

Віддалені онкологічні результати радикальної простатектомії у хворих на локалізований рак передміхурової залози

С.О. Возіанов, С.М. Шамраєв, М.Д. Соснін, А.М. Леоненко, А.А. Грицаюк
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Мета дослідження: проведення порівняльного аналізу безпосередніх результатів патоморфологічного дослідження видаленого у результаті радикальної простатектомії органокмплексу та частоти виникнення біохімічного рецидиву (БхР) у хворих на локалізований рак передміхурової залози (РПЗ) при виконанні позадулонної радикальної простатектомії (ПРПЕ) та ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) в умовах однієї клініки.

Матеріали та методи. У клінічному дослідженні взяли участь 360 хворих, які перенесли ПРПЕ або ЕРПЕ в умовах клініки ДУ «Інститут урології НАМН України» протягом 2012–2016 р. Хворі були розподілені на дві групи. Група 1 (n=99) – пацієнти, які були прооперовані у клініці в об'ємі ПРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких виявлено локалізований РПЗ, або статус pT0. Група 2 (n=261) – хворі, які були прооперовані у клініці в об'ємі ЕРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких діагностовано локалізований РПЗ, або статус pT0.

Результати. ПРПЕ та ЕРПЕ, що виконані хворим на локалізований РПЗ в умовах клініки протягом п'ятирічного терміну демонструють співставні онкологічні результати.

Заключення. Виконання мультифокальної біопсії та радикальної простатектомії (РПЕ) в умовах однієї і тієї самої клініки сприяє кращій співставності, відтворюваності та більшій узгодженості отриманих морфологічних даних. Потрібно уведення у подальшу клінічну практику рутинного імуногістохімічного дослідження біопсійного матеріалу для підтвердження діагнозу раку передміхурової залози перед виконанням РПЕ.

Ключові слова: радикальна простатектомія, локалізований рак передміхурової залози, лікування.

Рак передміхурової залози (РПЗ) – це одна із найбільш поширених злоякісних пухлин серед чоловіків.

В Україні поширеність РПЗ з 1994 до 2013 р. зростає у 44 рази, а приріст загальної чисельності хворих становить 125,6% [1]. У США РПЗ посідає друге місце як причина смерті дорослих чоловіків від онкологічних захворювань [2], а сумарно рак ПЗ, легень, бронхів та колоректальний рак становлять близько 50% усіх вперше виявлених неоплазій [3].

Кумулятивний ризик захворювання чоловічого населення на РПЗ в Україні протягом життя (від 0 до 74 років) становить 2,3%, для Італії цей показник становить 2,1%, для Швейцарії – 2,97%, для Франції – 2,6% [4].

На сьогодні на основі скринінгу ПСА локалізований РПЗ все частіше діагностується у молодих, працездатних, соціально та сексуально активних чоловіків. Методом першого вибору у лікуванні таких хворих є радикальна простатектомія (РПЕ). За більш ніж столітню історію розвитку, впровадження та удосконалення РПЕ розроблено цілий арсенал методик та підходів до її виконання. Так, поряд із «традиційними» транссперинеальною (черезпромежною) та позадулонною РПЕ загальносвітовий розвиток ендоскопічної хірургічної техніки приніс нову філософію і в хірургічне лікування РПЗ. Отже, з

90-х років ХХ століття почалося розроблення та активне впровадження ендоскопічних методик виконання РПЕ.

Слід зазначити, що з впровадженням будь-якого нового способу РПЕ неодмінно проходить процес порівняння результатів нової та вже впроваджених методик, або підходів до виконання РПЕ як на рівні досвіду отриманого конкретними колективами дослідників, а згодом – із подальшим надбанням досвіду на рівні лікувальних центрів («centrum effect»).

Мета дослідження: проведення порівняльного аналізу безпосередніх результатів патоморфологічного дослідження видаленого у результаті РПЕ органокмплексу та частоти виникнення біохімічного рецидиву (БхР) у хворих на локалізований РПЗ при виконанні позадулонної радикальної простатектомії (ПРПЕ) та ендоскопічної радикальної простатектомії (ЕРПЕ) в умовах однієї клініки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У клінічному дослідженні взяли участь 360 хворих, які перенесли ПРПЕ або ЕРПЕ в умовах клініки ДУ «Інститут урології НАМН України» (м. Київ) протягом 2012–2016 р. та мали верифікований за даними ПГЗ після виконання РПЕ локалізований РПЗ або статус pT0 [5–7].

Прогностичні групи сформовано згідно з рекомендаціями Р.М. Pierorazio, Р.С. Walsh, А.В. Partin, J.І. Epstein [8].

Збір первинного матеріалу відбувався шляхом оброблення медичної документації клініки, а також інформації після виписки хворих, джерелами якої були результати амбулаторного обстеження, телефонні опитування та електронне листування.

Хворі були розподілені на дві групи:

– група 1 (n=99) – пацієнти, які були прооперовані у клініці в об'ємі ПРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких за даними післяопераційного ПГЗ виявлено локалізований РПЗ, або статус pT0;

– група 2 (n=261) – хворі, які були прооперовані у клініці в об'ємі ЕРПЕ з 2012 до 2016 р. включно, у яких за даними післяопераційного ПГЗ діагностовано локалізований РПЗ, або статус pT0.

Дослідження видаленого у результаті проведеної РПЕ органокмплексу виконували співробітники лабораторії патоморфології ДУ «Інститут урології НАМН України» або патоморфологічної лабораторії «CSD Health Care» (ліцензія Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2010 р. № 526963). Біохімічний рецидив (БхР) констатували згідно рекомендацій Європейської асоціації урологів у випадку виявлення у прооперованого хворого ПСА >0,2 нг/мл [9].

Статистичне оброблення даних проводили, користуючись критерієм χ^2 Пірсона (Pearson Chi-square). Також використовували двосторонній точний критерій Фішера (Fisher's exact test). Статистично значущим для всіх процедур статистичного аналізу вважали рівень значущості (Significance level) $p < 0,05$, нульова гіпотеза приймалась у випадку перевищення цієї величини досягнутим рівнем значущості будь-якого використаного у дослідженні статистичного критерію.