

Д.О. Джалилов, А.Г. Мартов, Д.А. Абдуллаев
**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ**
*ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России, г. Москва*

Работа посвящена оценке результатов применения эндоскопических методов лечения у пациентов с обструктивными осложнениями после перенесенной радикальной простатэктомии. В исследование включены 68 пациентов с диагнозом рак предстательной железы в стадиях T1-T3, которым выполнялась радикальная простатэктомия. Определена оптимальная лечебная тактика у больных с обструктивными осложнениями радикальной простатэктомии.

Ключевые слова: рак предстательной железы, радикальная простатэктомия, уретроцистоанастомоз.

D.O. Dzhililov, A.G. Martov, D.A. Abdullaev
**ENDOSCOPIC METHODS IN TREATMENT OBSTRUCTIVE COMPLCATIONS
AFTER RADICAL PROSTATECTOMY**

The scientific work is devoted to assessing the results of endoscopic treatment of patients with obstructive complications after radical prostatectomy. The study included 68 patients with prostate cancer in stage T1-T3, who underwent radical prostatectomy. The optimal treatment for patients with obstructive complications of radical prostatectomy has been established.

Key words: prostate cancer, radical prostatectomy, urethral anastomosis.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных и социально значимых заболеваний и занимает второе место по частоте выявления среди всех злокачественных новообразований у мужчин во всем мире и шестое место среди причин смерти от рака, при этом наиболее высокие показатели зарегистрированы в развитых странах Европы и Северной Америки. «Золотым стандартом» и наиболее часто встречающимся оперативным вмешательством при локализованном раке предстательной железы является радикальная простатэктомия (РПЭ). Преимуществами РПЭ являются полное удаление опухоли, точное определение стадии заболевания, излечение сопутствующей аденомы предстательной железы, надежное подавление уровней ПСА ниже предела чувствительности качественного анализа. Однако имеется и немало недостатков, к которым следует отнести: послеоперационную летальность (до 0,5%), импотенцию (50 – 70%), стриктуру уретроцистоанастомоза (5 – 17%), недержание мочи (3 – 36%) [1-4]. На основании многоцентровых исследований выявлено, что частота всех осложнений находится в диапазоне 6,5-19,8% [1-4].

Общепринятым считается разделение осложнений на интраоперационные, ранние и поздние послеоперационные. Интраоперационные осложнения хорошо изучены и включают в себя кровопотерю, сложности наложения уретровезикального анастомоза, повреждение прямой кишки, брюшины, мочеточников, мочевого пузыря, уретры и сосудисто-нервных пучков, неполное удаление ткани

предстательной железы, летальный исход.

К ранним послеоперационным осложнениям относятся: отсроченное кровотечение, длительное обильное выделение мочи или лимфы (лимфорей) по страховому дренажу, лимфоцеле, несостоятельность анастомоза, выпадение уретрального катетера, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, нагноение операционной раны, инфаркт миокарда, сепсис и др.

Поздние осложнения являются наименее изученными осложнениями РПЭ. Наиболее значимым поздним осложнением РПЭ помимо эректильной дисфункции и недержания мочи является обструкция нижних мочевых путей, обусловленная стриктурой или облитерацией уретроцистоанастомоза (УЦА) [2-4].

Таким образом предупреждению и своевременному лечению обструктивных осложнений данной категории больных необходимо уделять особое внимание, учитывая их негативное влияние на качество жизни пациентов. Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических технологий открывает новые перспективы в лечении пациентов с обструктивными осложнениями радикальной простатэктомии.

Материал и методы. В основу работы положено исследование результатов эндоскопического лечения обструктивных осложнений радикальной простатэктомии. Объектом исследования стали 68 больных, находившихся на стационарном лечении в ГКУБ №47 города Москвы (теперь ГКБ №57) с 2004 по 2012 го-

ды. Всем пациентам выполнено оперативное лечение по поводу обструктивных осложнений радикальной простатэктомии.

Возраст пациентов колебался от 53 до 83 лет. Показатель сывороточного PSA варьировал от 0 до 1,1 нг/мл.

Всем пациентам проводилось стандартное комплексное клиничко-лабораторное обследование, начинавшееся со сбора и изучения жалоб и анамнеза, физикального осмотра. Лабораторные исследования включали клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмму, а также посев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Основными инструментальными методами обследования явились ультразвуковое исследование мочевого пузыря и ложа простаты, обзорная урография, восходящая и микционная уретроцистографии. В отдельных случаях выполнялись магнитно-резонансная томография органов малого таза и динамическая нефросцинтиграфия. Контрольное обследование было произведено всем пациентам спустя 1,3,6 и 12 месяцев после лечения и включало в себя сбор жалоб по шкале IPSS/QoL, урофлоуметрию, определение объема остаточной мочи и контроль ПСА.

