Пенильная реабилитация больных после радикальной простатэктомии

Заведующий отделом андрологии и репродукции человека,
Доктор медицинских наук
Ефремов Евгений Александрович

НИИ Урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина филиал «НМИРЦ»
Минздрава России

Москва 2018

В связи с улучшением диагностики и эффективности лечения локализованных и местно-распространенных форм РПЖ, а также с увеличением продолжительности жизни, значительное внимание стало уделяться качеству жизни больного, важнейшей составляющей которой является **сексуальная функция**.

National Comprehensive Cancer Network, 2000.

Несмотря на то, что качество жизни пациентов с РПЖ в послеоперационном периоде относительно удовлетворительное, у **60 %** из них послеоперационная **ЭД** является причиной эмоциональных нарушений и конфликтов с половыми партнерами.

Shrader-Bogen C.L., 1997; Cooperberg M.R., 2003; Meyer, J.P, 2003

Радикальная простатэктомия и ЭД

Открытая простатэктомия;

Лапароскопическая простатэктомия;

Робот-ассистированная простатэктомия.

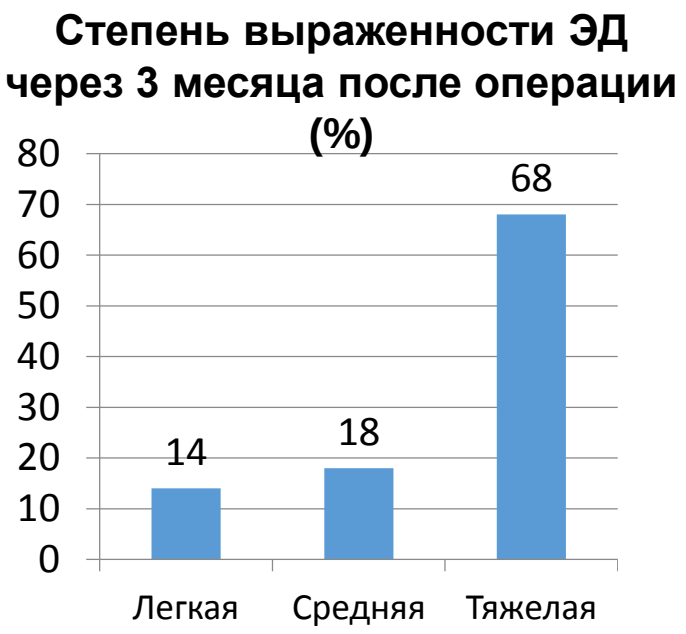
da Vinci Хирургия

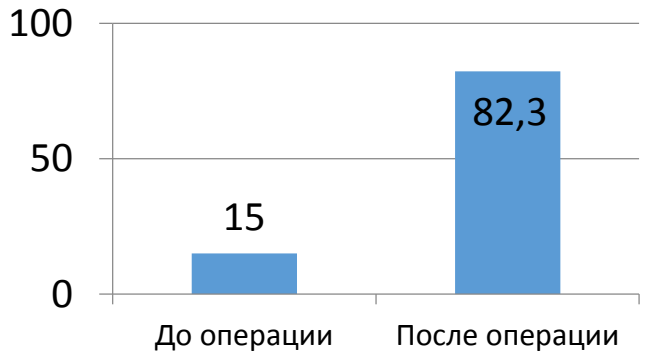
Частота встречаемости ЭД после РПЭ в зависимости от методики выполнения, варьирует от 25 до 100 %.[1,2]

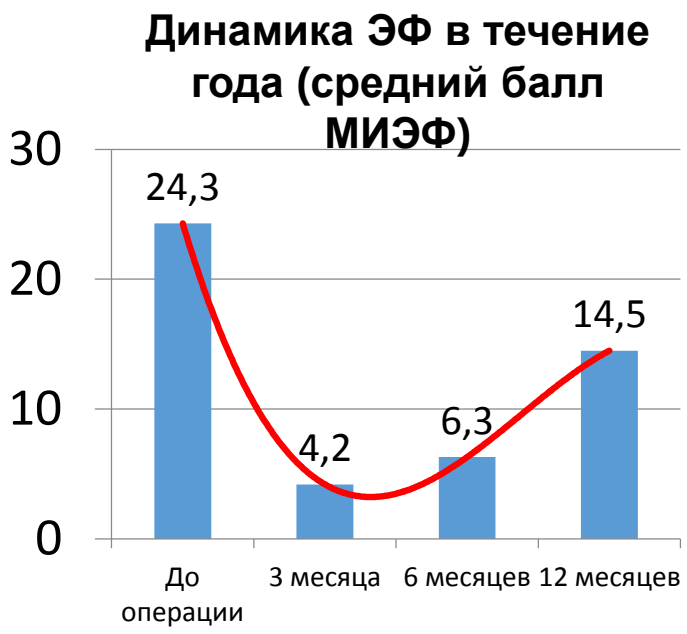
[1]Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostatecancer survivors. N Engl J Med 2008 Mar;358(12):1250-61.
[2]Ficarra V, Novara G, Ahlering TE, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting potency rates a er robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol 2012 Sep;62(3):418-30.

Группа сексуально активных пациентов (n=62). Возраст 51-74 лет (средний возраст 63,0±2,2 лет).

Радикальная простатэктомия по билатеральной нервосберегающей методике.







Если до операции средние баллы по международному индексу эректильной функции составляли примерно 24,3 (n = 21), то через 3 мес. этот показатель равен в среднем 4,2, через полгода – 6,3, а к 12 мес. – 14,5.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, 2011

Когда стоит начинать лечение расстройства сексуальной функции?

Сразу после выполнения РПЭ.

