил 2,4.

**Выводы.** Трансперинеальная мультифокальная биопсия предстательной железы является высокоэффективным и безопасным методом диагностики рака простаты.

## ЭВОЛЮЦИЯ ТЕХНИКИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

© *М.С. Мосоян<sup>1</sup>, С.Х. Аль-Шукри<sup>1</sup>, Д.Ю. Семенов<sup>1</sup>, Д.М. Ильин<sup>1</sup>, М.Э. Мамсуров<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург);

<sup>2</sup> ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Шестьсот тысяч — такое число роботических операций было выполнено по всему миру за 2015 год с помощью хирургического комплекса da Vinci. Своевременное хирургическое лечение рака предстательной железы обеспечивает высокую опухоль-специфическую выживаемость пациентов, что было показано в работах российских и зарубежных ученых. Помимо онкологических результатов лечения значение имеет качество жизни пациента после радикального хирургического вмешательства, которое определяется такими функциональными результатами, как сохранение континенции и эректильной функции.

В период с 2010 до 2016 год на базе СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова в Санкт-Петербурге на роботическом комплексе da Vinci S нами было выполнено 257 радикальных простатэктомий (РАРП). Операции выполнялись в положении Тренделенбурга трансперитонеальным доступом пациентам с клинической стадией рака простаты T1-T3aN0M0 (гистологически аденокарцинома, сумма баллов по шкале Глисона от 4 до 9). Возраст пациентов составил 67 (48–77) лет, объем простаты — от 11,5 до 155 см<sup>3</sup>, ПСА крови общий — от 3,1 до 120 нг/мл. Оценивались основные интра- и послеоперационные параметры больного, онкологические результаты, а также частота и сроки восстановления нормальной функции мочеиспускания и эректильной функции. Также мы смогли проследить изменения результатов

нашего хирургического лечения в зависимости от этапа кривой обучения и от техники хирургического вмешательства. В зависимости от показаний пациентам выполнялась РАРП с сохранением и без сохранения сосудисто-нервного пучка, а также с полным сохранением перипростатических анатомических структур и восстановлением нормальной анатомии тазового дна.

Длительность РАРП составила 170 ± 50 минут, объем кровопотери — 130 ± 35 мл. Интраоперационные осложнения были представлены повреждением правой подвздошной вены, дефект которой был ушит без конверсии при помощи робота, а также двумя случаями повреждения стенки мочевого пузыря. Конверсий не было, частота осложнений по Clavien составила 2,1 % (осложнения Clavien I-II). Переливание компонентов крови потребовалось одному пациенту. Средний койко-день составил 12,0 ± 4,2 дня. Уретральный катетер удаляли на 7–8-е сутки после операции. Сразу после удаления катетера мочу удерживало 91 % пациентов, а спустя 1 год — 96 % пациентов. У 72 % пациентов с сохраненным сосудисто-нервным пучком в течение 1 месяца восстановилась эрекция. К концу года после вмешательства эректильная функция восстанавливалась у 92 % мужчин. Частота положительного хирургического края составила 14 %. Пятилетняя безрецидивная выживаемость составила 94 %, опухоль-специфическая и об-

щая выживаемость — 100 % и 97,5 % соответственно.

Из общего числа выполненных РАРП 29 % вмешательств составили случаи, которые отнесены нами к категории сложных и которые были выполнены пациентам с наличием средней доли предстательной железы, после неoadъювантной гормональной терапии, с деформацией таза, после ТУР простаты, брахитерапии, герниопластики сетчатым протезом, обширных операций на брюшной полости, с большим объемом простаты, а также пациентам с ожирением и отягощенным сердечно-

сосудистым анамнезом (инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий).

В нашем исследовании мы смогли показать, что роботическая хирургия рака простаты позволяет добиться раннего удерживания мочи у абсолютного большинства пациентов уже в течение 1-го месяца после вмешательства без ущерба онкологическим составляющим. Подобные высокие результаты лечения могут быть достигнуты при полном сохранении перипростатических анатомических структур в ходе выполнения РАРП.

## АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЙ ФРАКЦИЙ ПСА У МУЖЧИН С УРОВНЕМ ОБЩЕГО ПСА МЕНЕЕ 4 НГ/МЛ

© *Е.С. Невирович, А.Г. Борискин, В.Д. Яковлев, А.В. Матвеев, О.Л. Хрущева*

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

**Актуальность.** Определение уровня простатспецифического антигена (ПСА) и его фракций позволяет выявлять рак предстательной железы (РПЖ) на ранних стадиях. Для повышения эффективности выявления РПЖ и уточнения показаний к выполнению мультифокальной пункционной биопсии предстательной железы применяется определение уровня одной из фракций свободного ПСА — [-2]proPSA. По данным Европейской ассоциации урологов, риск наличия РПЖ при уровне ПСА менее 4 нг/мл составляет 26,9 %. Перспективным представляется определение [-2]proPSA у мужчин с уровнем ПСА менее 4 нг/мл.

**Цель исследования.** Анализ значений фракций ПСА у мужчин с уровнем общего ПСА менее 4 нг/мл.

**Материалы и методы.** В урологической клинике ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова обследованы 148 мужчин с ПСА менее 4 нг/мл. Ме — 2,98 нг/мл (СІ 95 %: 2,67–3,31). Средний возраст больных составил 63,09 года (СІ 95 %: 61,73–64,46). Критериями включения стали наличие изменений при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ), выявление гипоэхогенных участков по данным ТРУЗИ или

снижение соотношения свободного и общего ПСА (% св. ПСА) менее 15 %. Всем больным был определен уровень [-2]proPSA, рассчитано его процентное соотношение к общему ПСА, вычислен индекс здоровья простаты (ИЗП) как произведение квадратного корня значения общего ПСА и отношения [-2]proPSA к свободному ПСА. После подписания информированного согласия участниками была выполнена 12-точечная пункционная биопсия предстательной железы.

**Результаты.** По данным 12-точечной биопсии предстательной железы диагноз РПЖ был подтвержден у 51 пациента (группа 1) и у 97 пациентов исключен (группа 2). Достоверных различий в возрасте участников не получено (средний возраст участников группы 1 составил 63,6 года (СІ 95 %: 61,97–65,3), группы 2 — 62,1 (СІ 95 %: 59,6–64,5)). В этих же группах не получено статически значимой разницы в уровнях общего PSA медиана = 2,98 (Ме1 = 2,89, Ме2 = 3,03) и уровнях [-2]proPSA Ме = 9,76 (для больных первой группы медиана [-2]proPSA составляет 9,95, для группы 2 — 9,67). При проведении непараметрического однофакторного дисперсионного анализа, используя критерий Уилкоксона,