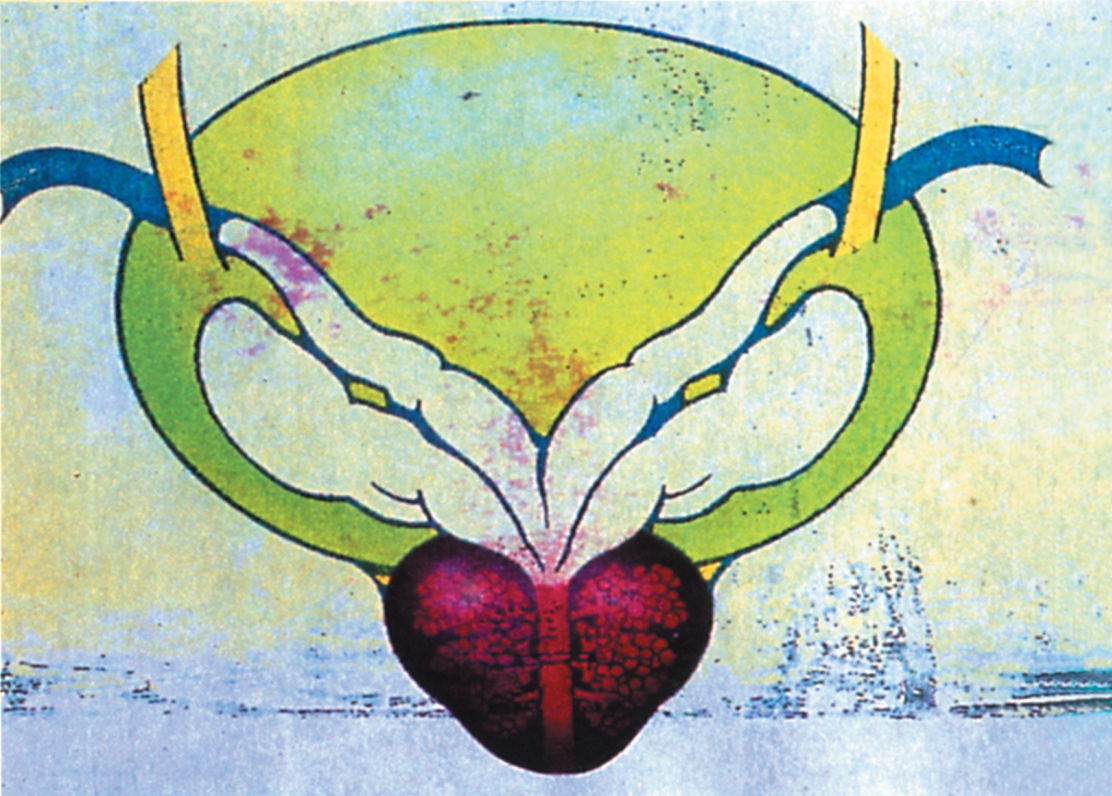




Руководство для пациентов

Радикальная операция простаты при карциноме простаты

Prostatazentrum

am UKM



- Dr. med. Gerald Pühse
 - Prof. Dr.med. Lothar Hertle
Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster
<http://www.klinikum.uni-muenster.de/institute/urologie>
urologie@uni-muenster.de
 - Prof. Dr. med. Stephan Roth
Klinik für Urologie und Kinderurologie,
HELIOS Klinikum Wuppertal
Klinikum der Universität Witten/Herdecke
sroth@wuppertal.Helios-kliniken.de
 - Grafiken
Franz H. Rickmeier
ITZ-FL
am Universitätsklinikum Münster
- Mit freundlicher Unterstützung von
- Takeda Pharma GmbH, Aachen
<http://www.takeda.de>



Уважаемый пациент!

У Вас диагностирована карцинома простаты. При помощи оперативного удаления простаты возможно полное излечение. Это руководство должно дать Вам представление о Вашем заболевании и возможностях его лечения. Кроме этого оно сообщит Вам о подробностях послеоперативного течения и поможет Вам перед операцией подготовиться к изменившейся ситуации. Это руководство служит дополнением, но не замещением разговора с Вашим лечащим врачом.