Основная цель раннего начала лечения ингибиторами ФДЭ-5:

- Обеспечить максимально стойкий приток крови к органам малого таза, формирование коллатерального кровотока;
- В зависимости от методики оперативного лечения эффективность применения ингибиторов ФДЭ-5 располагается в диапазоне от 0 до 80 %;
- При планировании пациенту выполнить эндофаллопротезирование, прием ингибиторов ФДЭ-5 будет способствовать снижению выраженности кавернозного фиброза.

Клинические рекомендации по лечению ЭД

После РПЭ необходимо как можно раньше начать терапию, направленную на улучшение эрекции	1b	A
Ингибиторы ФДЭ-5 — терапия 1-й линии	1a	A
У пациентов при стабильных партнерских отношениях можно использовать вакуумные эректильные устройства	4	C
Интракавернозные инъекции — терапия 2-й линии	1b	B
Имплантация пенильных протезов —3-я линия	**4**	**C**

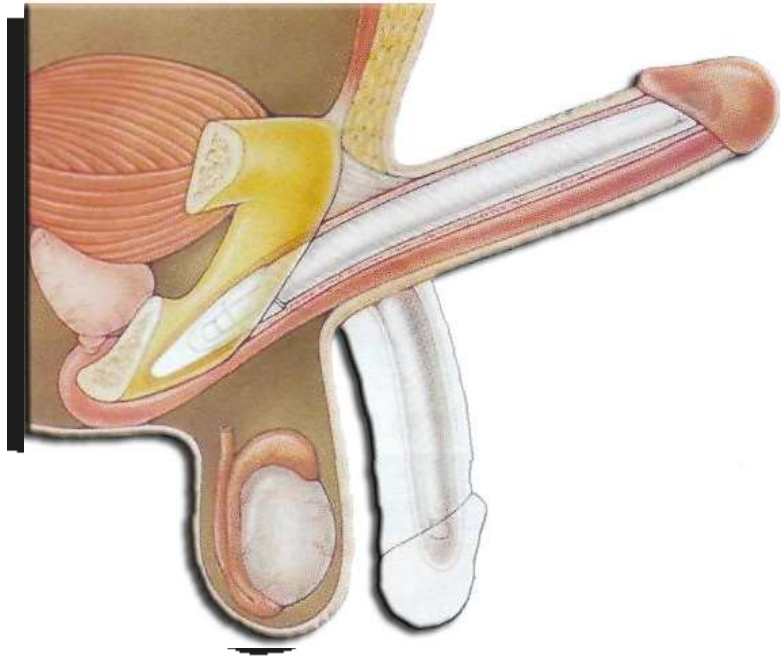
При неэффективности фармакотерапии или в случае предпочтения пациентом решения проблемы на длительный срок рассматривается хирургическая имплантация пенильных протезов.

Методы коррекции ЭД

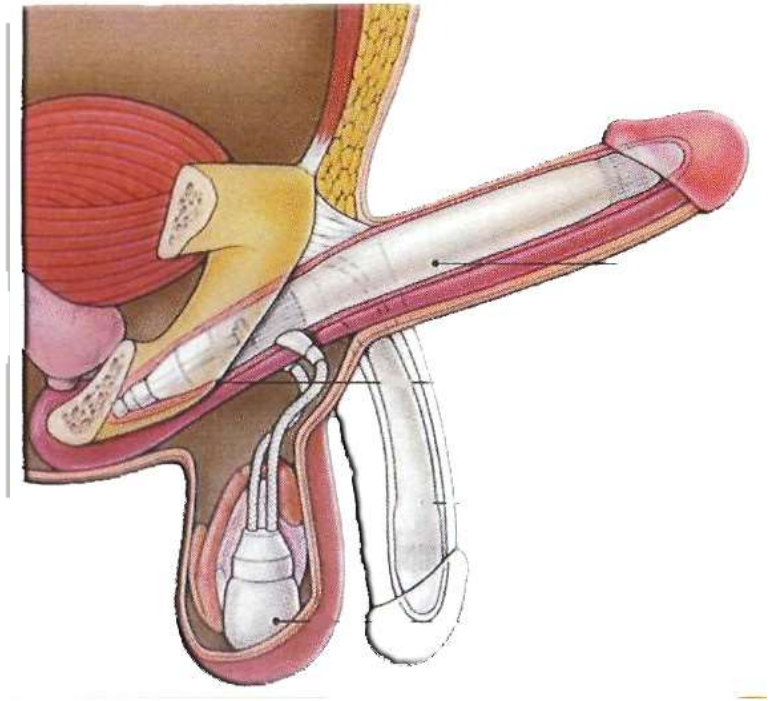
	Консервативные методы:	Оперативные вмешательства:
	• Лекарственные препараты (пероральные и вводимые интракавернозно и интрауретрально); • Вакуумные устройства, ЭУВТ; • Психотерапия;	• Протезирование полового члена; • Сосудистые реконструкции;
В общей популяции	**90%**	10%
У пациентов после РПЭ	10%	**90%**

