

КОД ДА ВИНЧИ

Рак простаты

«Предупреждение Плюс»: *Каждые 3 минуты в мире еще одному мужчине диагностируют рак предстательной железы. На сегодняшний день вероятность заболеть у мужчин в возрастной категории 60-70 лет составляет более 15%. Что может предложить современная медицина в плане борьбы с этой коварной болезнью?*

Всего каких-то 50-60 лет назад рак предстательной железы считали приговором. Предстательная железа, находясь на дне малого таза – в самом глубоком и труднодоступном месте человеческого организма, окруженная со всех сторон сосудами, нервами и соседними органами, представлялась практически недосягаемой. Редкие попытки хирургического лечения рака предстательной железы в большинстве своем заканчивались трагически. В 70-80-х годах прошлого столетия простату научились удалять, и больной жил, точнее, существовал, так как качеству «новой жизни» мужчины после удаления простаты было не позавидовать. Так обстояли дела до эры роботической хирургии. В современных реалиях рак простаты чаще всего – лишь временное неудобство. И это смелое утверждение абсолютно справедливо сегодня, в эпоху поистине космической медицины, о которой не так давно мы не могли даже мечтать.

Технологии против роста

К сожалению, число больных раком предстательной железы настолько выросло, что уже можно говорить об эпидемиологически опасной тенденции. К примеру, сегодня в стандартном урологическом отделении количество больных раком простаты (речь идет о больных с локализованной формой заболевания, когда опухоль не вышла за пределы органа) может оказаться сопоставимым с количеством больных

обычной аденомой простаты. А всего лишь каких-то 10-20 лет назад соотношение этих больных было приблизительно 1:10. То есть на 10 операций, выполненных больным с аденомой простаты, приходилась всего одна радикальная простатэктомия – именно так называется операция, предполагающая тотальное удаление предстательной железы, семенных пузырьков и формирование анастомоза (сообщения) между шейкой мочевого пузыря и мочеиспускательным каналом.

Несмотря на печальную статистику по резкому росту числа больных, в борьбе с самим заболеванием наметился большой прогресс. Первым шагом к победе над болезнью стало ее раннее выявление. С внедрением одного из самых чувствительных и специфичных онкомаркеров в истории – простатспецифического антигена (ПСА) – выявление случаев раннего (операбельного) рака возросло в разы. Вторым важным шагом к победе над заболеванием стало то, что радикальная простатэктомия в прошлом и современная простатэктомия – две принципиально разные операции, и то, как выполняют ее сейчас, имеет огромный ряд преимуществ.

Поиски оптимального решения

Радикальное (то есть без оставления опухолевых клеток в организме) и относительно безопасное удаление предстательной железы стало возможным благодаря неимоверному количеству исследований. Бесценный вклад внес коллектив Университетской клиники и центра биомедицинских исследований Медицинского университета Джона Хопкинса (Балтимор, штат Мэриленд), возглавляемый легендарным урологом Патриком Уолшем. Именно профессор П. Уолш детально изучил пути артериального органного кровоснабжения и венозного оттока, а также способы остановки кровотечения во время хирургического удаления всей предстательной железы. Благодаря этим исследованиям кровопотеря во время операции существенно снизилась, а техника исполнения стала доступной большинству хирургов-урологов.

Но, несмотря на популяризацию радикальной простатэктомии и появление возможности действительно «излечить неизлечимое», большинство хирургов не получали удовлетворения от проделанной работы. Ведь качество жизни больных после такой операции сильно страдало: 100% мужчин становились импотентами, а недержание мочи в первый год считалось вполне нормальным. Функциональный компонент – вот чего не хватало радикальной простатэктомии того времени. Требовались дополнительные исследования, чтобы изучить механизмы удержания мочи и сохранения эрекции.

И вот команда Патрика Уолша проводит первые (тогда еще открытые) нервосберегающие простатэктомии. Суть операции состояла в том, что при удалении предстательной железы хирург стремился сохранить сосудисто-нервные пучки, расположенные в непосредственной близости (сзади и сбоку) от простаты, которые отвечают за сексуальную активность мужчины, а также связки, поддерживающие мочеиспускательный канал и способствующие удержанию мочи. Усилия исследователей были вознаграждены: ряду больных теперь удавалось вернуть эрекцию и нормальную половую жизнь. Кроме того, нормальное мочеиспускание после операции восстанавливалось за несколько месяцев.

Это была, безусловно, победа. Но не окончательная. Все-таки операция тяжела как для больного, так и для хирурга: во-первых, разрез и большая операционная рана, во-вторых, длительная госпитализация, и все-таки по-прежнему нет гарантии, что пациента обойдет стороной недержание мочи и (или) эректильная дисфункция. Потребовалось еще около двух десятков лет и тысячи дорогостоящих исследований, и сегодня проблему локализованного рака предстательной железы мы можем решить быстро и практически без последствий.