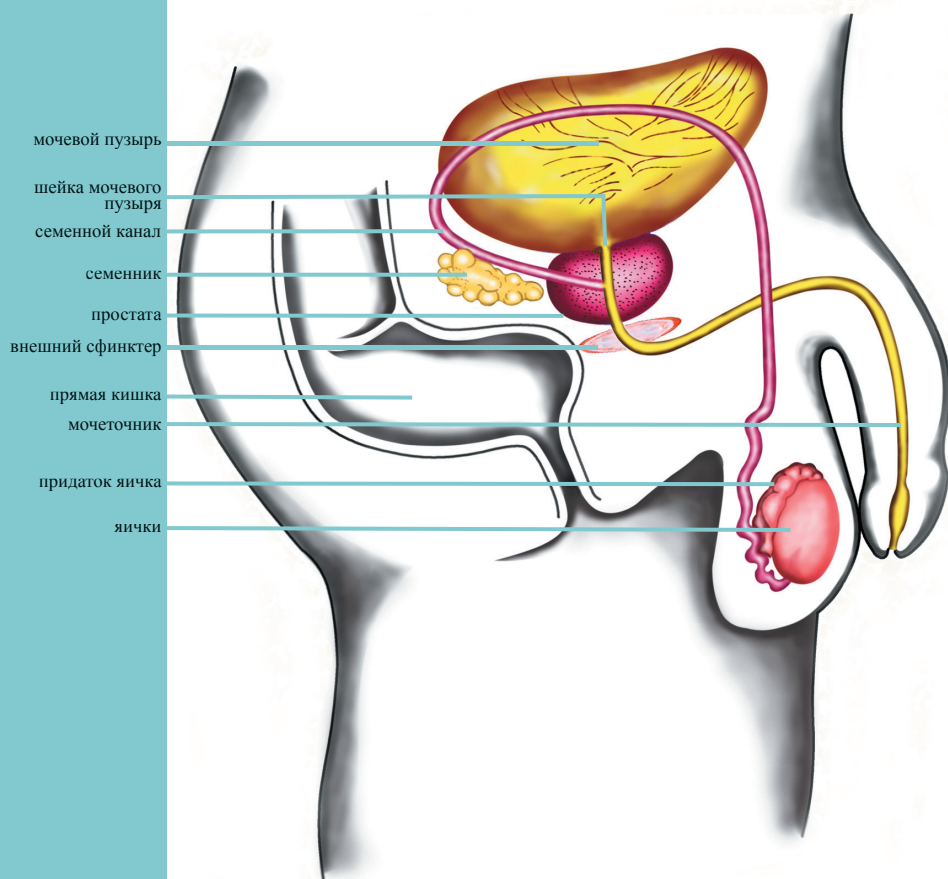


Рис. 1: Вид органов

Введение

Простата (предстательная железа) окружает под мочевым пузырём мочеиспускательный канал (Рисунок 1). У молодого мужчины в предстательной железе, размером приблизительно с каштан, производится семенная жидкость, которая при эякуляции извергается путём сокращения простаты. В течение жизни у многих мужчин происходит увеличение простаты (доброкачественная гиперплазия простаты) с сопутствующими жалобами при мочеиспускании. К таким жалобам относятся слабый ток струи мочи, частое мочеиспускание в ночное время, выделение мочи по каплям, постоянный позыв к мочеиспусканию и проявление задержки мочи. Некоторые из этих симптомов могут быть признаком злокачественной опухоли простаты (карцинома простаты = рак простаты). Карцинома простаты, однако, у многих мужчин может долгое время оставаться незамеченной. Рак простаты, диагностированный в ранней стадии и не выходящий за границы органа, а также не вызвавший появления метастаз в прилегающих лимфатических узлах или других органах, может с помощью радикальной операции быть полностью вылеченным. Поэтому имеет большое значение диагностика и оперативное удаление рака в начальной стадии, когда он не распространился ещё на другие органы.

Диагноз и обследования

При тактильном обследовании прямой кишки, простата обследуется с помощью пальцев. При этом может возникнуть подозрение на наличие злокачественного изменения в простате. Помимо пальпации, пациенту делается анализ крови, при котором особое значение придаётся определению простатаспецифического антигена (PSA). PSA – это белок, производимый доброкачественными и злокачественными клетками предстательной железы и направляемый далее в кровь. Показатель PSA, как опухолевый маркер, может указать на опасность изменения простаты и её стадию. Результат пальпации и анализ крови являются определяющими, но не всегда решающими в диагностировании рака простаты.

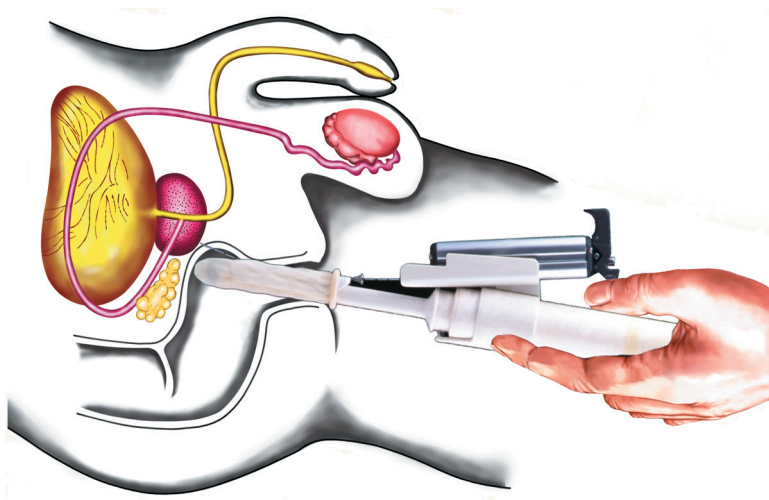


Рис. 2: взятие проб ткани простаты (биопсия) под ультразвуковым контролем

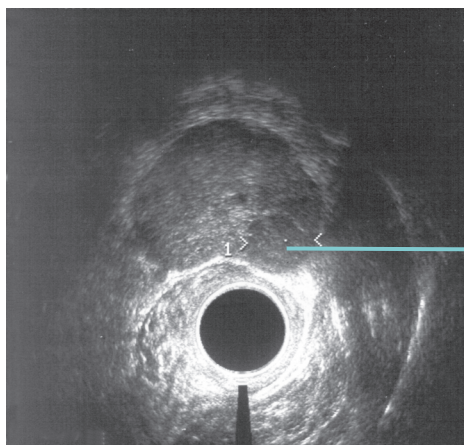


Рис. 3: карцинома простаты при УЗИ со стороны прямой кишки

Окончательный диагноз ставится только после получения результата биопсии. С помощью тонкой иглы для биопсии и целенаправленно под ультразвуковым контролем берутся несколько (от 6-ти до 8-ми) проб ткани из простаты (Рисунок 2). Эта, так называемая, штамповая биопсия простаты служит окончательным подтверждением диагноза, так как во время микроскопического обследования проб ткани можно обнаружить злокачественные изменения (карцинома простаты) в простате.

Перед началом соответствующего лечения необходимо определить размер рака простаты, а также возможное распространение его на лимфатические узлы и другие органы. Помимо вышеуказанных обследований, Ваш уролог проводит ещё и другие обследования. Ультразвуковое обследование простаты через прямую кишку служит определению местного распространения опухоли (Рисунок 3). При урограмме мочевого пузыря возможно представление почек с помощью рентгеновских лучей посредством введения контрастного вещества. Во время этого обследования можно определить затрудняет ли, имеющий место рак простаты, мочеиспускание из почек, мочеоттока или мочевого пузыря.

При эндоскопическом обследовании мочевых каналов и мочевого пузыря (уретроцистоскопия) можно установить не выросла ли карцинома простаты в мочевой канал и не сужает ли его. Это обследование производится, как правило, непосредственно перед операцией при одном и том же наркозе. Скелетная сцинтиграфия даёт представление о распространении метастаз в далеко зашедшей стадии заболевания. Однако окончательного заключения о возможном метастазировании лимфатических узлов, находящихся рядом с простатой, ещё не могут дать имеющиеся в нашем распоряжении ни компьютерная томография, ни магнитно-резонансная томография, ни какие либо другие виды обследований. Эти вышеперечисленные обследования имеют разную степень оценки, так что в каждом отдельном случае требуется принятие индивидуального решения, какие обследования необходимы для пациента. Если вышеперечисленные обследования указали на наличие рака только на простате, то излечение пациента с помощью радикального удаления простаты (радикальная простатэктомия) возможно.

