

Органосохраняющая методика лечения больных с местно-распространенным раком полового члена

Ю.В. Криворотько

Харьковский национальный медицинский университет

В большинстве развитых стран рак полового члена (РПЧ) является относительно редким заболеванием и встречается в 1–2 случаях на 100 тыс. мужского населения, что составляет 2–4% от онкозаболеваний у мужчин. Наиболее часто РПЧ диагностируют у пациентов старше 60 лет, но бывают случаи, когда данная патология имеет место у молодых людей и даже детей [1].

Важными факторами риска являются социальная принадлежность, гигиенические и религиозные плавила, курение. РПЧ редко встречается в странах, где распространено обрезание. Раннее обрезание (новорожденные, дети до полового созревания) снижает риск развития РПЧ в 3–5 раз [2]. Около 30% впервые выявленных случаев РПЧ имеют метастатическое поражение или местное распространение за пределы полового члена.

Выбор метода лечения больных РПЧ зависит от стадии заболевания и включает в себя комбинированные методики как оперативные, так лучевую и химиотерапию [3].

Основным хирургическим методом лечения является ампутиация или резекция полового члена, уровень которой зависит от расположения, размеров и местного распространения опухоли, размеров полового члена, но по общепринятой методике сохраняется принцип, по которому необходимо отступить на 2 см от края опухоли либо сохранить около 3 см полового члена для обеспечения последующего процесса мочеиспускания [4].

Существенное влияние на выбор комплексного лечения, в том числе объем хирургического вмешательства, оказывает вовлечение в процесс лимфоузлов и наличие метастазов в отдаленных органах. Первичная опухоль и региональные метастазы обычно подвергаются раздельному лечению. Важно избегать неоправданного «избыточного» лечения, которое может привести к побочным эффектам, и недостаточно агрессивного лечения, которое может уменьшать выживаемость.

Для поражений, ограниченных крайней плотью и венечной бороздой, широкое иссечение опухоли с циркумцизией способно обеспечивать адекватный локальный контроль злокачественного процесса. Оценка гистологического состояния края резекции делает достаточным отступление от края опухоли 5–10 мм. При местно-распространенных случаях РПЧ T2-T3 следует выполнять ампутиацию полового члена. Однако не все мужчины соглашались на ампутиацию даже при полной информированности об онкологическом прогнозе. В связи с этим, для пациен-

тов, страдающих данным заболеванием, чрезвычайно важна психологическая поддержка. Органосохраняющее лечение, бесспорно, позволяет добиться лучшего качества жизни, чем ампутиация полового члена, и обязательно должно проводиться при отсутствии противопоказаний к его использованию.

Мы проанализировали 44 случая РПЧ у больных с 2008 по 2015 г., которые находились на лечении в КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала». При этом только у 7 больных диагностировали местно-распространенные формы опухолевого процесса. Гистологическое исследование тканей после ампутиации или экстирпации полового члена указывало на редкое поражение опухолью тканей мочеиспускательного канала вне ее передних отделов, что вполне объяснимо самой структурой плоскоклеточного рака. Поэтому в 2012 г. профессором В.Н. Лесовым с соавторами был предложен и запатентован способ лечения местно-распространенного РПЧ [6], который предусматривает сохранение части мочеиспускательного канала больного даже при ампутиации полового члена при T2-T3 стадиях поражения опухолью.

В одном случае экстирпация полового члена сочеталась с нефаллоуретростомией и паховой лимфодиссекцией (пациент М., 60 лет, история болезни № 5075), а в другом случае через 1 год и 2 мес после ампутиации полового члена было произведено эндофаллопротезирование (пациент Л, 56 лет, история болезни № 12563).

Обязательным является наблюдение в течение 2 лет после хирургического лечения. Это связано с тем, что большинство региональных рецидивов развивается именно в течение этого времени, независимо от того, проводилось ли динамическое наблюдение, динамическая биопсия лимфоузлов или паховая лимфаденэктомия.

ВЫВОДЫ

Рак полового члена (РПЧ) является редким заболеванием мужской половой системы, распространенные формы которого требуют комбинированных методов лечения.

В случаях местно-распространенного РПЧ, когда производится ампутиация полового члена, требуется психологическая и, возможно, хирургическая реабилитация больных с целью улучшения качества их жизни.

Предложенный способ лечения местно-распространенного РПЧ позволяет обеспечить коррекцию важных функций у ряда больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary penile cancer. *Urol Oncol* 2007;25(5):361–7.
2. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005;116(4):606–16.
3. Windahl T, Andersson SO. Combined laser treatment for penile carcinoma: results after longterm follow up. *J Urol* 2003;169(6):2118–21.
4. Rees RW, Freeman A, Borley N, Ralf DJ, Minhas S. PT2 penile squa-

mous cell carcinomas: cavernosus vs. spongiosus invasion. *Eur Urol Suppl* 2008;7(3):111 (abstr 163).

5. Davis JW, Schellhammer PF, Schlossberg SM. Conservative surgical therapy for penile and urethral carcinoma. *Urology* 1999;53(2):386–92.

6. Лісовий В.М., Аркатов А.В., Книгавко О.В., Криворотько Ю.В. Спосіб лікування місцево поширеного раку статевого члена. Патент України № 77913 від 25.02.2013. Бюл. № 4. Заяв. № 02012 12703 від 07.11.2012 р.