

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., Guillonneau 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., Bumett A.L., Costello A.J., Eastham J.A., Graefen M., Guillonneau 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-

дивная выживаемость от 66 до 95% при сроках наблюдения 5-12 лет [2,3].

Несмотря на то, что брахитерапия представляется как малоинвазивный метод лечения рака предстательной железы, ему, как и любому методу лечения присущи различные осложнения. На основании многоцентровых исследований разработана классификация расстройств мочеиспускания после брахитерапии, которые включают три степени нарушений: первая степень – это ранняя обструктивная симптоматика, требующая приема альфа-адреноблокаторов. Вторая степень требует интермиттирующей катетеризации. При третьей степени требуется либо оперативное лечение, либо в меньшей степени цистостомия и бужирование уретры [4,5].

Осложнения брахитерапии в свою очередь можно разделить на ранние и поздние. Ранние, возникающие до 12 месяцев после операции, – это в основном ирритативные расстройства мочеиспускания, острая задержка мочеиспускания, стриктуры уретры, проктит. Патогенез ранних осложнений, по нашему мнению, в основном обусловлен отеком предстательной железы, лучевым простатитом и уретритом вследствие высокой дозы облучения, приходящейся на эти органы (до 200 Гр для предстательной железы и 120 Гр для уретры). Так, частота острой задержки мочеиспускания после брахитерапии, по данным разных авторов при достаточном количестве наблюдений составляет от 5 до 22% случаев [2,3,6]. Консервативное лечение, как правило, оказывается эффективным, однако применение интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря может приводить к развитию стриктур или облитераций уретры. В качестве первой медицинской помощи в таких ситуациях обычно больным устанавливают эпицистостому, которая, решая проблему оттока мочи из мочевого пузыря в свою очередь усложняет последующее восстановление самостоятельного мочеиспускания. Помимо этого имеет место пустой мочевой пузырь, что также увеличивает вероятность развития лучевого цистита.

К поздним осложнениям, возникающим позднее 12 месяцев после брахитерапии, относят: склероз простаты (шейки мочевого пузыря), недержание мочи, стриктуру уретры, гематурию, эриктильную дисфункцию, проктит, а также осложнения эндоскопической хирургии после брахитерапии (2,6). Так, например, по данным ряда авторов, причиной стрессового недержания мочи у больных после брахитерапии в большинстве случаев яв-

ляется трансуретральная резекция предстательной железы, выполненная с целью ликвидации инфравезикальной обструкции [5,6].

Таким образом, сохранение и повышение качества жизни является принципиальной задачей для пациентов после брахитерапии. Профилактика и своевременная коррекция осложнений, возникших на фоне проведения интерстициальной лучевой терапии, являются важными факторами лечения больных данной категории и в значительной степени могут улучшить качество их жизни. Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий открывает новые перспективы в лечении пациентов с обструктивными осложнениями брахитерапии рака предстательной железы [7,8].

Материал и методы. В основу работы положено исследование результатов эндоскопического лечения обструктивных осложнений брахитерапии. В исследование были включены 39 пациентов, которым в период с 2001 по 2012 годы производилось оперативное лечение по поводу обструктивных осложнений после произведенной брахитерапии в связи с раком предстательной железы в стадиях T1-T3. Всем пациентам выполнялась брахитерапия с I-125. Операции выполнялись на базе Городской клинической урологической больницы №47 города Москвы (теперь ГКБ № 57).

Из всех больных 16 были госпитализированы по поводу острой задержки мочеиспускания и 22 – в связи с хронической задержкой мочеиспускания. У одного пациента был диагностирован правосторонний уретерогидрнефроз. 19 пациентов после брахитерапии продолжался курс адъювантной гормонотерапии, 7-ми дополнительно проведен курс дистанционной лучевой терапии.

Возраст пациентов колебался от 59 до 82 лет. Показатель ПСА после проведенной брахитерапии варьировал от 0,02 до 1,2 нг/мл. По результатам предоперационного обследования объем предстательной железы составлял от 23 до 87 см³.

Всем пациентам проводилось стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование, начинавшееся со сбора, изучения жалоб и анамнеза, физикального осмотра. Лабораторные исследования подразумевали клинический биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмму, а также посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Основными инструментальными методами обследования явились ультразвуковое исследование мочевого пузыря, простаты, обзорная урография, восходящая и

микционная цистография. В отдельных случаях выполнялась магнитно-резонансная томография органов малого таза, динамическая нефросцинтиграфия. Контрольное обследование было произведено всем пациентам спустя 1,3,6 и 12 месяцев и включало в себя сбор жалоб по шкале IPSS/QoL, урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и контроль ПСА.