Руководство для пациен тов

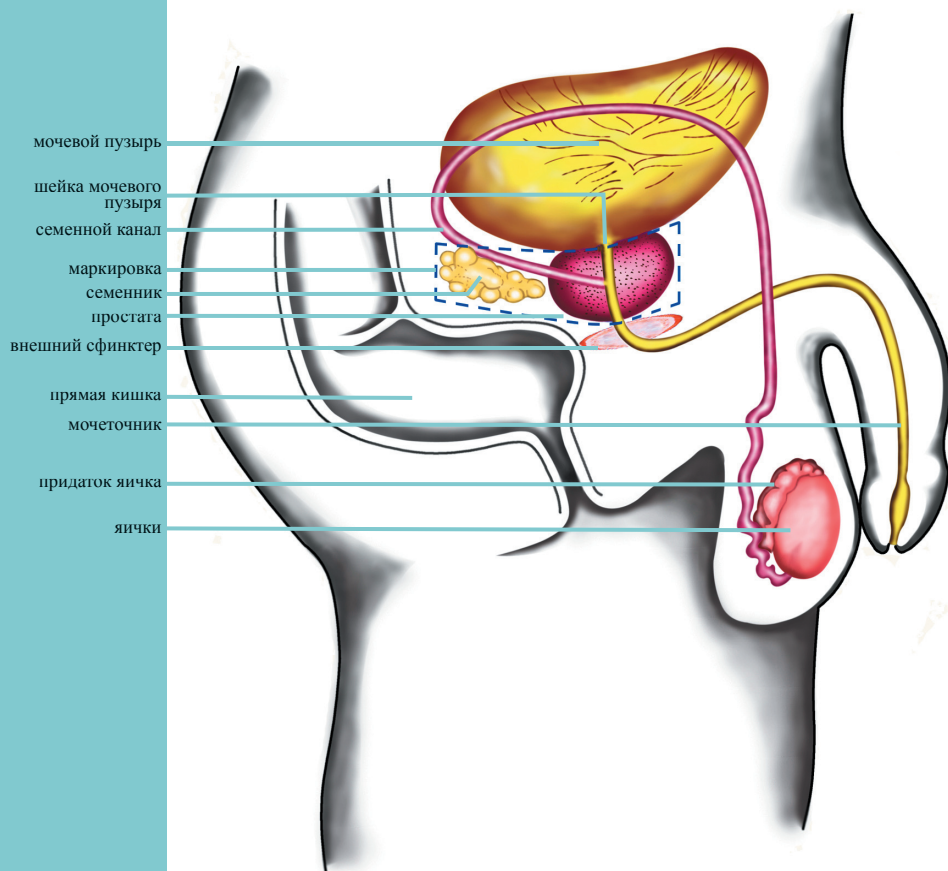


Рис. 4: Маркировка оперативной области при радикальной операции простаты

При указании на рост опухоли, перешедшей на другие органы или образование метастаз в костях, путём этой сложной операции невозможно удалить все раковые клетки. В этом случае есть другие возможности замедлить рост рака и метастаз или остановить его на долгое время.

Радикальное удаление простаты (радикальная простатэктомия)

Цель радикальной простатэктомии – удаление простаты полностью, вместе с капсулой, прилегающими семенными пузырьками и лимфатическими узлами (Рисунок 4). Существуют две возможности радикального удаления простаты – с помощью разреза промежности (перинеальная радикальная простатэктомия) или через разрез подчревной области между лобковой костью и пупком (позадилобковая радикальная простатэктомия). Преимущество разреза нижней подчревной области заключается в том, что во время операции одновременно могут быть удалены и обследованы лимфатические узлы. С другой стороны, вероятность поражения лимфатических узлов на ранней стадии маловероятна, что является аргументом за проведение операции путём разреза промежности (см. ниже). В подробном разговоре перед операцией Ваш хирург объяснит Вам какой метод оперативного вмешательства, в зависимости от стадии заболевания, будет проведён в Вашем случае.

С некоторого времени стало возможным удаление простаты минимальноинвазивно (лапароскопически). Этот метод, называемый лапароскопической радикальной простатэктомией, отличается от открытых оперативных вмешательств более быстрым заживлением раны и более коротким нахождением в больнице. Однако, проведение такой операции занимает больше времени, требует других операционных инструментов и специально подготовленных урологов.

При перинеальном методе радикальной простатэктомии с помощью разреза промежности, происходит удаление простаты и создание нового соединения между мочевым пузырём и мочевым каналом. Через этот разрез, находящиеся рядом лимфатические узлы, однако, не могут быть обследованы.

Обследование находящихся рядом с простатой лимфатических узлов, при перинеальном методе радикальной простатэктомии возможно, например, лапароскопически в рамках эндоскопического обследования. Ваш врач сообщит Вам, имеет ли смысл проводить это обследование перед операцией при Вашей стадии заболевания.

Руководство для пациентов

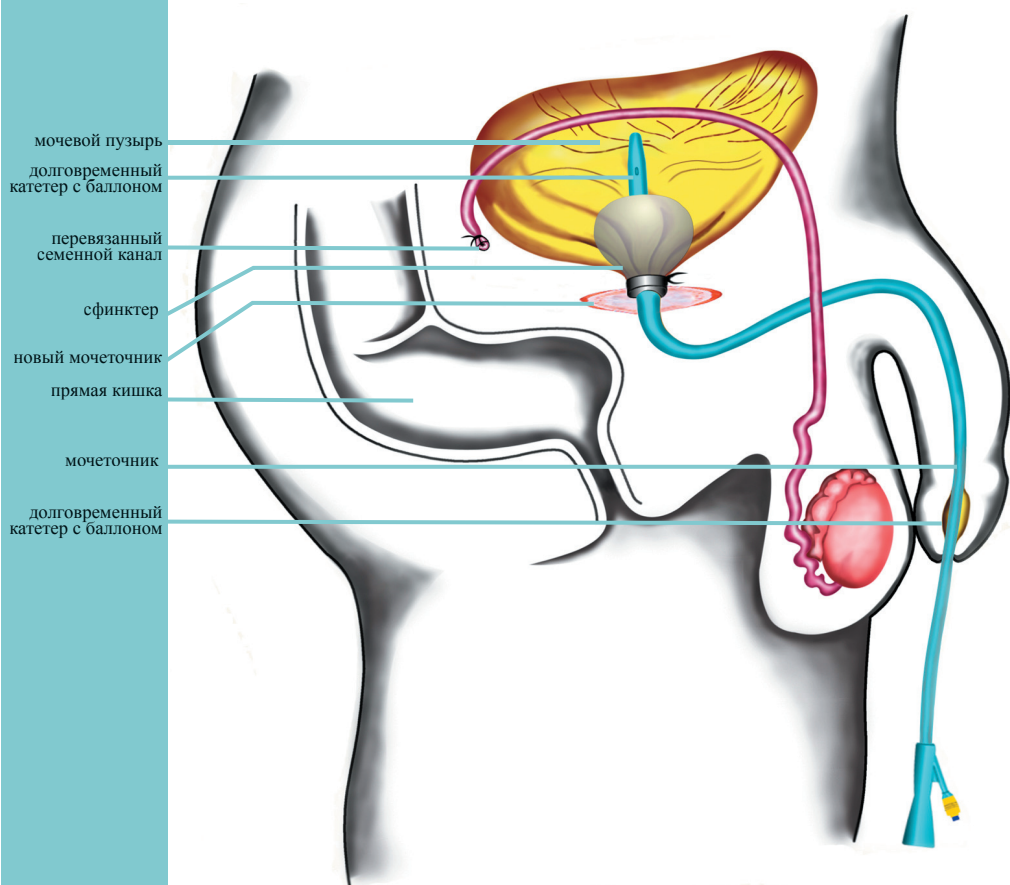


Рис. 5: Состояние после радикальной операции с вложенным катетером

При проведении операции методом разреза подчревной области между лобковой костью и пупком (позадилобковая радикальная простатэктомия) сначала определяются и удаляются простата и лимфатические узлы, находящиеся около мочевого пузыря (пельвинная лимфаденэктомия). При экспресс-гистологическом исследовании (микроскопическое обследование), с большой вероятностью, можно установить наличие метастаз в лимфатических узлах. В случае нахождения раковых клеток в лимфатических узлах, запланированный метод оперативного вмешательства может быть изменён.