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ, 2011

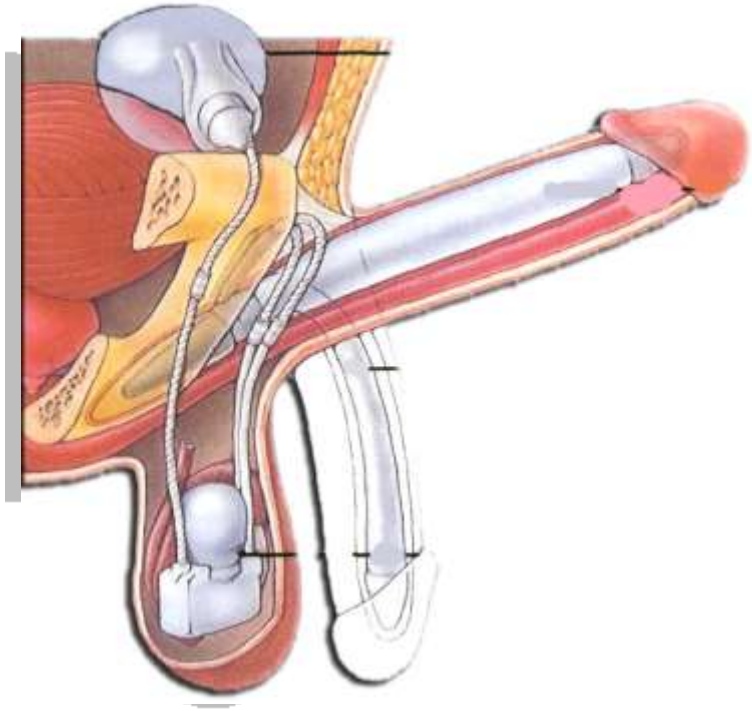
Фаллопротезирование



однокомпонентный



двухкомпонентный



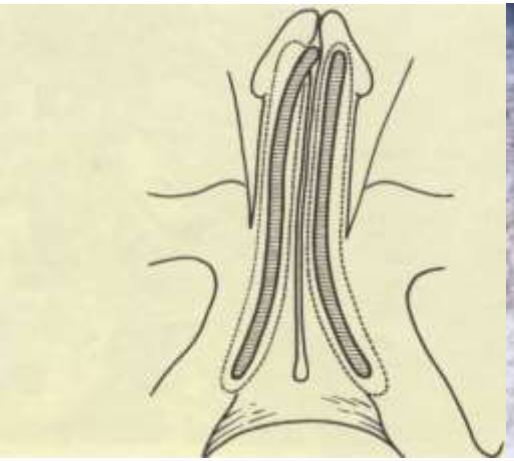
трехкомпонентный

Преимущества эндофаллопротезирования

Имплантация пенильных протезов дает одни из наиболее высоких показателей удовлетворенности **(92–100% пациентов и 91–95% партнерш)** среди всех методов лечения ЭД.

Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения

- Инфицированние (В 98% случаев развивается в первые 8 недель; Выявление какой либо инфекции в ходе операции требует перенесения ее на другое время).
- Перфорация кавернозных тел и уретры;
- Перекрест кавернозных каналов (кроссовер);
- Гипермобильность протеза;



Результаты коррекции ЭД после РПЭ (n=97)

	Количество пациентов	%
Нервосберегающая РПЭ	37	38,1
Ненервосберегающая РПЭ	60	61,9
Консервативное лечение	13	13,4
Оперативное лечение (протезирование)	**84**	**86,6**
1-компонетное протезирование	29	29,9
3-компонетное протезирование	55	56,7
Осложнения (перипротезная инфекция – удаление протеза)	3	3,1

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, 2017

Клинический случай

Пациент А., 54 года.
Клинический диагноз: Рак предстательной железы $cT_{1c}N_0M_0$ I стадия.

Anamnesis morbi:

Повышение уровня оПСА до 6,1 нмоль/мл, в биоптатах предстательной железы рост ацинарной аденокарциномы 6 (3+3) баллов по Глисону, занимающая от 5 до 20% пораженных столбиков.

До оперативного лечения - умеренно выраженная ЭД по данным МИЭФ-5. Пациент заинтересован в сохранении эректильной функции.

Больному была выполнена нервосберегающая РПЭ.

В течение года пациент получал ингибиторы ФДЭ-5 без положительной динамики.

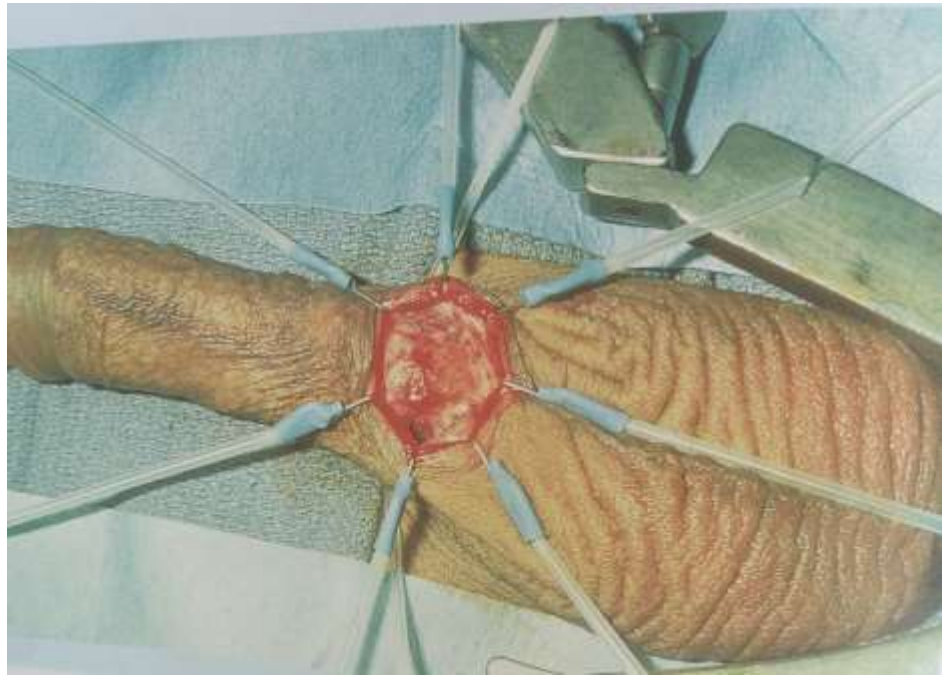
Выполнено эндофаллопротезирование 3-компонентным гидравлическим фаллопротезом Coloplast Titan.

