

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.С. Аскаров, В.И. Руденко, М.А. Газимиев, В.С. Саенко

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

УДК 616.62-003.7: 616.65-002-006

Проанализированы результаты лечения 368 пациентов с мочекаменной болезнью в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Проводилось комплексное уродинамическое исследование, компьютерная томография, микционная ультразвуковая мультиспиральная цистуретрография.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, диагностика, лечение.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF UROLITHIASIS OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

M.S. Askarov, V.I. Rudenko, M.A. Gazimiev, V.S. Saenko

The authors have analyzed the results of treatment of 368 patients with urolithiasis combined with benign prostatic hyperplasia. The survey involved a complex urodynamic examination, computerized tomography, voiding ultrasonic multispiral cystourethrography.

Keywords: Urolithiasis, benign prostatic hyperplasia, diagnostics, treatment.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста [1]. Частота встречаемости ДГПЖ в сочетании с мочекаменной болезнью (МКБ) по данным разных авторов варьирует от 3% до 47% [2, 3, 4, 5]. Сочетание камней почек и ДГПЖ наблюдается в 1,3–4% [5, 6, 7, 8]. По данным Ю.В. Громова [9], из 193 пациентов МКБ с ДГПЖ у 17 (8,8%) были камни почек, коралловидный нефролитиаз – у 15 (7,7%), камни мочеоточника – у 16 (8,2%), мочевого пузыря – у 130 (72,2%), мочеиспускательного канала – у 6 (3,1%) пациентов. Ф.А. Клепиков и соавт. [7] наблюдали ДГПЖ в сочетании с камнями мочеоточника у 117 больных в возрасте от 57 до 80 лет. А.Ю. Свидлер и соавт. [10] приводили данные наблюдения 6 (4,5%) больных ДГПЖ в сочетании с камнями мочеоточника. И.Б. Багисhev [11] за период с 1989 по 1999 гг. наблюдал 255 больных в возрасте от 55 до 76 лет с нефролитиазом в сочетании с ДГПЖ. М.Ф. Трапезникова и соавт. [12] за последние 15 лет наблюдали 239 пациентов МКБ, сочетающейся с инфравезикальной обструкцией, из которых у 206 мужчин (86,2%) выявлена ДГПЖ. Камни мочевого пузыря отмечены у 160 (66,9%) пациентов, камни почек – 51 (21,3%), камни мочеоточника у 26 (10,9%), а у 2 пациентов выявлены камни уретры (0,9%).

Если вопросы выбора метода лечения МКБ и ДГПЖ в отдельности достаточно освещены, то при сочетании данных урологических заболеваний многие тактические подходы к лечению полностью не разработаны. В литературе рассмотрены различные методы проведения и этапности оперативных пособий. Для предотвращения окклюзии мочеоточника камнем В.С. Карпенко и соавт. [6] проводили удаление конкремента перед аденомэктомией. При этом камень интрамурального отдела мочеоточника извлекали из устья мочеоточника после вскрытия

мочевого пузыря, а юкставезикального отдела – путем уретеротомии, или проводили одномоментную уретеролитотомию и аденомэктомию. Ф.А. Клепиков и соавт. [7] у 53 (45,3%) больных МКБ в сочетании с ДГПЖ выполняли уретеролитоэкстракцию и аденомэктомию с интубацией мочеоточника на 46–72 часа, у 19 (16,2%) – аденомэктомию и чреспузырную уретеролитоэкстракцию с интубацией мочеоточника и выведением интубирующего дренажа по уретре, у 38 (32,5%) – чреспузырную уретеролитоэкстракцию и цистотомию в связи с выраженной сопутствующей патологией, у 7 (6%) – одномоментную уретеролитотомию и аденомэктомию в связи с нахождением камня в 10–12 см от устья. Такая тактика значительно повышала эффективность лечения и избавляла больных от дополнительного вмешательства на тазовом отделе мочеоточника. Ю.В. Громов [9] у пациентов ДГПЖ с камнями почек и коралловидным нефролитиазом рекомендовал проводить в начале аденомэктомию, а при наличии атаки острого пиелонефрита, нарушенном пассаже мочи из почки, первоочередно пиелолитотомию, нефростомию. С.Х. Аль-Шукри и соавт. [13] при сочетании МКБ с ДГПЖ второй или третьей стадий проводят ТУР ДГПЖ или открытую аденомэктомию и только затем дистанционную литотрипсию (ДЛТ). М.Ф. Трапезникова и соавт. [12] наряду с эндоскопической эвакуацией фрагментов камня после ДЛТ проводят ТУР ДГПЖ. При камнях проксимального отдела мочеоточника ДЛТ используют в качестве метода лечения первой линии, при этом эффективность – 93,2%. При неэффективности ДЛТ проводят уретеролитотомию. При камнях терминального отдела мочеоточника выжидательная тактика, по данным авторов, привела к спонтанному отхождению небольших, до 5–6 мм в диаметре, конкрементов у 63,0% пациентов.