Если рак вышел из рамок простаты и поразил соседние лимфатические узлы, то в этом случае очень благоприятным является проведение терапии, исключающей производство гормонов, о чём Вам подробно расскажет Ваш врач перед операцией (см. также стр. 23). В случае, если метастазами поражены только лимфатические узлы, то имеется шанс на выздоровление при совместном проведении радикальной простатэктомии и удаления лимфатических узлов. Об этом Вас также подробно проинформирует Ваш врач перед операцией.

Если во время микроскопического обследования стало известно, что в лимфатических узлах раковых клеток не обнаружено, то можно исходить из того, что опухоль находится только на простате. В этом случае удаляется только простата вместе с капсулой и лежащие, позади мочевого пузыря, семенные пузырьки (радикальная простатвезикулэктомия). При этом семявыносящие протоки с обеих сторон будут перевязаны.

В заключение должно быть создано новое соединение (анастомоз) между мочевым пузырём и мочевым каналом. Анастомоз между мочевым пузырём и мочевым каналом производится с помощью наложения во время операции постоянного катетера (рисунок 5). Постоянный катетер является одновременно помощью для выделения мочи из мочевого пузыря после операции. Помимо нового соединения между мочевым пузырём и мочевым каналом, пациенту ставится раневой дренаж для выделения раневого секрета. Сразу после операции пациент, как правило, некоторое время должен находиться в отделении интенсивного наблюдения.

Время после операции (постоперативная фаза)

Большое значения для успешного проведения операции имеет постоперативная фаза. Для исключения общих послеоперационных осложнений таких как, появление тромбов (образование сгустков крови), эмболия (закупорка артерий сгустками крови) и воспаление лёгких, очень важную роль играет ранняя мобилизация пациента. Сразу же в первые дни после оперативного вмешательства с Вами будет заниматься врач по лечебной гимнастике. При ранней мобилизации пациента стабилизируется также его сердечнососудистая деятельность и деятельность кишечника.

Центральный венный катетер (ZVK), необходимый сначала для введения инфузий и медикаментов, удаляется сразу же, как только становится возможным нормальный приём пищи пациентом. Раневой дренаж удаляется, в зависимости от количества выделения раневого секрета, через несколько дней после операции.

Наложенный во время операции постоянный катетер, служащий для выделения мочи из мочевого пузыря и шинирования нового соединения между мочевым пузырём и мочевым каналом, удаляется также через несколько дней после операции. Во время проведения необходимого рентгеновского обследования (цистограммы) через постоянный катетер вводится контрастное вещество в мочевой пузырь и таким образом проверяется плотность нового соединения (анастомоза) между мочевым пузырём и мочевым каналом. Если анастомоз плотный то во время этого обследования удаляется постоянный катетер. Только в очень редких случаях, если новое соединение не плотно, катетер остаётся ещё на несколько дней, что, однако, не влияет на успех операции и не имеет значения для последующей непроницаемости (континенц). Почти сразу же после удаления катетера, пациента выписывают домой.

А. Общие факторы риска

Возможные осложнения и следствия операции

Преимущество радикального удаления простаты, по сравнению с другими методами терапии, заключается в возможности полного выздоровления. Однако, эта операция сопряжена с некоторыми возможными осложнениями.

К общим, однако, редким факторам риска относятся появление тромбов, эмболия и воспаление лёгких. С помощью соответствующих мероприятий они будут предотвращены (ношение фиксирующих чулок, медикаментозное разжижение крови, ранняя мобилизация, лечебная гимнастика и дыхательная терапия).

Как и при проведении любой операции, имеется опасность кровотечения или постоперационного кровотечения. В этом случае пациенту делается переливание крови. Использование консервированной крови происходит только в очень редких случаях при острой необходимости. Как и при проведении любой операции может возникнуть возникновение инфекционного процесса или нарушение заживляемости операционной раны (раневая инфекция), которые лечатся соответствующим методом.

Во время необходимого удаления лимфатических узлов прерываются лимфатические русла, так что лимфа может собираться в малом тазе (лимфатическая киста) или в ногах. Это, очень редкое осложнение, требует лечения только в случае появления болей или затруднения мочеиспускания.

В. Особые факторы риска

Сужение нового соединения между мочевым пузырём и мочевым каналом

В редких случаях, через некоторое время после операции, может произойти сужение нового соединения между мочевым пузырём и мочевым каналом, так что мочеиспускание может быть затруднено или полностью отсутствовать. Пациент, в большинстве случаев, замечает, что для опустошения мочевого пузыря ему приходится затрачивать определённые усилия и напор струи мочи с каждым разом становится всё слабее. С помощью особой операционной техники (слизистая/слизистая-шов) опасность стриктурного образования (сужения) может быть значительно снижена. В случае, если сужение всё же будет иметь место и проявляться через слабый напор струи мочи или особые усилия при мочеиспускании то, с помощью небольшого вмешательства, это сужение через мочевой канал может быть расширено (трансуретальный разрез).

Потеря мочи (недержание мочи)

Перед операцией сдерживание мочи обеспечивается тремя механизмами (Рисунок 6): произвольным внутренним сфинктером в области шейки мочевого пузыря (1), пассивным сдавливанием простаты (2) и произвольным внешним сфинктером в области дна таза (3). После операциидержание мочи обеспечивается только произвольным внешним сфинктером в области дна таза (Рисунок 7). Очень важно знать, что оставшемуся произвольному внешнему сфинктеру требуется время, чтобы полностью перенять это задание. Как правило, в этом случае помогает специальная тренировка сфинктера (гимнастика для дна таза). Большинство пациентов, однако, через несколько недель, снова в состоянии сдерживать мочу. К факторам, влияющим на возвращение функции сдерживания мочи, относятся с одной стороны, возраст пациента (чем моложе пациент, тем быстрее) и с другой стороны, возможно имевшееся доброкачественное увеличение простаты с сужением мочевого канала (2). В этом случае, произвольный внешний сфинктер в области дна таза слабее, так как ранее он был менее задействован и пациенту требуется более длительное время тренировки для достижения функции держания мочи.

После удаления катетера, некоторое время после операции, наблюдается непроизвольное выделение мочи через мочевого канал. Это совершенно нормально, что первые дни после операции, держание мочи затруднено. Такое непроизвольное выделение мочи происходит, прежде всего, при физической нагрузке или при движении. Недержание мочи, сразу же после оперативного вмешательства, нормально и при соответствующей тренировке мускулатуры дна таза через некоторое время проходит.

