

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Аскарар М.С., Руденко В.И., Газимиев М.А.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, кафедра урологии, г. Москва

Мочекаменная болезнь (МКБ) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) являются распространенными урологическими заболеваниями и занимают одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний по частоте обращения за медицинской помощью. Нами проанализированы данные комплексного клинического обследования и лечения 319 пациентов МКБ в сочетании с ДГПЖ, находившихся в урологической клинике ММА им. И.М.Сеченова в 2001 - 2006 г.. Всем больным, кроме общепринятых методов обследования при МКБ, проводилось комплексное уродинамическое исследование, микционная ультразвуковая цистоуретроскопия, компьютерная (спиральная, мультиспиральная) и магнитно-резонансная томография. Наибольшее количество (159) больных были в возрасте 60-69 лет, что составило 49,8% от общего количества больных. У 189 (59,2%) пациентов длительность заболевания МКБ составила от 5 до 10 лет. Нами установлено, что наибольшую группу составили 236 (74,3%) пациентов с 1-ой стадией ДГПЖ. У 142 (44,5%) пациентов камни локализовались в чашечно-лоханочной системе. Камни мочеточника наблюдались у 94 (29,5%) пациентов. У 6 (1,9%) пациентов с 1-ой стадией ДГПЖ наблюдались двусторонние камни почек. Преобладание больных МКБ с 1 стадией ДГПЖ связано с ранним выявлением гиперплазии простаты при комплексном обследовании больных МКБ. Среди пациентов с 2-ой стадией ДГПЖ, количество которых составило 70 (21,9%), преобладали больные с камнями почек-51 (15,9%) пациент. Камни мочеточника выявлены у 19 (5,9%) больных. 3-стадия ДГПЖ наблюдалась у 2 (0,6%) пациентов. Анализ анамнестических данных пациентов МКБ в сочетании с 3-ей стадией ДГПЖ указывают на позднюю обращаемость. При выборе метода лечения учитывались: выраженность клинических симптомов того или иного заболевания, локализация, структурная плотность камня, наличие дилатации верхних мочевых путей, обусловленной МКБ; показатели нарушения мочеиспускания (урофлоуметрия, количество остаточной мочи и т. д.), интеркуррентные заболевания. Всем больным перед лечебными мероприятиями по поводу МКБ (ДЛТ, ЧЛТ, КЛТ), при невыраженных нарушениях мочеиспускания (IPSS-12,9±3,5, Qmax-11,3±0,7 мл/с, остаточная моча-44,3±7,9 мл), обусловленных ДГПЖ, назначались альфа-адреноблокаторы (омник, кардура и т.д.). Дистанционная литотрипсия (ДЛТ) выполнена 214 пациентам, что в структуре всех методов лечения составило 67,1%. У 121 (37,9%) пациента ДЛТ проведена на фоне лечения альфа-адреноблокаторами. 87 (27,3%) пациентам перед ДЛТ проведена трансуретральная резекция гиперплазии простаты (ТУР ДГПЖ), так как у них была выраженная симптоматика нарушения мочеиспускания (IPSS-26,2±4,3, Qmax-4,5±0,6 мл/с, остаточная моча-91,7±6,8 мл), что могло привести к развитию ишурии в послеоперационном периоде и затруднить отхождение фрагментов конкремента. Эндоскопические методы лечения выполнены 81 пациенту и процентное соотношение данных видов лечения составило 25,4%. В структуре этого вида лечения, 23 (7,2%) пациентам проведена чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ), из них 14 (4,4%) выполнена ЧНЛТ и лечение ДГПЖ альфа – адреноблокаторами. 9 (2,9%) больным проведена ЧНЛТ и ТУР ДГПЖ. В связи с различными размерами, локализацией и структурной плотностью камней, 4 пациентам проведены комбинированные операции (ДЛТ и чрескожная нефролитотрипсия). У 2-х пациентов, в связи с миграцией крупного фрагмента в нижнюю чашечку при выполнении ЧНЛТ, в последующем была проведена ДЛТ. Контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) проведена 6 (1,9%) больным. Из общего числа больных, 71 (22,3%) пациенту не потребовалось выполнения оперативного вмешательства по поводу МКБ. В эту группу входили больные с бессимптомными камнями размером до 5 мм, локализовавшиеся в нижних и средних группах чашечек; пациенты с камнями мочеточника, у которых после назначения спазмоанальгетической терапии и альфа-адреноблокаторов, самостоятельно отошли конкременты; больные уратным нефролитиазом, которым была назначена цитратная терапия (Блемарен). Из этой группы, в связи с выраженными нарушениями мочеиспускания (IPSS-25,3±2,6, Qmax-5,1±0,4 мл/с, остаточная моча-101,3±9,1 мл), 52 (16,3%) пациентам проведена ТУР ДГПЖ. «Открытые» операции выполнены 5 (1,6%) пациентам и их процентное соотношение в структуре методов лечения составило 1,6%. Пиело- и уретеролитотомии проведены 2-м больным с крупными и высокоплотными (более 1500 НУ) камнями (внутрипочечной) лоханки и мочеточника. Резекция почки с пиелолитотомией выполнена 1 пациенту с опухолью почки, а нефрэктомия произведена больному с калькулезным пионефрозом. Таким образом, в результате проведенных исследований выявлено, что самая большая частота сочетания МКБ с ДГПЖ отмечается в возрасте 60-69 лет, а максимальное количество больных, по длительности заболевания МКБ, наблюдалось в сроки от 5 до 10 лет. Применение комплексного диагностического обследования (УЗИ, микционная ультразвуковая цистоуретроскопия, рентгеновские методы обследования, по показаниям - компьютерной томографии) позволяет выявить ДГПЖ у пациентов с МКБ на ранних клинических стадиях, что является важным в выборе метода лечения. За последние 5 лет, в связи с внедрением в практику новых малоинвазивных методов лечения, резко уменьшилось количество открытых операций, что по нашим данным составило 1,6 % в структуре больных МКБ в сочетании с ДГПЖ. Мы считаем, что основными факторами, влияющими на выбор метода лечения, являются следующие: выраженность клинических симптомов заболевания, локализация, размеры и структурная плотность камня, наличие дилатации чашечно-лоханочной системы, показатели нарушения мочеиспускания, данные трансректального ультразвукового исследования и микционной ультразвуковой цистоуретроскопии.