

И.В. Лукьянов¹, В.Г. Моталов², В.Е. Синицын³, М.Ф. Аль-Харири¹, А.В. Бакунович³
**АНАТОМИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
 ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПОЗАДИЛОННОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ**

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
 Минздрава России, г. Москва

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
 им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

³ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, г. Москва

У 57 больных раком предстательной железы до и после радикальной простатэктомии выполнена эндоректальная магнитно-резонансная томография для определения длины мембранозной уретры. Получены данные о взаимосвязи функции удержания мочи от длины мембранозной уретры. При предоперационной длине мембранозной уретры > 14 мм мочу больные удерживали в 79% случаев, а при ≤ 14 мм – в 51%. При послеоперационной длине мембранозной уретры > 13 мм мочу больные удерживали в 87% случаев, а при ≤ 13 мм – в 41%.

Ключевые слова: рак предстательной железы, радикальная позадилоная простатэктомия, недержание мочи.

I.V. Lukyanov, V.G. Motolov, V.E. Sinitsyn, M.F. Al-Khariri, A.V. Bakunovich
**ANATOMICAL AND CLINICAL ASPECTS OF URINARY INCONTINENCE
 AFTER RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY**

57 patients with prostate cancer before and after radical prostatectomy underwent endorectal magnetic resonance imaging to determine the length of membranous urethra. The data on the dependence of continence function on the length of membranous urethra have been obtained. In case of preoperative membranous urethral length >14 mm the level of urinary continence was 79%, ≤14 mm – 51%. In case of postoperative membranous urethral length >13 mm the level of urinary continence was 87%, ≤13 mm – 41%.

Key words: prostate cancer, radical retropubic prostatectomy, urinary incontinence.

Несмотря на существование большого количества методов лечения больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ), ведущим их них остается позадилоная радикальная простатэктомия (РПЭ), которая приводит к наиболее благоприятным онкологическим результатам и относительно высокому качеству жизни пациентов после операции. Одним из самых частых осложнений РПЭ является недержание мочи (НМ). Возникновению этого нежелательного явления зачастую способствуют ошибки в технике оперативного вмешательства, связанные с несоблюдением анатомических принципов при выполнении вмешательства [1; 2; 3; 4]. С учетом этого разработка анатомо-клинических критериев недержания мочи после РПЭ является актуальной задачей, позволяющей снизить вероятность возникновения такого осложнения.

Материал и методы. В исследование включены 57 больных РПЖ в возрасте от 48 до 72 лет (медиана – 62 года), которым выполнена позадилоная РПЭ. Медиана предоперационного уровня простатического специфического антигена составила 8,7 нг/мл. Пациентам до и после РПЭ выполняли эндоректальную магнитно-резонансную томографию (МРТ) для определения длины мембранозной уретры. Медиана времени наблюдения после операции составила 8 месяцев. Степень недержания мочи после РПЭ опреде-

ляли по частоте используемых прокладок: 1 – полное удержание мочи; 2 – 1 прокладка в день; 3 – 2-3 прокладки в день; 4 – ≥ 4 прокладки в день; 5 – тотальное недержание.

Результаты. По данным МРТ было выявлено, что показатели предоперационной длины мембранозной уретры у больных варьировали от 6 до 24 мм, при этом ее медиана была равна 14 мм. Значения послеоперационной длины мембранозной уретры составили от 4 до 21 мм, а ее медиана равнялась 13 мм. Полное удержание мочи имело место у 42 пациентов (73,7%), 1 прокладку в день использовали 8 пациентов (14,0%), 2-3 прокладки – 2 пациента (3,5%), ≥ 4 прокладок – 3 пациента (5,3%), а тотальное недержание мочи наблюдали у 2 пациентов (3,5%). При изучении зависимости функции удержания мочи от длины мембранозной уретры выявлены следующие данные: при предоперационной длине мембранозной уретры > 14 мм мочу удерживали 79% больных, а при ≤ 14 мм – 51%. При послеоперационной длине мембранозной уретры > 13 мм мочу удерживали больные в 87% случаев, а при ≤ 13 мм – в 41% случаев. Все представленные различия по функции удержания мочи после операции носили статистически значимый характер ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, данное исследование показало, что выполнение позадилоной РПЭ с учетом индивидуальных анатомических особенностей сфинктера уретры и

сохранением максимальной длины мембранозной уретры позволяет существенно снизить вероятность возникновения недержания мочи после оперативного вмешательства.