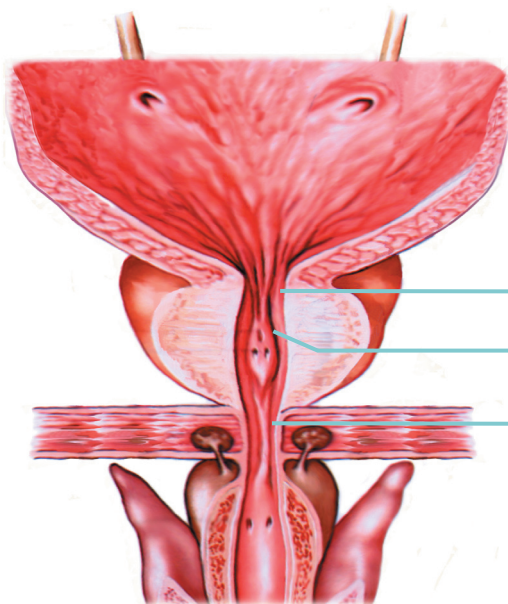
В случае такого непроизвольного выделения мочи Вам помогут специальные прокладки, кондомы для мочи и т.д., так что Вы полностью можете вести нормальный образ жизни без каких либо ограничений.

Прокладки, вкладыши и другие вспомогательные средства

Прокладки, вкладыши и другие вспомогательные средства производятся из впитывающих материалов и различаются в зависимости от количества впитываемой мочи по размерам и степени впитываемости. В настоящее время производителями выпускаются различные вспомогательные средства от простых прокладок до комбинаций больших прокладок со специальными сетчатыми трусами. Эти вспомогательные средства выписываются Вам после операции. Подробную консультацию о подходящих для Вас прокладках Вы можете получить у Вашего уролога или в аптеке. Помимо вышеназванных вспомогательных средств, существуют и другие средства, помогающие при непроизвольной потере мочи. К ним относятся собиратели мочи для члена, которые приклеивают к трусам, а также, кондомы для сбора мочи с мешочком, крепящемся между ног. Все эти продукты можно приобрести в аптеках и специальных санитарных магазинах. Там же вы получите подробную консультацию и, в большинстве случаев, можете сами попробовать, какой продукт подходит Вам больше всего.

Появляющаяся после удаления постоянного катетера неспособность сдерживать мочу является совершенно нормальной и при соответствующей тренировке мускулатуры дна таза проходит через несколько недель. Для быстрого восстановления после операции мы рекомендуем пациенту больше двигаться, выполнять физические упражнения и заниматься спортом. Пациенту разрешено всё, что не вызывает жалоб и не причиняет боли.

Состояние до операции



внутренний
сфинктер

сужение
мочеточника в
простате

произвольный
внешний сфинктер

Рис. 6

Состояние после операции



произвольный
внешний сфинктер

Рис. 7

Постоянное недержание мочи

От проходящего недержания мочи отличается очень редкое, но тяжёлое осложнение, так называемое, постоянное недержание мочи.

При операциях, проводимых опытными хирургами, риск повреждения произвольного внешнего сфинктера составляет менее 5%. В этом случае, дополнительно к тренировке мускулатуры дна таза, добавляется тренировка дна таза методом биологической обратной связи. При этом пациенту через маленький зонд в анальном канале (анальный сенсор) активность мускулатуры дна таза при тренировке сообщается акустически или оптически. При тренировке методом биологической обратной связи 2 – 3 раза в день по несколько минут, часто наблюдается заметное укрепление сфинктера и улучшается способность сдерживания мочи. Соответствующий прибор для тренировки в домашних условиях Вам может быть выписан Вашим урологом. Если такая тренировка не помогла, то существует возможность оперативной пересадки искусственного сфинктера для достижения способности сдерживания мочи. Такой искусственный сфинктер функционирует очень хорошо, но, как всякое инородное тело, несёт возможность заражения инфекцией. Пересадка искусственного сфинктера требуется только в очень редких случаях и возможна, как правило, через год после проведения радикальной простатэктомии.

Потеря эрекции

Следующее возможное осложнение после операции это потеря спонтанной эрекции.

Почему после операции возникают проблемы с эрекцией?

При сексуальной стимуляции эрекция регулируется кровяными сосудами и эрекционными нервами, находящимися с обеих сторон около простаты и далее продвигающимися в пенис и в кавернозное тело (Рисунок 8). Этот сосудисто-нервный пучок управляет, необходимым для эрекции пениса и кавернозного тела, усиленным притоком крови. При радикальной простатэктомии этот сосудисто-нервный пучок может быть повреждён или целенаправленно удалён при необходимом радикальном удалении рака. Принципиально, что в настоящее время при, имеющейся в наличии, особо точной операционной технике, стало возможным сохранение кровяных сосудов и эрекционных нервов. К сожалению, карциномы, расположенные по краю простаты, часто врастают в

сосудисто-нервный пучок (Рисунок 8). В таких случаях имеется риск неполного удаления рака, поэтому, как правило, сосудисто-нервный пучок на стороне, поражённой раком преднамеренно удаляется. Если другая сторона простаты не поражена раком, то сосудисто-нервный пучок на ней оставляется. В отдельных случаях, если рак простаты очень маленький, то возможно сохранение кровяных сосудов и эрекционных нервов с обеих сторон. Несмотря на всевозможные усовершенствования операционной техники, индивидуальное анатомическое строение пациента может воспрепятствовать сохранению эрекционных нервов. При сохранении эрекционных нервов у пациента после операции в течении одного года могут возникать спонтанные эрекции.

Также и при сохранении эрекционных нервов у части пациентов после операции может наблюдаться недостаточная для полового акта эрекция.

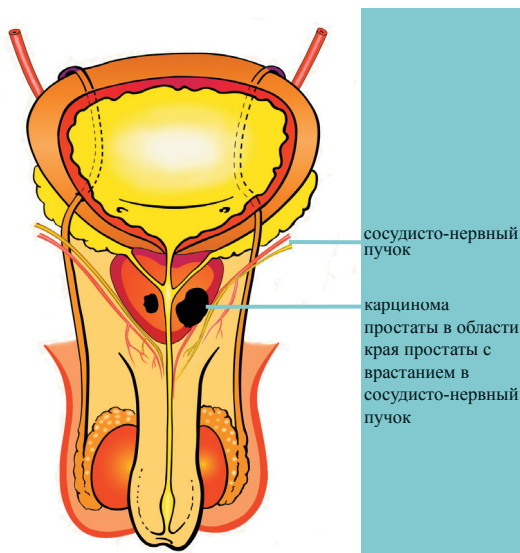


Рис. 8

Изменившийся оргазм

Потерю способности к спонтанной эрекции нельзя путать с нарушением чувствительности пениса или его головки. Важно подчеркнуть, что чувство в пенисе (чувствительность) и чувство оргазма сохраняются. После операции оргазм, однако, становится «сухим», так как большая часть семенной жидкости производится в простате и семенном пузырьке, которые были удалены во время операции. Из-за перевязки семенного канала и удаления простаты, пациент теряет репродуктивную способность. Так как некоторые пациенты жалуются на непроизвольное выделение мочи во время оргазма, то перед половым актом необходимо опустошить мочевой пузырь.