Большая часть оперативных вмешательств проводилась под эпидуральной анестезией у 35 пациентов. В остальных случаях, учитывая выраженные изменения позвоночника, методом выбора был эндотрахеальный наркоз.

8 пациентам по поводу острой и хронической задержки мочеиспускания, возникшей на 9-58-е сутки после брахитерапии, выполнялось эндопротезирование простаты (рис 1).

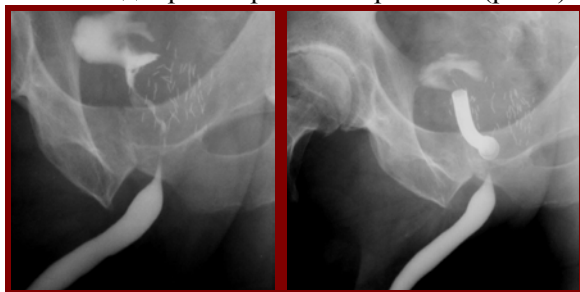


Рис.1. Уретрограммы больного С., 68 лет, 3 месяца после брахитерапии, хроническая задержка мочеиспускания. Установлен простатический стент «Memokath»

В последующем через 7-11 месяцев им всем была выполнена ТУР простаты после удаления простатического стента. 14 пациентам выполнена внутренняя уретротомия или реканализация уретры по поводу ее стриктуры или облитерации, возникшей на 3-32-й месяцы после брахитерапии: 3-м больным внутренняя уретротомия выполнялась дважды, 1-му трижды. В 5-ти случаях операция завершалась установкой уретрального эндопротеза (рис.2).

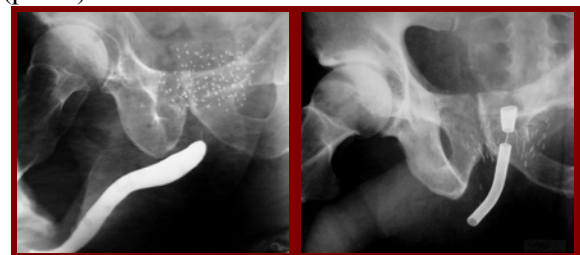


Рис.2. Больной Г., 72 года, 1 год после брахитерапии, облитерация уретры, выполнена реканализация бульбозного отдела уретры с установкой эндопротеза Porges Urospiral 3

В 7 случаях внутренняя уретротомия сочеталась с инцизией или ТУР простаты. 16 пациентам через 8-72 месяца после брахитерапии выполнена ТУР простаты в связи с хронической задержкой мочеиспускания

(рис.3): 2-м выполнено это дважды, а у 5-ти сочеталось с цистолитотрипсией.



Рис.3. Больной Н., 75 лет, 2,5 года после брахитерапии, хроническая задержка мочеиспускания, ТУР простаты. Удаление лучевых источников

У пациента с правосторонним уретерогидронефрозом, обусловленным лучевой стриктурой терминального отдела и камнем нижней трети правого мочеточника, развившимся в результате чрезмерно близкого расположения к устью имплантируемых радиоактивных зерен, выполнена трансуретральная резекция мочеточникового устья с эндоуретеротомией, уретеролитоэкстракцией и удалением радиоактивных зерен.

Результаты и обсуждение. Ранний послеоперационный период протекал гладко, всем больным восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Время операции составило от 20 до 55 минут. Технической особенностью резекционных операций явилось отсутствие чрезмерного радикализма во время вмешательства. В послеоперационном периоде у 2 больных отмечена острая задержка мочеиспускания, вызванная миграцией эндопротеза, потребовавшая его репозиции, и в 3 наблюдениях на 2-е сутки после операции отмечен острый эпидидимит. Сроки госпитализации составили от 6 до 10 суток. Во всех случаях нами не было отмечено прогрессии основного заболевания, также не зарегистрировано значимого изменения ПСА крови. Уродинамические показатели после трансуретральных операций были характерны для необструктивного типа мочеиспускания при отсутствии значимого объема остаточной мочи, показатели IPSS/QoL составили 12,1/3,1. У больного после эндоуретеротомии при контрольном обследовании через 12 месяцев данных о нарушении оттока мочи не выявлено.

