

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНОГО НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

М. Крстич, А.А. Морозов, О.Н. Ветчинникова, В.А. Самусевич

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Представлено клиническое наблюдение успешной трансуретральной фотоселективной лазерной вапоризации при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у больного, получающего заместительную терапию перитонеальным диализом.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, фотоселективная вапоризация простаты, перитонеальный диализ.

BENIGN HYPERPLASIA OF THE PROSTATE IN A PATIENT ON PERITONEAL DIALYSIS: CONTEMPORARY THERAPEUTIC POSSIBILITIES

M. Krstitch, A.A. Morozov, O.N. Vetchinnikova, V.A. Samusevich

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI)

Clinical observation of the successful transurethral photoselective laser vaporization is presented in a patient with benign prostate hyperplasia undergoing replacement therapy with peritoneal dialysis.

Key words: benign hyperplasia of the prostate, photoselective prostate vaporization, peritoneal dialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных урологических заболеваний. Медико-социальная реабилитация и прогноз жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в терминальной стадии зачастую определяются не столько основным заболеванием и методом заместительной почечной терапии, сколько присоединением сопутствующих заболеваний. Разработка и внедрение в медицинскую практику принципиально новых научных идей позволяет изменить отношение к лечебному процессу и коренным образом улучшить результаты лечения того или иного патологического состояния. Трансуретральная резекция простаты (ТУР) является наиболее эффективным методом оперативного лечения ДГПЖ с обструктивной симптоматикой. Но возможные осложнения – ТУР-синдром (гипонатриемия) и кровотечение – ограничивают применение данной методики у пациентов группы риска со стороны сердечно-сосудистой системы, а также у пациентов, принимающих антикоагулянты. Это обуславливает поиск

альтернативных малоинвазивных методов лечения, одним из которых является трансуретральная фотоселективная вапоризация предстательной железы (ФВПЖ) с использованием калий-титанил-фосфатного лазера [1, 2, 3].

Приводим клиническое наблюдение.

Больной С., 72 лет, с диагнозом поликистоз почек и печени. Наблюдается в консультативно-диагностическом отделении МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с 2008 г., когда зарегистрирована терминальная стадия ХПН: скорость клубочковой фильтрации 7,5 мл/мин, креатинин крови 770 мкмоль/л, АД 140/80 мм рт. ст., гемоглобин 120 г/л, общий белок крови 68 г/л. Тогда же была выполнена имплантация перитонеального катетера, а через неделю начато лечение перитонеальным диализом в постоянном амбулаторном режиме: объем – 8 л 1,36% диализа в сутки. Удовлетворительная медицинская и социальная реабилитация наблюдалась на протяжении двух лет.

В 2010 г. больной стал отмечать затрудненное начало мочеиспускания. С его слов струя мочи «вялая», прерывистая, тонкая, вынужден тужиться для осуществления моче-

испускания, появилось ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Назначенная медикаментозная терапия (тамсулозин гидрохлорид 400 мкг/сут) не дала ожидаемого эффекта. Обследование и подготовка к операции не отличались от таковых при стандартных трансуретральных резекциях простаты.

В амбулаторных условиях больному начат комплекс медицинских диагностических мероприятий (физикальное, лабораторное и инструментальное обследования), заполняется опросный лист международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы и качества жизни, выраженных в баллах (шкалы IPSS и QoL). За сутки до операционного вмешательства выполнено внутривенное введение антибиотика (ципрофлоксацин) в дозе 1,0 г/сут. После операции данная терапия продолжалась в течение 10 дней.

Данные проводимых диагностических исследований.

При пальцевом ректальном обследовании выявлено: предстательная железа увеличена в размерах, безболезненная, плотноэластической консистенции, центральная бороздка сглажена. В клиническом анализе крови: гемоглобин 149 г/л, эритроциты $4,81 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$; тромбоциты $257 \times 10^9/л$; лимфоциты 26%; СОЭ 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л; альбумин 34 г/л; билирубин (общий) 13,6 мкмоль/л; холестерин (общий) 4,2 ммоль/л; аланинаминотрансфераза 18 ед/л; аспаратаминотрансфераза 19 ед/л; щелочная фосфатаза 67 ед/л; калий 3,3 ммоль/л; натрий 136 ммоль/л; креатинин 530 мкмоль/л; мочевина 24,5 ммоль/л.

Коагулограмма: МНО 0,98; тромбиновое время 22 сек. Исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам: роста не выявлено.

Гормональные анализы: общий ПСА 1,7 нг/мл, свободный – 0,4 нг/мл, соотношение свободного и общего ПСА 23,5%.

Трансректальная ультрасонография: визуализируется увеличение предстательной железы в размерах за счет всех долей, объем около 45 см³, объем остаточной мочи около 150 мл. При микционной цистогрфии: расширение мочеточников не обнаружено. При рентгенологическом исследовании мочеточника после его ретроградного заполнения контрастным веществом и мочеиспускания выявлено, что уретра удовлетворительно контрастируется во всех отделах,

имеется некоторое неравномерное уменьшение просвета в области мембранозной части. Суммарный показатель шкал: IPSS 18 баллов, QoL 5 баллов. Для выполнения оперативного вмешательства больной был госпитализирован в урологическое отделение.