Возможности лечения при потере потенции

Если у пациента по протяжении определённого отрезка времени после операции возникает желание к сексу и половой жизни, то для устранения эректионной дисфункции (импотентность) существуют различные методы лечения. Эти современные методы восстановления эрекции нужно начать применять как можно раньше после операции. При терапии с помощью инъекций, вводимых в кавернозное тело (“SKAT”), пациент может сам делать инъекции сосудорасширяющих медикаментов, вызывающих эрекцию, в кавернозное тело (Рисунок 9). Другой возможный метод терапии по восстановлению эрекции, это вакуумная эрекционная помощь (вакуумный насос) (Рисунок 10). Следующий метод, это имплантация пенисного протеза, проводимая оперативно (Рисунок 11). Оральная терапия с эффективными действующими веществами (приём таблеток) стала сегодня стандартом. Однако, необходимо знать, что имеющиеся в нашем распоряжении таблетки, могут действовать только, если эректионные нервы не были удалены во время операции. Без всякого стеснения, вместе с Вашей партнёршей и лечащим урологом, Вы должны обсудить вопросы, касающиеся лечения в Вашем отдельном случае.

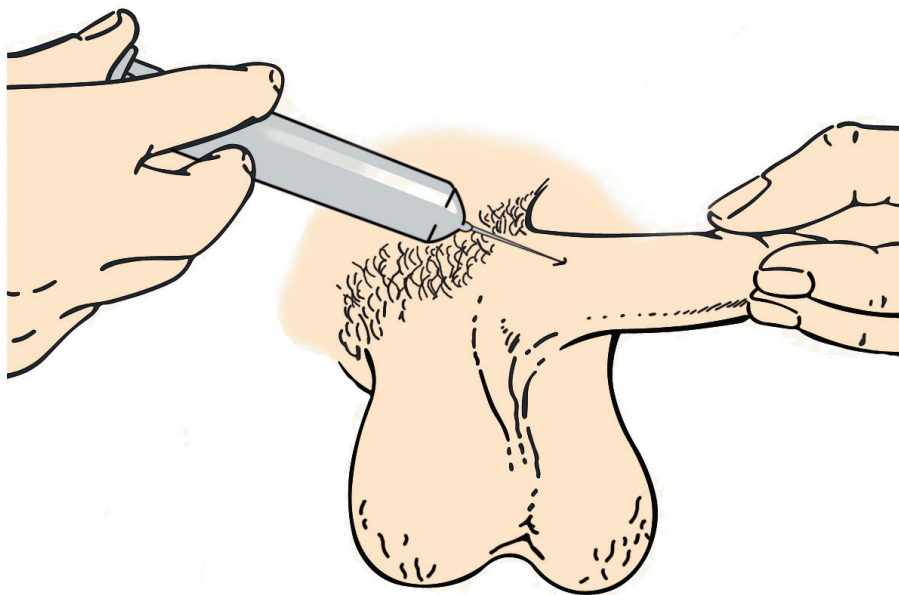


Рис. 9: терапия с помощью инъекций, вводимых в кавернозное тело

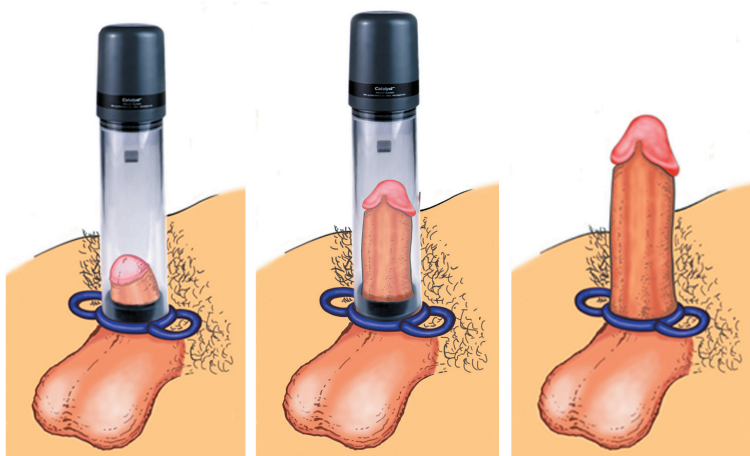


Рис. 10: вакуумная эрекционная помощь «вакуумный насос»

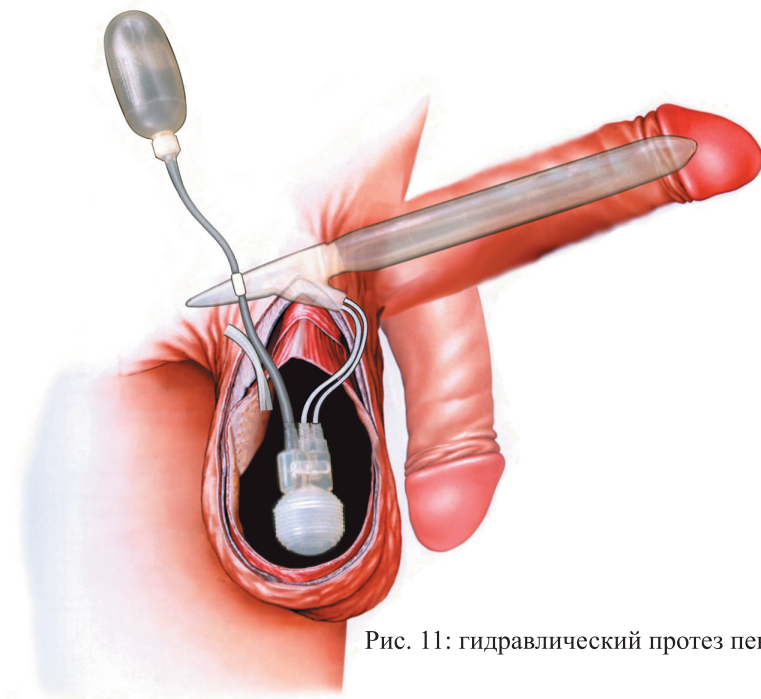


Рис. 11: гидравлический протез пениса

Редкие особые случаи

Особый случай 1:

Положительные (поражённые раком) лимфатические узлы при операции

Обычно, удалённые в начале операции лимфатические узлы, находящиеся рядом с простатой и мочевым пузырём, удаляются и направляются на срочное гистологическое обследование (микроскопическое обследование) патологом.

В случае, если в лимфатических узлах обнаружены раковые клетки, процесс запланированной операции может быть изменён. Если в лимфатических узлах обнаружены раковые клетки и метастазирование распространилось на лимфатические узлы, то в этом случае эффективным является проведение терапии подавления гормонов (см. также стр. 23 «системная терапия подавления гормонов»).