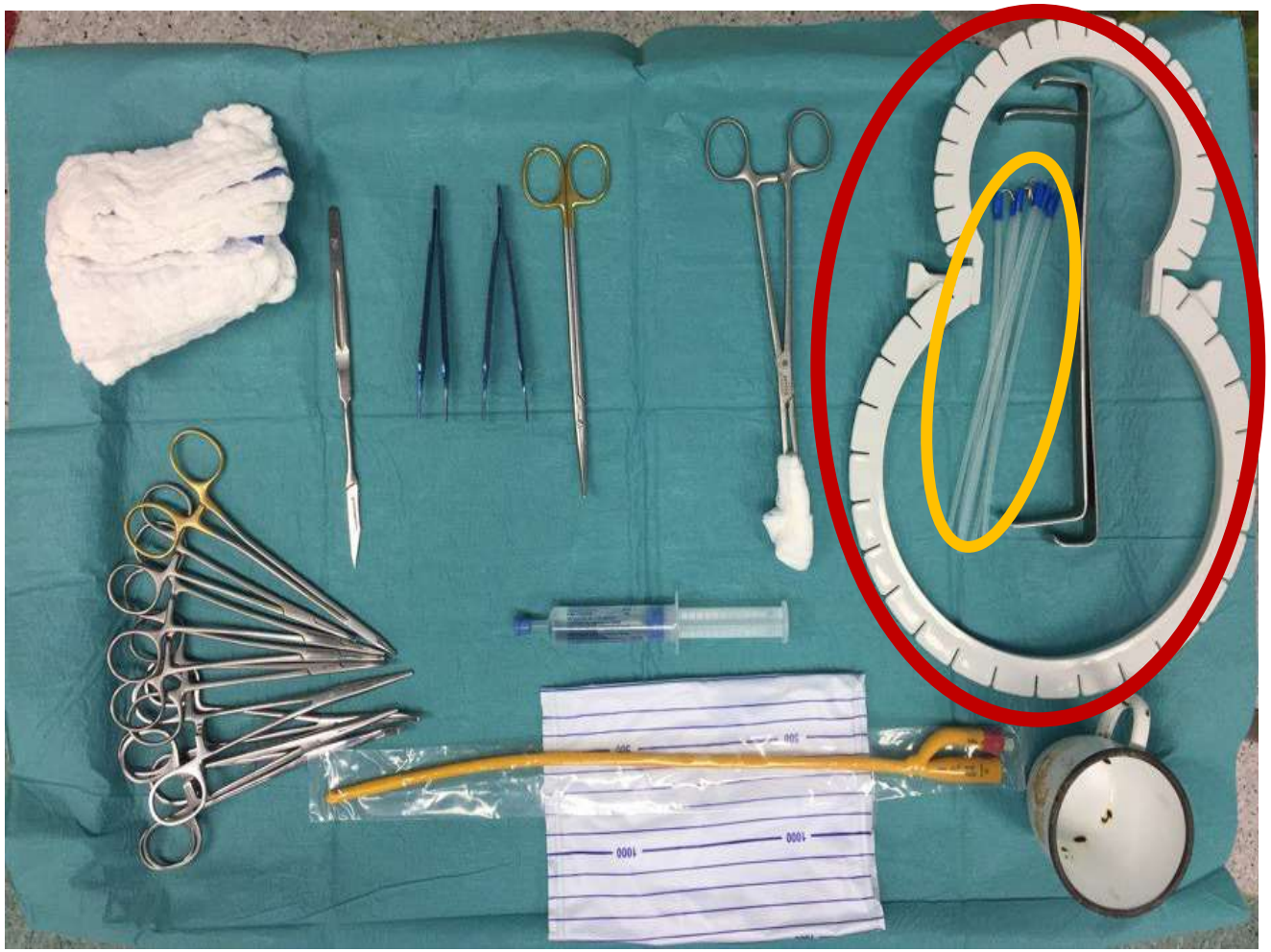
Установка уретрального катетера

Выполнение пеноскротального доступа

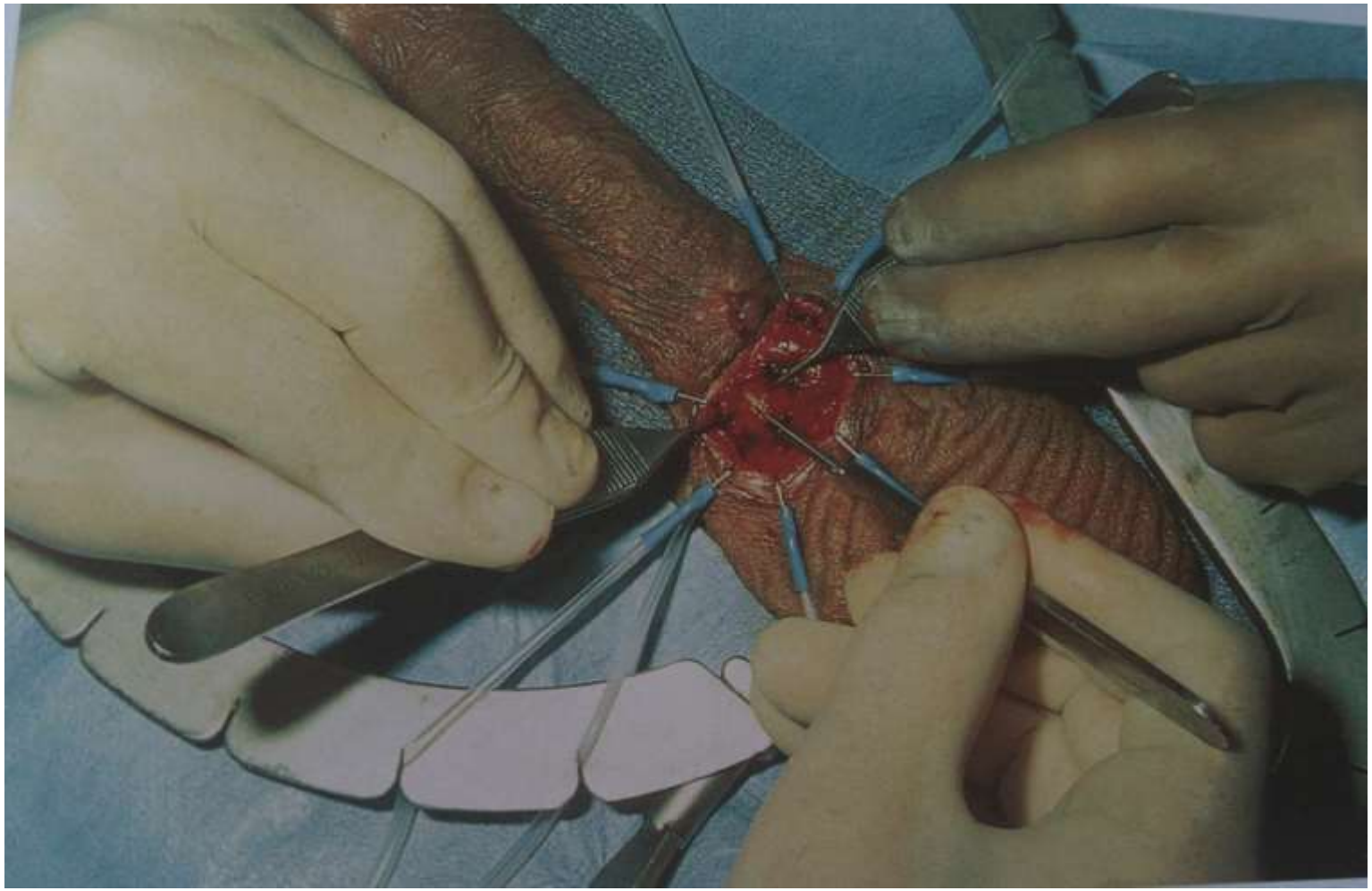
Установка ретрактора Скотта

- Кольцевой ретрактор Скотта.
- Операционные крючки (6-7).