Внедрение в клиническую практику ДЛТ изменило тактику лечения МКБ, что позволило снизить количество

«традиционных» открытых операций до 5–15% [14, 15, 16, 17, 18, 19]. Особенно возрастает значение ДЛТ у геронтологических больных с МКБ, так как комплексная оценка инвазивности, клинической эффективности и влияния на качество жизни всех современных методов лечения у пожилых людей позволяет рассматривать ДЛТ методом выбора [20], и лишь когда она противопоказана или прогностически неэффективна, необходимо прибегать к альтернативным методам лечения: эндоскопическим или открытым операциям [18, 21].

Авторами проанализированы результаты лечения 368 пациентов МКБ в сочетании с ДГПЖ в возрасте от 50 до 84 лет, находившихся в урологической клинике ММА им. И.М. Сеченова за период с 2001 по 2006 гг. Пациентам, кроме общепринятых методов обследования (рис. 1), проводилось комплексное уродинамическое исследование, компьютерная томография (рис. 2), микционная ультразвуковая (рис. 3) и мультиспиральная цистоуретрография (рис. 4, 5).

Для выявления частоты МКБ в сочетании ее с ДГПЖ в возрастном аспекте, больные были распределены на 4 группы (таблица 1).

Из данной таблицы видно, что наибольшее количество (171) больных МКБ в сочетании с ДГПЖ были в возрасте 60–69 лет, что составило 46,5% от общего количества больных. Минимальное количество было в возрасте старше 80 лет – 6 (1,6%) больных, что было связано с малым числом «доживающих» до этого возраста, а также с высокой выявляемостью ДГПЖ на ранних стадиях заболевания и проведением соответствующего лечения.

Табл. 1. Распределение пациентов по возрасту (n=368)

Количество пациентов	Возрастные группы			
	50–59 лет	60–69 лет	70–79 лет	Старше 80
Абсолютное количество	91	171	100	6
Процентное соотношение	24,7	46,5	27,2	1,6

Пациентов, в зависимости от локализации конкрементов по отношению к стадиям ДГПЖ, распределили следующим образом (использовалась общепринятая классификация стадирования ДГПЖ по Guyon с учетом количества остаточной мочи), данные представлены в таблице 2.

Табл. 2. Распределение пациентов по локализации камней с учетом стадии ДГПЖ

Локализация камня	Стадии доброкачественной гиперплазии простаты			ДГПЖ, цистостома
	I	II	III	
Камни почек				
Камень лоханки	21	2		
Камень ЛМС	8	3		
Камень верхней чашечки	21	6		1
Камень средней чашечки	29	16		4
Камень нижней чашечки	48	20	1	7
Множественные камни чашечек	21	7		
Камни лоханки и чашечек	5	1		
Коралловидный камень	8	2		
Всего пациентов	161 (44,2%)	57 (15,6%)	1	12 (3,3%)
Камни мочеточника				
Камень верхней трети	26	4		
Камень средней трети	29	5		
Камень нижней трети	52	12	2	
Множественные камни мочеточника	2	1		
Всего пациентов	109 (29,9%)	22 (6,0%)	2 (0,5%)	-
Итого	270 (74,2%)	79 (21,7%)	3 (0,8%)	12 (3,3%)
Двусторонние камни	19 (5,2%)	21 (5,8%)	1 (0,3%)	3 (0,8%)
Всего пациентов	364 (100%)			