Такая терапия исключения гормонов проводится или операционным методом посредством вылушивания производящей гормоны ткани яичек или с помощью приёма лекарств. Оперативное вылушивание производящей гормоны ткани яичек (так называемая подкапсульная орхиэктомия, см. также стр. 25) проводится под тем же наркозом, что и операция, в случае если Вы решитесь на проведение этой формы терапии. В случае, если в лимфатических узлах обнаружены раковые клетки, то перед операцией Вы должны решить, какой метод терапии Вы выбираете - вылушивание производящей гормоны ткани яичек или приём лекарств.

В отдельных случаях, возможно во время первого операционного шага удалить лимфатические узлы, поражённые раковыми клетками, совместно с их злокачественными метастазами (раковые клетки в лимфатических узлах). Вероятность этого возрастает, если из удалённых лимфатических узлов только один подвержен поражению раком или если злокачественные метастазы в лимфатических узлах являются очень маленькими (микрометастазы). Если заранее известно, что в других частях тела нет никаких метастаз, то в этих отдельных случаях радикальная простатэктомия проводится как было ранее запланировано. Полное выздоровление пациента при радикальном удалении простаты принципиально возможно.

Особый случай 2:

Отрицательные (не поражённые раком) лимфатические узлы, однако неоперабельная локально карцинома простаты

Редко бывает то, что несмотря на проведённые перед операцией обследования, невозможно было установить местное распространение карциномы простаты. Исходя из этого и несмотря на не поражённые раком лимфатические узлы, радикальное

удаление простаты в связи с выходящим за пределы органа ростом карциномы простаты, технически становится невозможным. В случае, если рак простаты из-за его размера является неоперабельным, а в лимфатических узлах или других органах раковых клеток не обнаружено, существуют принципиально две возможности лечения:

- терапия исключения гормонов (см. также стр. 23) как системная терапия,
- лучевая терапия как локальная терапия с целью лечения только местного поражения в простате.

Принцип лучевой терапии основывается на разрушающем клетки действии, обогащённых энергией, лучей. Эти излучения могут применяться или с внешней стороны, через внешний источник излучения (так называемая наружная радиотерапия) или с помощью помещённого в простату лучевого тела (так называемая интерстициальная лучевая терапия). При лучевой терапии методом Spickung (LDR-брахитерапия = Seed-имплантация) в простату вводятся маленькие лучевые тела. При HDR-брахитерапии (Afterloading) изнутри под ультразвуковым контролем в простату вводятся полые иглы, заряженные источником излучения, которые, после окончания курса облучения, удаляются. HDR-брахитерапия часто используется в комбинации с наружной лучевой терапией.

Как показывают современные исследования, лучевая терапия для пациента имеет мало побочных явлений. Редко у пациентов наблюдается недержание мочи и только в половине случаев нарушение эрекционной способности. Указывая побочные явления этого метода, следует сказать о том, что у около 20% пациентов происходят нарушения в деятельности прямой кишки и мочевого пузыря, сопровождаемые кровотечениями из анального канала или поносами, а так же симптоматикой раздражённого мочевого пузыря.

В случае если в результате проведения лучевой терапии рак уменьшается, а затем опять начинает расти, то необходимо подключать лечение методом исключения гормонов. Преимущество этого метода заключается в том, что возможно наряду с локальным уменьшением рака, сохранение в 50% случаев потенции (способности к спонтанной эрекции). Очень часто лечение методом исключения гормонов проводится совместно с лучевой терапией. Ваш лечащий врач подробно сообщит Вам о всех видах возможного лечения.

Особый случай 3:

Положительные (поражённые раком) хирургические смещённые края

После обследования операционного препарата, врач может установить, была ли карцинома простаты полностью удалена из организма пациента при радикальном удалении простаты и, находящихся рядом с ней, разрастаний карциномы простаты. Такое гистологическое исследование производится врачом-патологом и для установления точного результата требует нескольких дней. С помощью специального окрашивания и микроскопического обследования, становится возможным определить распространение карциномы простаты в операционном препарате. В случае, если карцинома простаты зашла за края капсулы простаты как границы органа и достигла хирургических смещённых краёв, то, по всей вероятности, в целях обеспечения гарантии, требуется проведение дополнительного облучения места операции. Имеет ли наличие положительных хирургических смещённых краёв значение в дальнейшем появлении заболевания на этом же самом месте (рецидив опухоли) или ожидаемой продолжительности жизни, научно ещё не подтверждено. Теоретически имеется вероятность, что рак несмотря на смещённые края, может быть полностью удалён. Также вероятно, что в области положительных хирургических смещённых краёв, остались маленькие частицы рака, которые могут быть разрушены последующей лучевой терапией. Так как современная техника, применяемая в лучевой терапии, вызывает только небольшие побочные явления, то облучение с целью «обеспечения гарантии», при наличии положительных хирургических смещённых краёв и подозрении на остаточную раковую ткань в месте операции, является разумным концептом. Такое последующее облучение применяется обычно не ранее, чем через 8 недель после операции и происходит в рамках наружной радиотерапии (облучение с внешней стороны), как правило, в несколько сеансов и амбулаторно. Важно, чтобы перед началом местного облучения с целью «обеспечения гарантии», восстановилась функция сдерживания мочи, так как в результате облучения деятельность внешнего сфинктера опять может ухудшиться.

Sonderfall 4 ??? fehlt.

Приложение: Что обозначает «систематическая терапия исключения гормонов»?

К сожалению, бывает что карцинома простаты является более неоперабельной (иноперабельной). Причинами иноперабельности могут быть:

- заранее известные метастазы в лимфатических узлах (см. стр. 20: Особый случай 1) или других органах,
- большая область распространения карциномы, делающая невозможным её удаление до места непоражённых тканей (см. стр. 20/21: Особый случай 2).

В этих случаях существуют различные способы лечения, важной составляющей частью которых является, так называемая, систематическая терапия исключения гормонов.

Значение половых гормонов при карциноме простаты

Гормонами называются информационные вещества, задействованные разным образом во всех функциях организма. Они производятся определёнными органами и подчиняются одному управляющему механизму, который происходит или напрямую из функции органа в смысле обратной связи или из комбинации с вышестоящим контрольным центром. Половое развитие, как и функция простаты управляются гормонами. Вышестоящим контрольным центром является промежуточный мозг или железа мозгового придатка (гипофиз), которая даёт стимулирующие гормоны половым железам. Таким образом происходит стимуляция яичек, которые производят далее мужской половой гормон Тестостерон, который влияет на рост простаты или рост карциномы простаты. Чтобы понять различные способы лечения карциномы простаты, важно знать, что можно различными путями влиять на эту регулярную циркуляцию (Рисунок 12).

Мужской половой гормон Тестостерон влияет на рост простаты или рост карциномы простаты. Отсюда, возникает возможность замедлить дальнейший рост простаты с помощью вмешательства в гормональный фонд. Этот метод был открыт 60 лет назад Чарльзом Хаггинсом и отмечен Нобелевской премией.

Терапия исключения гормонов при карциноме простаты

Определяя значение терапии исключения гормонов, по сравнению с другими видами лечения, важно помнить, что не все клетки рака простаты могут быть убиты с помощью исключения мужского полового гормона Тестостерона.