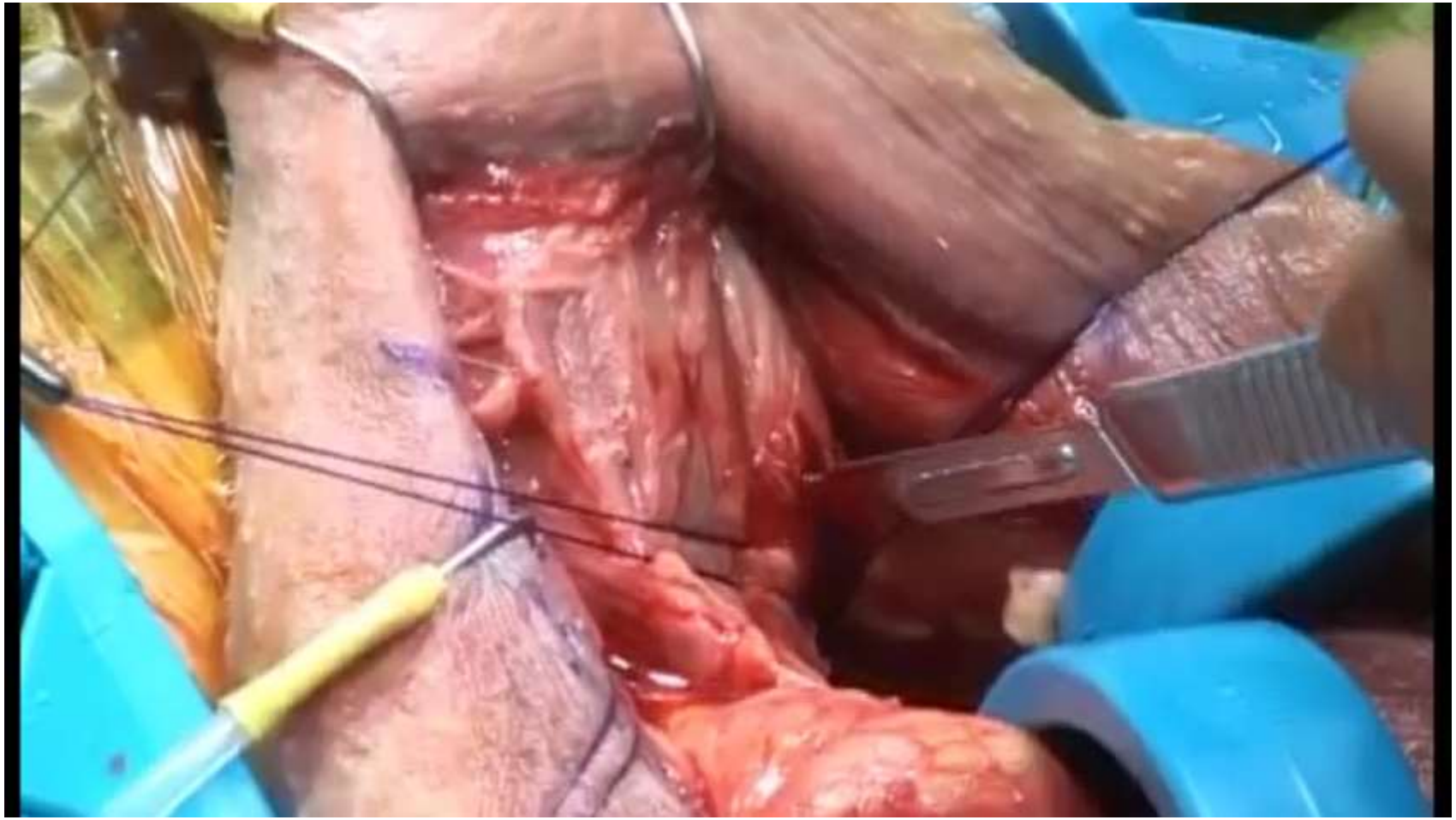




Выполнение доступа к белочной оболочке

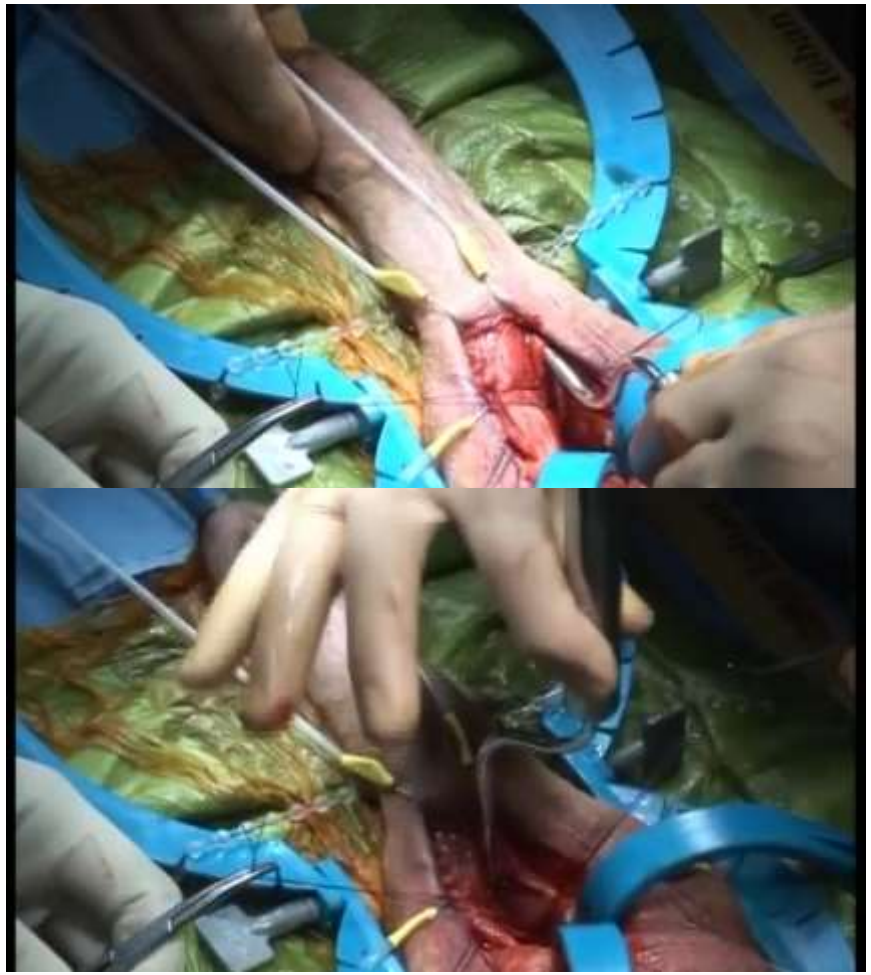


Наложение держалок, корпоротомия

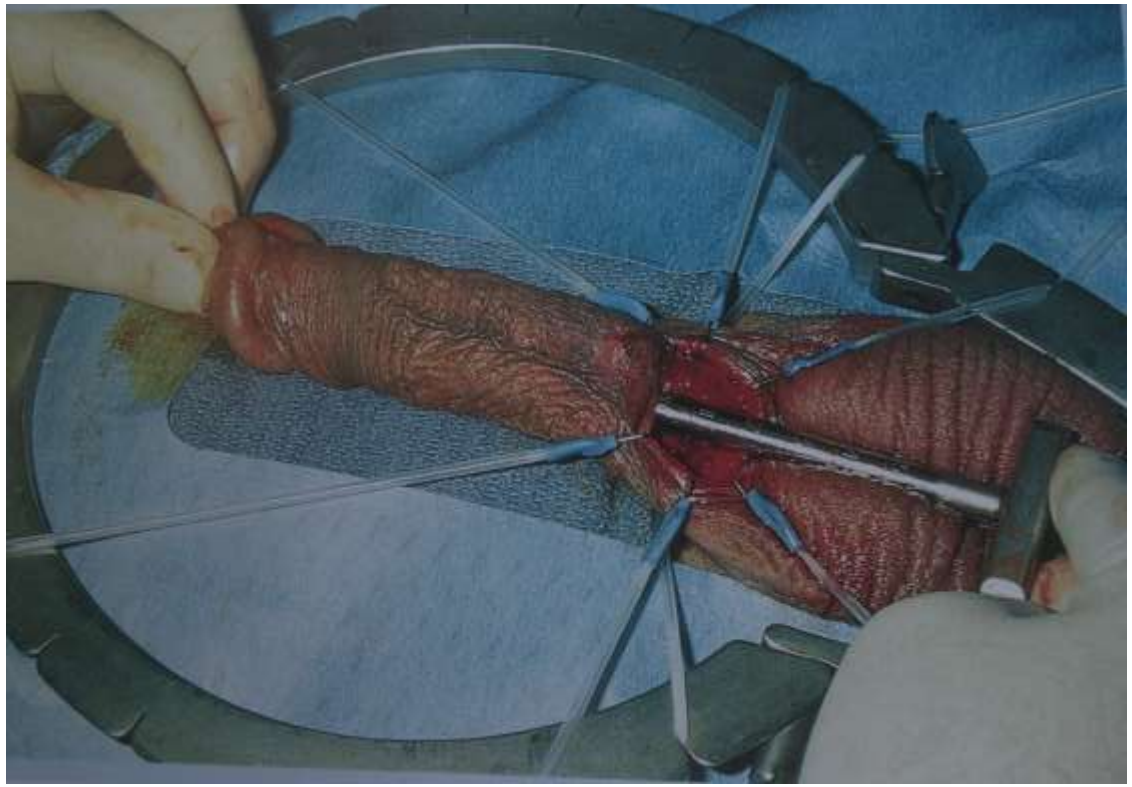