* У 4 пациентов конкременты отошли самостоятельно (локализация не установлена)



Рис. 1. Обзорный снимок мочевых путей. Коралловидный камень правой почки и камень мочевого пузыря

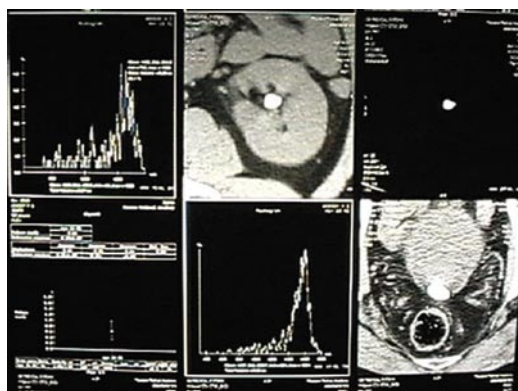


Рис. 2. Спиральная компьютерная томограмма с денситометрией. Камень почки и мочевого пузыря



Рис. 3. Ультразвуковая микционная цистоуретрография. Пунктиром обозначена шейка мочевого пузыря, далее просвет уретры резко сужен



Рис. 4, 5. Мультиспиральная микционна цистоуретрограмма. Сужение простатического отдела уретры (указано стрелкой)

Установлено, что наибольшую группу составили 270 (74,2%) пациентов с 1-ой стадией ДГПЖ. У 161 (44,2%) пациентов камни локализовались в почке. Камни мочеоточника наблюдались у 109 (29,9%) пациентов. У 19 (5,2%) пациентов с 1-ой стадией ДГПЖ выявлены двусторонние камни. Преобладание больных МКБ с 1 стадией ДГПЖ связано с ранним выявлением гиперплазии простаты при комплексном обследовании больных МКБ. Среди пациентов со 2-ой стадией ДГПЖ, количество которых составило 79 (21,7%), преобладали больные с камнями почек-57 (15,6%) пациентов. Камни мочеоточника выявлены у 22 (6,0%) больных. 3-стадия ДГПЖ наблюдалась у 3-х (0,8%) пациентов, у одного пациента конкремент локализовался в нижней чашечке, а у 2-х (0,5%) в нижней трети мочеоточника. 12 (3,3%) пациентов поступили с цистостомой.

Распределение пациентов по размерам и структурной плотности камней представлено в таблицах 3, 4.

При обследовании у 364 больных выявлено 415 камней различной локализации. 279 (67,2%) конкрементов размерами до 1,0см были выявлены у 256 (70,3%) пациентов. У 103 (28,3%) больных выявлено 113 (27,2%) конкрементов, размерами от 1,1-2,0см, а у 13 (3,5%) пациентов – 13 (3,1%) конкрементов от 2,1 до 3,0см. Коралловидные камни наблюдались у 10 пациентов (2,4%).

Компьютерная томография с денситометрией была проведена 253 пациентам. При этом, максимальное количество 143 (56,2%) конкрементов было плотностью 201-800 НУ, минимальное – 7 (2,8%), плотностью до 200 НУ. Во многих случаях средняя структурная плотность решала вопрос выбора метода операций (ДЛТ, КУЛТ и т.д.).