Выводы. Эндоскопические методы лечения являются эффективными и безопасными в ликвидации обструктивных осложнений брахитерапии рака простаты. Брахитерапия должна с осторожностью выполняться пациентам, имеющим необструктивную аденому предстательной железы размерами свыше

60см³. В случае выявления стриктуры уретры (в качестве причины задержки мочеиспускания) необходимо выполнение внутренней уретротомии, а при рецидивном течении заболевания целесообразно завершить операцию установкой уретрального стента.

Сведения об авторах статьи:

Мартов А.Г. – д.м.н., профессор, зав. отделением ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: martovalex@mail.ru.

Абдуллаев Д.А. – врач-уролог, аспирант кафедры андурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

Андронов А.С. – врач-уролог ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51.

Джалилов Д.О. – врач-уролог, аспирант кафедры андурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1. E-mail: endourology@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак предстательной железы // Клиническая онкоурология (под ред. Б.П. Матвеева). – М.: «АБВ-пресс», 2011. – С. 495-561.
2. Костин, А.А. Факторы прогноза осложнений брахитерапии при комплексном лечении рака предстательной железы /А.А. Костин, А.В.Сёмин, А.Д.Каприн, А.Д.Цыбульский // Андурология и генитальная хирургия. – 2010. – №2. – С. 33-38.
3. Мартов, А.Г., Гущин, Б.Л. Роль трансуретральной резекции в устранении инфравезикальной обструкции, вызванной раком предстательной железы // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – 1999. – С. 232-233.
4. Мартов, А.Г., Сивков, А.В., Ощепков, В.Н. Эндоскопические методы лечения обструктивных осложнений брахитерапии. – М., 2010. – Второй Российский конгресс по андурологии и новым технологиям. – С. 63-64.
5. Brandeis JM, Litwin MS, Burnison CM, Reiter RE. Quality of life outcomes after brachytherapy for early stage prostate cancer. J Urol. 2000;163:851-857.
6. Stone N., Stock R., Unger P. Long term biochemical and local control following real-time 1-125 brachytherapy for localized prostate cancer // Eur Urol Suppl. –2003. –Vol. 2. – N 1. – P. 134.
7. Wehle M.J, Scott W. L. et al. Prediction of Genitourinary Tract Morbidity After Brachytherapy for Prostate Adenocarcinoma// Mayo Clin Proc, March 2004, Vol 79.
8. Stone N.N., Stock R.G. Complications Following Permanent Prostate Brachytherapy // Eur Urol. – 2002. – Vol. 41. – P. 427 – 433.

УДК 616.62-003.7-089.879-089.166.5

© И.П. Матюхов, Н.А. Григорьев, 2013

И.П. Матюхов, Н.А. Григорьев

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Используя разработанное нами устройство для изменения положения больного на операционном столе при чрескожной нефролитотрипсии, хирург, отталкиваясь от полученных при обследовании данных, может придать больному наиболее выгодное положение, для последующего выполнения максимально эффективного оперативного пособия. Устройство позволяет существенно облегчить работу оператора на этапе формирования чрескожного доступа у пациентов с избыточной массой тела, имеющих особенности конституционального строения могущих приводить к возникновению затруднений на этапе формирования доступа. В нашем исследовании приняли участие 12 пациентов. На спине прооперированно 5 пациентов, 7 пациентов прооперированно в положении на животе. Всем наблюдаемым выполнялось чрескожное пособие с использованием надувной подушки для чрескожной нефролитотрипсии.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, чрескожная нефролитотрипсия, формирование доступа

I.P. Matyukhov, N.A. Grigoryev

DEVICE FOR CHANGING PATIENT'S POSITION ON THE OPERATING TABLE IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Using the developed device for changing patient's position on the operating table during PCNL the surgeon guided by the observational studies data can position the patient the most advantageous way in order to make the subsequent surgical approach as efficient as possible. The device provides significant facilitation of surgeon's performance at the stage of creating the percutaneous access in stout patients who have constitutional features potentially hampering the creation of the access. 12 patients participated in our study, 5 of them underwent surgery in the supine position whereas the remaining 7 - in the prone position. The percutaneous surgery in all cases was performed using inflatable air cushion for percutaneous nephrolithotomy.

Key words: urolithiasis, percutaneous nephrolithotomy, creation of access

Известно, что при выборе направления нефростомического канала и точки пункции на этапе доступа при чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), всегда учитываются особенности скелетотопии, анатомии чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки, количества, локализации и характеристик конкре-

ментов [2]. Правильно выбранное направление нефростомического канала, позволяет эффективно осуществить дезинтеграцию конкрементов и их фрагментов с наименьшим риском возникновения интраоперационных осложнений [1,3].