Бужирование дистальной и проксимальной части кавернозных каналов бужами Брукса.

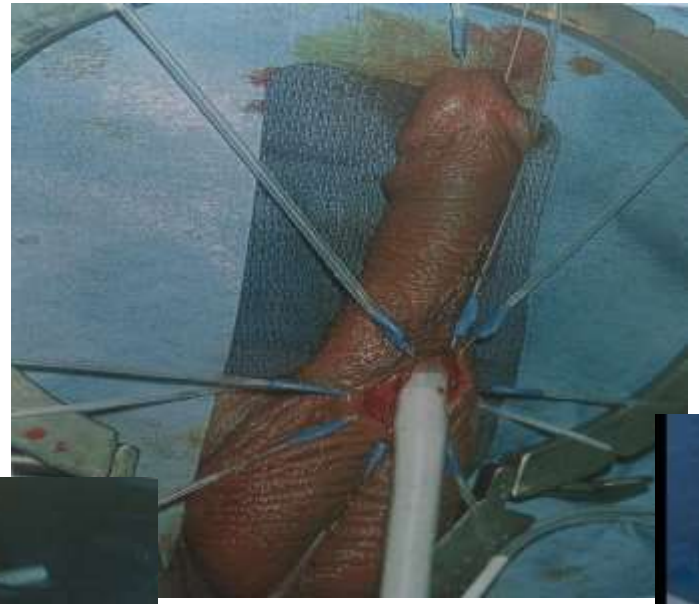
При наличии кавернозного фиброза, использование кавернотома Розелло.

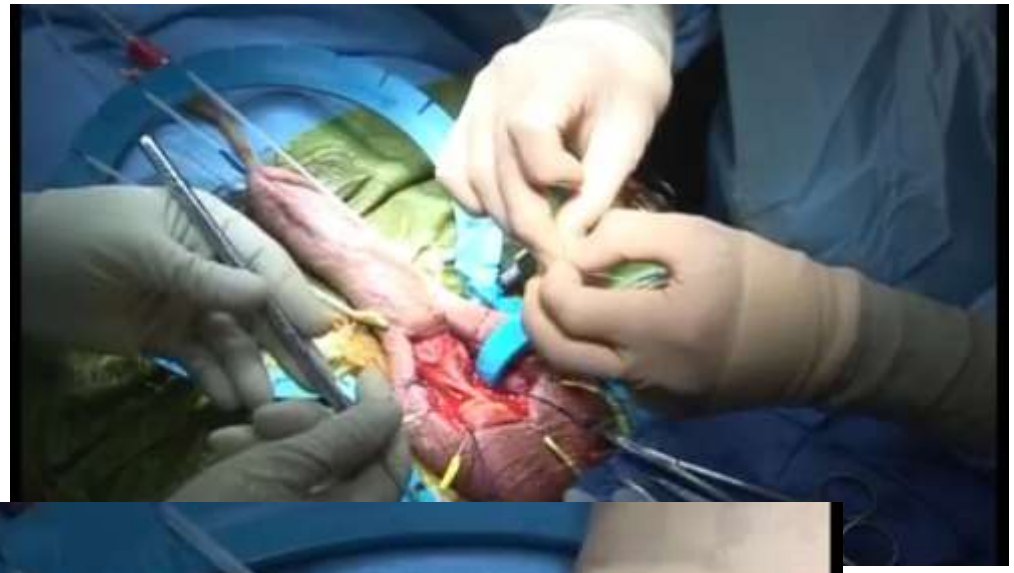