Метод ФВПЖ с помощью системы GreenLight PV^(tm) фирмы Laserscope®, San Jose, CA, выполнялся следующим образом. Больной укладывался в эндоскопическое кресло. Анестезиологическое пособие оперативного вмешательства – перидуральная анальгезия. Операционное поле обрабатывалось 20% спиртовым раствором хлоргексидина. В качестве промывной жидкости использовалась очищенная через бактериальные фильтры стерильная вода. В мочевой пузырь вводился тубус 24 Ch с оптическим obturatorом, затем подавалась промывная жидкость, постоянно ирригирующая операционную полость. Проводилась цистоскопия с использованием оптики переднебокового видения 12° с переходником, имеющим рабочий канал для световода. На оптический зонд надевалась камера с фильтрационной мембраной. По рабочему каналу проводился световод. После вапоризации всех долей ткань в перикалликулярной зоне удалялась до наружного сфинктера. Дистанция от световода до ткани простаты составляла 1-2 мм. В момент операции производилось вращательное движение световода в сагиттальной плоскости, а также его дистальное и проксимальное введение. Конечный этап операции характеризовался появлением стромальной ткани, которая плохо подвержена эффекту вапоризации. После окончания оперативного вмешательства в мочевой пузырь устанавливался катетер Фоллея размером 20 Ch.

Непосредственный послеоперационный период протекал без осложнений. Промывная жидкость и моча визуально не содержали примеси крови, что позволяло не применять натяжение уретрального катетера и удалить его через двое суток. Больному продолжена антибактериальная, противовоспалительная терапия (диклофенак 50 мг/сут). Контрольное обследование проводилось перед выпиской (на 3-5-е сутки) больного из стационара и через 1, 3, 6 и 12 месяцев (см. таблицу) после оперативного вмешательства (оценка жалоб по шкале IPSS, индекс качества жизни, урофлоуметрия, УЗИ простаты). После выписки больной в удовлетворительном состоянии, продолжает лечение перитонеальным диализом.

Контрольное обследование после оперативного вмешательства

Показатель	До ФВПЖ	После ФВПЖ				
		на 3-5-е сутки	через 1 месяц	через 3 месяца	через 6 месяцев	через 12 месяцев
Остаточный объем мочи, мл	150	35	15	10	5	0
IPSS, баллы	18	13	8	3	0	0
QoL, баллы	5	3	2	1	0	0

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансуретральная ФВПЖ интересна с нескольких точек зрения. Этот метод современной малоинвазивной хирургии обеспечивает эффективное удаление ткани аденомы предстательной железы при незначительном количестве послеоперационных осложнений, что выгодно отличает его от ТУР простаты. ФВПЖ не является конкурирующим способом, а наоборот, расширяет возможности урологических пособий у мужчин с ДГПЖ в возрастной группе 60-70 лет. Важен и другой момент: в группе повышенного риска (больные с терминальной ХПН) при однотипном спектре с общей популяцией сопутствующей патологии распространенность и тяжесть её течения, как правило, более выраженные. Это, а также множественность биохимических отклонений, свойственных терминальной ХПН,

зачастую ограничивают применение общепринятых методов лечения. В таких случаях выполнение ФВПЖ представляется обоснованным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Malek R.S., Kuntzman R.S., Barrett D.M. Photoselective potassium-titanyl-phosphate laser vaporization of the benign obstructive prostate: observations on long-term outcomes // J. Urol. 2005. V.174. P.1344-1348.
2. Reich O., Bachmann A., Siebels M. et al. High power (80 W) potassium-titanyl-phosphate laser vaporization of the prostate in 66 high risk patients // J. Urol. 2005. V.173. P.158-160.
3. Sandhu J.S. et al. High-power potassium-titanyl-phosphate photoselective laser vaporization of prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia in men with large prostates // Urology. 2004. V.64. P.1155-1159.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Н.М. Захарова, И.С. Шатохина, В.П. Волошин, А.В. Еремин, В.С. Зубиков, С.А. Ошкуков, А.А. Цыбин

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)

Представлены результаты цитологического исследования параартикулярной ткани крупных суставов нижних конечностей у 23 больных с осложнениями после эндопротезирования. Впервые выделены три варианта цитогамм: хронического продуктивного (репаративного) воспаления, хронического воспаления с резорбцией костной ткани, реактивного состояния в ответ на инородное тело. Это позволило выявить особенности воспалительного процесса и судить об уровне местного иммунитета, что может служить основанием для выбора дальнейшей тактики лечения послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: воспаление, цитологический метод исследования, эндопротезирование крупных суставов.

THE FEATURES OF THE LOCAL INFLAMMATORY REACTION IN THE AREA OF SURGICAL INTERVENTION FOR ENDOPROSTHETICS OF THE MAJOR VESSELS

N.M. Zakharova, I.S. Shatochina, V.P. Voloshin, A.V. Eriomin, V.S. Zubikov, S.A. Oshkukov, A.A. Tsybin

M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI)

Results of cytological investigation of the paraarticular tissue of the lower extremity major joints were presented in 23 patients with complications after endoprosthesis replacement. Three cytogram variants were distinguished for the first time: chronic productive (reparative) inflammation, chronic inflammation with bone tissue resorption, and reactive condition in response to a foreign body. It allowed revealing the peculiarities of inflammatory process and assessing the level of the local immunity which can serve a basis for the choice of further therapeutic tactics in treatment of postoperative complications.

Key words: inflammation, cytological investigation method, major joint endoprosthesis replacement.