Революция в хирургии

Настоящую революцию в хирургии сотворила роботическая система да Винчи, перевернувшая представления о гра-

нях возможного не только пациентов, но и самых искушенных врачей и ученых. Первая радикальная роботассистированная простатэктомия была осуществлена в 2001 году в США. Исполнителем стал Мани Мэнон, один из наиболее выдающихся учеников профессора П. Уолша. Именно плоды многолетней работы ученых и хирургов, совершенствующих технику радикальной простатэктомии, и достижения современной технологической мысли позволили разработать ту роботассистированную простатэктомию, которая сегодня позволяет не только излечить пациента от рака предстательной железы, но и сохранить важнейшие функции органов малого таза.

Сегодня на территории Российской Федерации функционируют более 30 роботических установок, расположенных на базах ведущих медицинских институтов страны. Роботическая установка располагается непосредственно около пациента, в то время как хирург управляет движениями камеры и рук робота на расстоянии по оптико-волоконному кабелю – происходит это при помощи джойстиков, почти как в компьютерной игре. Электроника и механика роботической системы обеспечивают плавность и высокую точность движений, не подвластных обычному человеку. Пребывая в комфортном физиологическом положении на протяжении всей операции, обладая возможностью расслабиться, при необходимости – даже отвлечься, хирург не испытывает тех физических и эмоциональных нагрузок, как при привычных (открытых и лапароскопических) видах простатэктомии. Да и другие сравнения не в пользу традиционной хирургии – ведь возможности роботической хирургии поистине «космические». Трехмерное изображение с 20-кратным увеличением обеспечивает лучшую визуализацию с полным эффектом присутствия. Хирургические инструменты обладают 10 степенями свободы (для сравнения: рука человека – всего 7-ю). Инструменты вращаются под любым углом на 360 градусов. Уникальное электрохирургическое сопровождение позволяет прижигать кровотокающий сосуд с точностью до долей миллиметра, без вреда окружающим тканям.

Возможность в любой момент повысить внутрибрюшное давление, увеличив поток подаваемого в брюшную полость газа, позволяет без труда справиться с любым венозным кровотечением. А ведь именно неподконтрольные венозные кровотечения во время радикальной простатэктомии на этапе эры открытой хирургии являлись основным фактором операционного риска.

Нервосберегающие простатэктомии позволяют сохранять сосудисто-нервные пучки в области удаляемых тканей с практически гарантированным сохранением спонтанной или медикаментозно-ассоциированной (на фоне приема препаратов) эрекции. Сохранение мочеиспускательного канала и всех связочных структур позволяет обеспечить полное удержание мочи больным непосредственно после удаления катетера еще на этапе пребывания в стационаре.

Отсутствие больших разрезов, короткий период госпитализации, отсутствие этапа реабилитации – далеко не все преимущества роботической простатэктомии. Привычный образ жизни, прежняя работа, абсолютная социальная адаптация непосредственно на выходе из стационара – разве мы, урологи, могли об этом мечтать, выполняя радикальную простатэктомию всего каких-то 15 лет назад?

Превосходство современных роботических технологий над традиционными очевидно, а статистика говорит сама за себя. В США на сегодняшний день на долю открытой радикальной простатэктомии рака простаты приходится около 15% операций, на долю лапароскопической – 1%, а остальные 84% операций осуществляются с помощью роботической ассистенции.

Как хирург и просто человек, прошедший и выстрадавший вместе с пациентами все этапы становления современной радикальной простатэктомии, не ошибусь, если предположу, что роботассистированная простатэктомия – это эффективное оружие против рака, грамотное применение которого позволит нейтрализовать одно из самых грозных заболеваний человечества. Конечно, такие операции доступны пока не всем. Как я уже сказал, на сегодняшний день в нашей стране имеется

чуть больше 30 роботов да Винчи. Но это только начало. Новые медицинские технологии все шире внедряются в практику врачей, а это значит, что роботассистированная простатэктомия станет вскоре доступной для всех, кто в этом нуждается.

**Михаил ЕНИКЕЕВ,
профессор, заведующий вторым
урологическим отделением клиники урологии
Первого МГМУ им. Сеченова.**

Калейдоскоп

Глютен или фруктан? Вот в чем вопрос

Норвежские ученые выяснили, что причиной расстройств в желудочно-кишечном тракте может служить не только глютен, содержащийся в пшенице и других злаках, но и фруктан – полимер глюкозы.

Они уверены, что не все пациенты с диагнозом «целиакия» в действительности страдают этой болезнью. Исследовательская группа провела эксперимент, в котором приняли участие 59 добровольцев, подозревающих у себя наличие подобного расстройства. Все участники на протяжении нескольких недель употребляли в пищу мюсли-батончики, при этом в состав одних батончиков входил фруктан, а в состав других – нет. В результате выяснилось, что проблемы со стороны пищеварения возникали только у тех добровольцев, которые съедали батончики с фруктаном. А употребление продуктов, содержащих глютен, никак не отразилось на состоянии испытуемых.

По мнению ученых, более чем в половине случаев нет совершенно никакой необходимости в соблюдении безглютеновой диеты, которая повышает риск возникновения сахарного диабета 2-го типа. А гастроэнтерологам необходимо проводить более глубокую диагностику пациентов, которые жалуются на непереносимость глютена. В то же время нужно знать, что фруктан в больших количествах содержится в пшенице, некоторых овощах, а также в луке и чесноке.