Сведения об авторах статьи:

Лукьянов Игорь Вячеславович – к.м.н., доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

Моталов Владимир Григорьевич – д.м.н., профессор кафедры анатомии человека ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Адрес: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Синицын Валентин Евгеньевич – д.м.н., профессор, руководитель центра лучевой диагностики ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, д. 3.

Аль-Харири Мухаммад Фирас – аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО РМАПО Минздрава России. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: firmas_alhariri@hotmail.com

Бакунович Александр Владимирович – центр лучевой диагностики ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. Адрес: 125367, г. Москва, Ивановское шоссе, д. 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Myers R.P. Practical surgical anatomy for radical prostatectomy // Urol. Clin. North Am. 2001. Vol. 28, N 3. P. 473–490.
2. Recovery of urinary continence after radical prostatectomy: association with urethral length and urethral fibrosis measured by preoperative and postoperative endorectal magnetic resonance imaging / Paparel P., Akin O., Sandhu J.S., Otero J.R., Serio A.M., Scardino P.T., Hricak H., Guillonnet B. // Eur. Urol. 2009. Vol. 55, N 3. P. 629–639.
3. A critical analysis of the current knowledge of surgical anatomy related to optimization of cancer control and preservation of continence and erection in candidates for radical prostatectomy / Walz J., Burnett A.L., Costello A.J., Eastham J.A., Graefen M., Guillonnet B., Menon M., Montorsi F., Myers R.P., Rocco B., Villers A. // Eur. Urol. 2010. Vol. 57, N 2. P. 179–192.
4. Full functional-length urethral sphincter preservation during radical prostatectomy / Schlomm T., Heinzer H., Steuber T., Salomon G., Engel O., Michl U., Haese A., Graefen M., Huland H. // Eur. Urol. 2011. Vol. 60, N 2. P. 320–329.

УДК 616.65-006.6-06-085.849.2-089-072.1

А.Г. Мартов, Д.А. Абдуллаев, А.С. Андронов, Д.О. Джалилов

А.Г. Мартов¹, Д.А. Абдуллаев¹, А.С. Андронов², Д.О. Джалилов¹ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БРАХИТЕРАПИИ

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России, г. Москва

²ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, г. Москва

Работа посвящена оценке результатов применения эндоскопических методов лечения у пациентов с обструктивными осложнениями после перенесенной брахитерапии по поводу рака предстательной железы. В исследование включены 39 пациентов с диагнозом рак предстательной железы в стадиях T1-T3, которым выполнялась интерстициальная лучевая терапия. Проведен анализ эффективности различных эндоскопических оперативных вмешательств в условиях лучевого поражения уретры и простаты.

Ключевые слова: рак предстательной железы, брахитерапия, ТУР простаты.

A.G. Martov, D.A. Abdullaev, A.S. Andronov, D.O. Dzhililov ENDOSCOPIC METHODS OF OBSTRUCTIVE COMPLICATIONS TREATMENT AFTER BRACHYTHERAPY

The scientific work is devoted to assessing the results of endoscopic treatment in patients with obstructive complications after brachytherapy for prostate cancer. The study included 39 patients with prostate cancer T1-T3 stage, who underwent interstitial radiation therapy. The analysis of the effectiveness of various endoscopic surgeries in radiation injury of urethra and prostate has been carried out.

Key words: Prostate cancer, brachytherapy, prostate transurethral resection.

Рак предстательной железы (РПЖ) считается сегодня одной из самых серьезных медицинских проблем среди мужского населения. В Европе он является наиболее распространенным солидным раком, заболеваемость которым составляет 214 случаев на 1000 мужчин, опережая рак легких и колоректальный рак. К тому же в настоящее время РПЖ занимает 2-е место среди онкологических заболеваний по смертности мужчин [1]. Наряду с «золотым стандартом» терапии локализованных форм РПЖ – радикальной простатэктомией

– в последние годы все большую популярность получает метод брахитерапии. Метод основан на внедрении в ткань предстательной железы закрытых микроисточников ¹²⁵I.

С начала применения брахитерапии до сегодняшнего дня соотношение радикальной простатэктомии (РПЭ) к брахитерапии в пользу последней неуклонно увеличивается. Так, в США с 1994 по 2003 гг. количество брахитерапий увеличилось с 4 до 52 тыс. в год. Результатом брахитерапии является безреци-