Результаты исследования и их обсуждение

При выборе метода лечения учитывались: выраженность клинических симптомов заболевания, локализация, структурная плотность конкремента, степень дилатации верхних мочевых путей; показатели мочеиспускания

Табл. 3. Распределение камней по размерам

Размер камней	Количество камней	
	Абсолютное количество	% соотношение
0,1-1,0 см	279	67,2
1,1-2,0 см	103	24,8
2,1-3,0 см	13	3,1
Коралловидные камни	10	2,4
Всего	415	100

Табл. 4. Распределение пациентов в зависимости от средней структурной плотности

Локализация камня	Средняя структурная плотность конкремента (НУ)				Всего пациентов
	200	201-800	801-1000	1001-1900	
Камни почек					
Камень лоханки		4	11	7	22
Камень ЛМС		1	5	3	9
Камни чашечек	7	89	26		115
Коралловидный камень		1	6	2	9
Камни мочеоточника		48	21	22	91
Итого	7 (2,8%)	143 (56,2%)	69 (27,3%)	34 (13,4%)	253 (100%)

(IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи и т. д.), результаты компьютерной томографии, интеркурентные заболевания. Всем больным, при невыраженных нарушениях мочеиспускания (IPSS-12,8±3,4, Qmax-11,4±0,6 мл/с, объем остаточной мочи – 39,3±6,7 мл), обусловленных ДГПЖ, назначались α₁-адреноблокаторы (омник, кардура и т.д.). Методы лечения (ДЛТ, ЧНЛТ и др.) представлены в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, ДЛТ выполнена 226 пациентам, что в структуре всех методов лечения составило 61,7%. У 122 (33,1%) пациента ДЛТ проведена на фоне лечения α₁-адреноблокаторами. 98 (26,6%) пациентам перед ДЛТ проведена ТУР ДГПЖ, так как у них была выраженная симптоматика нарушения мочеиспускания (IPSS-25,1±4,4, Qmax-4,7±0,5 мл/с, объем остаточной мочи – 97,4±5,7 мл), обусловленная ДГПЖ, что могло привести к развитию ишурии в послеоперационном периоде.

Рентгенэндовидоскопические методы удаления конкрементов выполнены 38 пациентам, и процентное соотношение их составило 10,3%. В структуре данного вида лечения, 28 (7,6%) пациентам проведена ЧНЛТ, из них 19 (5,2%) выполнена ЧНЛТ и лечение ДГПЖ α₁-адреноблокаторами. 9 (2,4%) 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 при выполнении ЧНЛТ, была проведена ДЛТ. КУЛТ выполнена 10 (2,7%) больным.

Из общего числа больных, 98 (26,6%) пациентам не потребовалось оперативного вмешательства по поводу

Табл. 5. Распределение пациентов по методу лечения

Виды лечения	Количество пациентов	
	Абсолютное количество	% соотношение
Дистанционная литотрипсия (ДЛТ)	226	61,4
ДЛТ	122	33,1
ДЛТ + ТУР ДГПЖ	98	26,6
ДЛТ + ЧНЛТ	6	1,6
Рентгенэндоскопические операции	38	10,3
Чрескожная нефролитотрипсия (ЧНЛТ)	19	5,2
Чрескожная нефролитотрипсия + ТУР ДГПЖ	9	2,4
Контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ)	7	1,9
КУЛТ + ТУР ДГПЖ	2	0,5
КУЛТ + ДЛТ	1	0,3
ТУР ДГПЖ	64	17,4
Медикаментозная терапия	34	9,2
Открытые операции	6	1,6
Пиелолитотомия	1	0,3
Пиелолитотомия+ДЛТ	1	0,3
Резекция почки, пиелолитотомия	2	0,5
Нефрэктомия	1	0,3
Уретеролитотомия	1	0,3
Общее количество больных	368	100

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 α_1 -адреноблокаторов, самостоятельно отошли конкременты; больные уратным нефролитиазом, которым была назначена литолитическая терапия. Из этой группы, в связи с выраженными нарушениями мочеиспускания (IPSS-24,6 $\pm$ 2,6, Qmax-4,9 $\pm$ 0,4 мл/с, остаточная моча – 107,3 $\pm$ 9,1 мл), 64 (17,4%) пациентам проведена ТУР ДГПЖ.