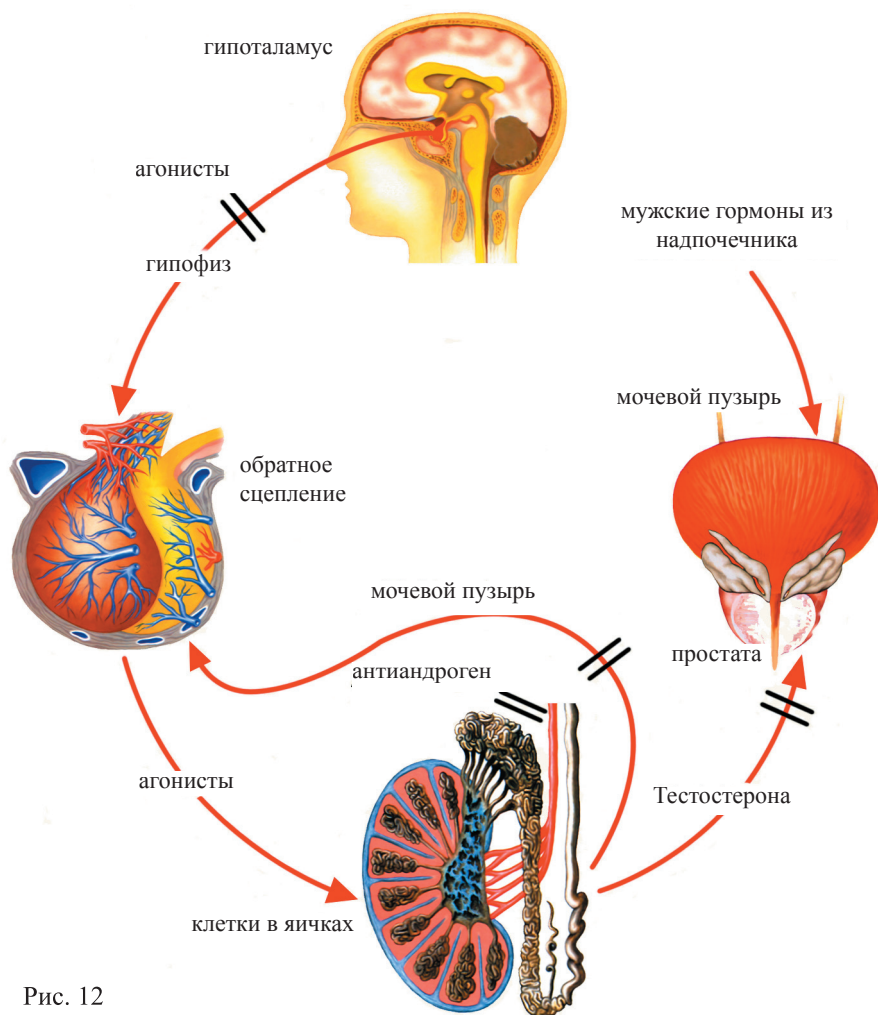


Рис. 12

Замедляющий рост рака эффект может долго сохраняться, но не гарантирует его исчезновения на всегда. Причина этого заключается в том, что (1) клетки простаты или карциномы простаты приспосабливаются к исключению гормона и затем независимо от гормона растут дальше или (2) остаются только те клетки карциномы простаты, которые с самого начала были невосприимчивыми к гормонам или стали невосприимчивыми к гормонам, что дальше ведёт к росту опухоли. Но, несмотря на это, терапия исключения гормонов в общем оценивается как очень эффективный метод лечения.

Принципиально существуют три возможности проведения терапии исключения гормонов:

- оперативное удаление (вылущивание) производящей гормоны ткани яичек,
- воспрепятствование образованию стимулирующих гормонов (железа мозгового придатка) с помощью медикаментов,
- воспрепятствование гормональному действию с помощью медикаментов.

Оперативное удаление производящей гормоны ткани яичек, как пункта производства полового гормона Тестостерона – это быстрое и почти не имеющее осложнений вмешательство. При этом, производящая гормоны ткань яичек вылущивается. Так как оболочки яичек и придатки яичек остаются, внешне у пациента не наблюдается никаких изменений. Несмотря на это, некоторые пациенты чувствуют себя после операции «кастрированными».

Альтернативой к оперативному удалению производящей гормоны ткани яичек, является проведение терапии исключения гормонов с помощью медикаментов. При этом существуют две возможности. (1) Наиболее часто применяемый метод – регулярные (один раз в месяц или каждые три месяца) подкожные инъекции, ведущие к блокированию стимулирующих яички гормонов в железе мозгового придатка, так что в яичках более не будет производиться Тестостерон. Действие этой субстанции, обозначаемой в медицине, как GnRH-агонисты, полностью идентично оперативному удалению производящей гормоны ткани яичек. (2) Другая возможность, это приём субстанций, блокирующий действие производимого в яичках и коре надпочечника мужского полового гормона. Эти, так называемые, антиандрогены занимают место прикрепления Тестостерона к клетке, так что половой гормон более не попадает в клетку и становится, таким образом бездейственным.

Эти действующие вещества выпускаются в форме таблеток. Способен ли только приём антиандрогенов заменить оперативную или медикаментозную (с помощью GnRH-агонистов) терапии, в настоящее время пока ещё не известно. Комбинированный приём GnRH-агонистов и антиандрогенов вызывает «полную» андрогеновую блокаду. В настоящее время стандартом в медицине считается терапия с GnRH-агонистами.

Побочные явления терапия исключения гормонов

Побочным действием терапии исключения гормонов у мужчин является потеря функций организма, стимулируемых мужским половым гормоном. К таким функциям относятся – замедление роста растительности на лице, сокращение сексуальных желаний, потеря эрекции, приливы крови и замедленная декальцинация костей.

Но несмотря на эти побочные явления, нельзя недооценивать гарантированный эффект воздействия этой терапии на карциному простаты.

Послеоперационный контроль

После выписки пациента из больницы, ему необходимо проходить регулярные обследования у уролога. Эти последующие обследования планируются в каждом случае индивидуально. В зависимости от стадии заболевания и возможных жалоб пациента, проводятся различные обследования (обследование физического состояния, пальпация, контроль показателей крови (н-р: PSA), ультразвуковое обследование, рентген, скелетная сцинтиграфия и т.д.).



Заключение

Мы надеемся, что информация, содержащаяся в этом руководстве поможет Вам и желаем скорейшего выздоровления и всего самого хорошего в будущем.

Пациентам из других стран рекомендуем по всем вопросам организации лечения в нашей клинике обращаться (на русском языке) к нашим долголетним партнёрам

-

MSI GmbH, Germany

Tel: + 49-6172-171268

Fax: + 49-6172-171699

Mobil: + 49-171-9548184

E-mail: msi2006@msigmbh.com

Internet: www.msi-med.de