Измерение длины кавернозных тел, используя линейку Фурлоу



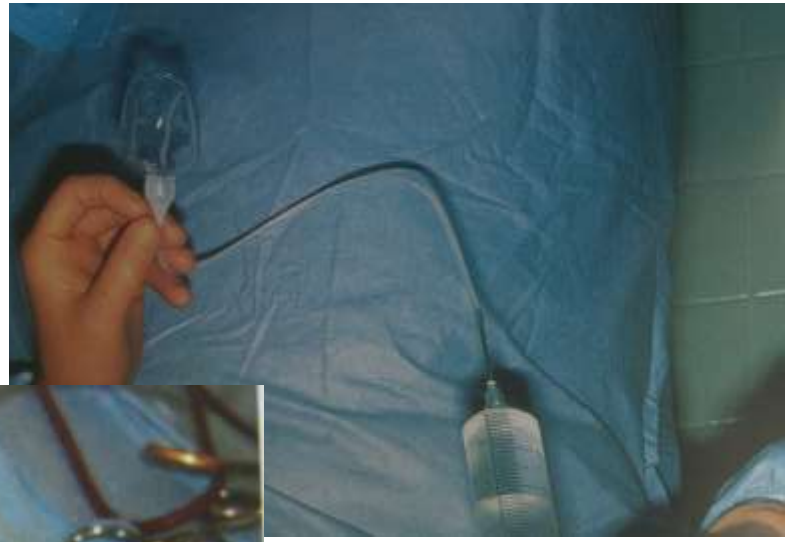
Использование линейки и интродюсера Фурлоу с заряженной иглой Кита для ведения цилиндров.
Введение цилиндров в кавернозные каналы.
Удаление лигатур.