Открытые операции выполнены 6 пациентам, и их процентное соотношение в структуре методов лечения составило 1,6%. Пиело- и уретеролитотомии проведены 3-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, установлено, что наибольшее количество пациентов, госпитализированных по поводу МКБ в сочетании ДГПЖ, были в возрасте 60–69 лет. При выборе метода лечения у больных МКБ в сочетании с ДГПЖ необходимо учитывать: выраженность клинических симптомов заболевания, локализацию камня (камней), размеры и среднюю структурную плотность, показатели нарушения мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи), возраст, интеркуррентный фон и т.д. В связи с внедрением в практику малоинвазивных методов лечения, уменьшилось количество открытых операций, что по нашим данным составило 1,6 % в струк-

туре больных МКБ в сочетании с ДГПЖ. В значительном большинстве наблюдений (61,4%), предпочтение отдается ДЛТ, а в 31,8% используются комбинированные методы лечения.

Литература

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н. А. Лопаткина, М., 1999.
2. Гимпельсон Э.И. Камни почек и мочеточников. М.: Медгиз, 1956. – 159 с.
3. Кузьменко Л.Н. Мочекаменная болезнь. Киев. Мед.изд. УССР, 1960. – 274 с.
4. Нечипоренко А.З., Лившиц В.С. К диагностике хронического пиелонефрита у больных аденомой предстательной железы // В кн., конф., посвящ. 100 летию со дня рождения проф. Н.И.Нападкова, – Ростов на Дону, – 1969, – с. 420–426.
5. Аль-Шукри С.Х. Почечнокаменная болезнь у лиц старше 60 лет: Дисс. ...канд. мед. наук. Л., 1974.
6. Карпенко В.С., Богатов О.П. Хирургия аденомы предстательной железы. – Киев: Здоровье, 1981. – 168с.
7. Клепиков Ф.А., Лобановский П.Ф., Россихин В.В. Хирургическая тактика у больных аденомой предстательной железы и камнем нижней трети мочеточника // В кн.: Конф. урологов Казахстана, 3-я. – Актобинск, 1985. – С. 372–373.
8. Пытель А.Я. О показаниях к аденомэктомии простаты у больных с патологическими процессами в почках // Урология. – 1975. – №3. – С. 52–57.
9. Громов Ю.В. Лечение больных аденомой предстательной железы сочетаемой с хирургическими заболеваниями почек и мочевого пузыря: Дисс. ...канд. мед. наук. М., 1988.
10. Свидлер А.Ю., Гнатко А.А., Горячев С.П. Заболевание почек при аденоме предстательной железы // В кн.: Конф. урологов Казахстана, 3-я. – Актобинск, 1985. – С. 372–373.
11. Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании доброкачественной гиперплазией предстательной железы: Дисс. ...канд. мед. наук. СПб., 1999.
12. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Базаев В.В., Галько А.А. Тактика лечения пациентов с камнями мочевыводящих путей в сочетании с инфравезикальной обструкцией // Материалы 3-ей всероссийской конференции «Мужское здоровье» (Москва, 18–20 октября 2006). М., 2006. С. 268–269.
13. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н., Сапелкин А.В., Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. – М., 1998. – С. 278–279.
14. Segura J.W. Current Surgical approaches to nephrolithiasis. Endocrinol. Metab. Clin. North. Am. 1990; 19: 912–925
15. Bichler K.N., Lahme S., Strohmaier W.L. Indications for open stone removal of urinary calculi. Urol. Int. 1997; 59(2): 102–108.
16. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. 15 летний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ // Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28–30 апреля 2003 г.). М., 2003. С. 5–25.
17. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.-С.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения. М., 2006.
18. Руденко В.И. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и выбора метода лечения: Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2004.
19. Tiselius H.-G., Ackermann D., Alken P., Buck C., Conort P., Gallucci M. Guidelines on Urolithiasis.EAU, 2002.
20. Байбарин К.А. Оперативные методы лечения нефролитиаза у геронтологических больных: Дисс. ...канд. мед. наук. М., 2004.
21. Бешлиев Д.А. Опасности, ошибки, осложнения дистанционной литотрипсии, их лечение и профилактика. Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2003.