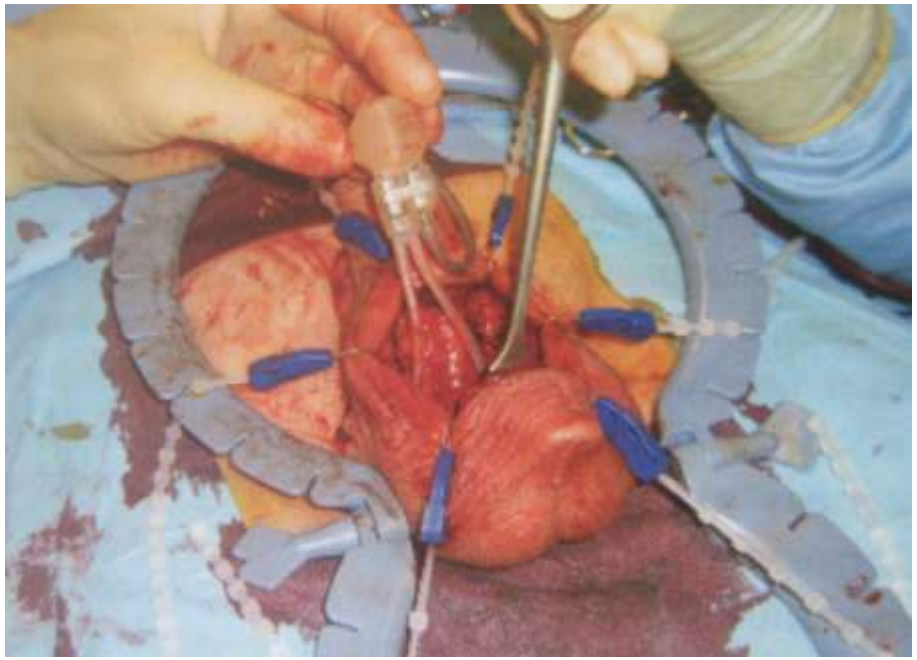


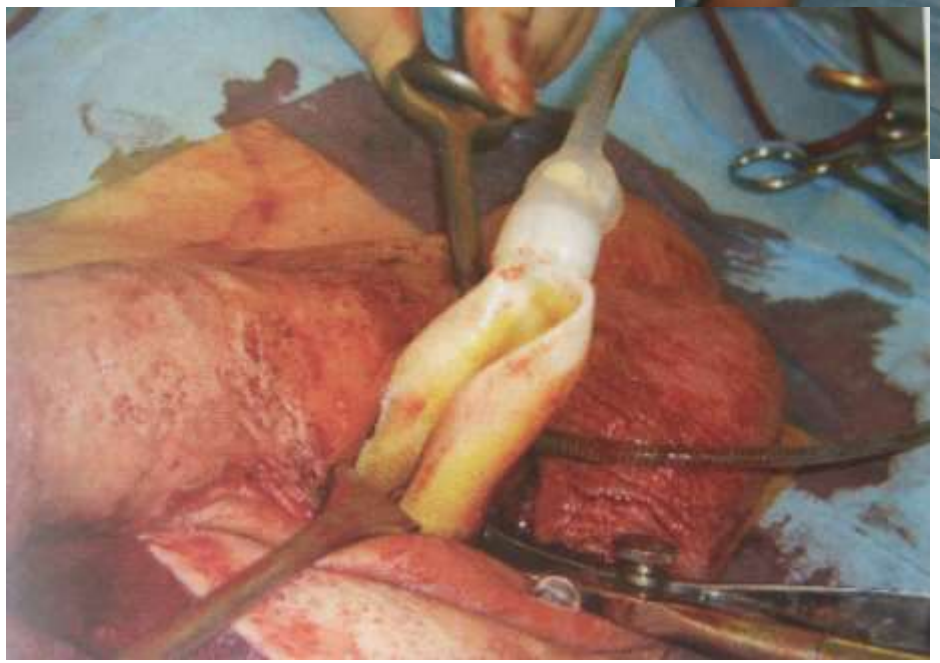


Имплантация резервуара.
Имплантация помпы в полость мошонки.

- Заполнение резервуара физиологическим раствором NaCl 0,9%, создание герметичности.







Послойное ушивание послеоперационной раны

Проведение функциональных проб интраоперационно

- Снятие кожных швов на 14 сутки,
- Начало половой жизни через 6 недель после операции.

Заключение

- Несмотря на то, что P. Walsh описал нервосберегающую технику, а сама техника операции РПЭ досконально изучена, отработана и модифицирована, сохранность ЭФ после выполнения РПЭ до сих пор остается большой трудностью;

- Протезирование полового члена является высокоэффективным **(97,9%)** и безопасным методом финальной линии лечения пациентов с эректильной дисфункцией, перенёсших РПЭ;

- Эндофаллопротезирование характеризуется высоким уровнем психосексуальной удовлетворенности пациентов после РПЭ, а также их сексуальной и социальной реабилитацией;

- Знание современных моделей фаллопротезов, а также индивидуальный подбор оптимального устройства имеет определяющее значение для психосексуальной удовлетворенности пациентов.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!