Большая часть оперативных вмешательств проводилась под внутривенной анестезией – у 46 пациентов. В остальных случаях методом выбора явилась перидуральная анестезия.

Всем больным выполнена уретроцистоскопия. Важно отметить, что эндоскопическая картина у пациентов, перенесших ранее радикальную простатэктомию, характеризуется отсутствием нормального анатомического строения мочеиспускательного канала. Из основных особенностей можно выделить нередкое отсутствие семенного бугорка, укорочение задней уретры, рубцово-склеротические изменения шейки мочевого пузыря, наличие или отсутствие элементов наружного сфинктера мочевого пузыря. (рис. 1).



Рис. 1. Зона уретроцистоанастомоза после РПЭ

23 пациента были госпитализированы в стационар по поводу острой задержки мочеиспускания, возникшей на 7-14-й месяцы после радикальной простатэктомии, 12 из них

выполнялась интерметтирующая катетеризация с одновременным назначением альфа-адреноблокаторов и у 11 больных мочевого пузырь был дренирован троакарной цистостомой. В последующем им всем была выполнена электроинцизия, или резекция уретроцистоанастомоза. Во всех остальных случаях выполнена лазерная коррекция уретроцистоанастомоза (рис. 2) в связи с хронической задержкой мочеиспускания, возникшей на 9-32-м месяцах после РПЭ. У 6 пациентов стриктура УЦА сочеталась со стриктурой висячего отдела уретры протяженностью от 0,5 до 1,5 см, что побудило к совмещению инцизии с внутренней уретротомией «холодным ножом» или гольмиевым лазером. У 11 пациентов выполнению инцизии УЦА предшествовала цистолитотрипсия, обусловленная конкрементами от 1,0 до 3,0 см. В 2-х случаях конкременты носили лигатурный характер.

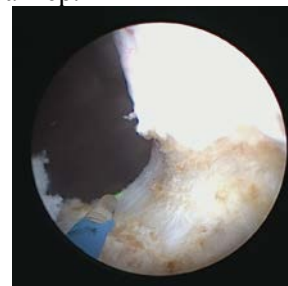


Рис. 2. Лазерная инцизия уретроцистоанастомоза после РПЭ

Результаты и обсуждение. Ранний послеоперационный период протекал гладко, всем больным восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Время операции составило от 15 до 45 минут. Среднее время дренирования мочевого пузыря у пациентов без цистостомического дренажа составило 7-9 дней. У больных с цистостомой дренаж удалялся в среднем на 4-5-й день, а уретральный катетер через 9-10 дней после операции. У 7 пациентов возникли повторные нарушения мочеиспускания, которые потребовали повторных госпитализаций и вмешательств. Максимальное количество госпитализаций одного пациента по поводу рецидивной стриктуры УЦА составило 5 раз. Рецидив значительно чаще возникал у группы пациентов, которым предпринималось то или иное электрохирургическое воздействие, вследствие этого для лечения этой категории больных мы перестали его применять, заменив электрохирургические резекционные и инцизионные методики на лазер (Ho-Yag).

У 9 пациентов отмечено недержание мочи, возникшее в раннем послеоперационном периоде, которое самостоятельно купировалось к моменту контрольного обследования.

ния. Только у троих пациентов недержание сохранялось и по прошествии года после операции. По результатам контрольных обследований у пациентов средние показатели IPSS/QoI составили 13,1/2,4, Qmax увеличилась в среднем с 5,9 мл/с до 20мл/с. Послеоперационный объем остаточной мочи не превышал 30 мл.

Выводы. Эндоскопические методы коррекции обструктивных осложнений у пациентов, ранее перенесших радикальную про-

статэктомию, можно считать малотравматичными, высокоэффективными, при которых допускается многоэтапное лечение и их неоднократное выполнение. Малая травматичность позволяет сократить послеоперационный койко-день и сроки дренирования мочевого пузыря. Все это позволяет рекомендовать эндоскопическую хирургию в качестве метода выбора для коррекции обструктивных осложнений радикальной простатэктомии.

Сведения об авторах статьи:

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

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 эндоурологии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3,478 consecutive patients: long-term results / Roehl K.A., Han M., Ramos C.G., Antenor J.A., Catalona W.J. // J. Urol. 2004. Vol. 172, N 3. P. 910-914.
2. Comparison of transperitoneal and extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy using match-pair analysis / Erdogru T., Teber D., Frede T., Marrero R., Hammady A., Seemann O., Rassweiler J. // Eur. Urol. 2004. Vol. 46, N 3. P. 312-319.
3. Complications and other surgical outcomes associated with extended pelvic lymphadenectomy in men with localized prostate cancer / Briganti A., Chun F.K., Salonia A., Suardi N., Gallina A., Da Pozzo L.F., Roscigno M., Zanni G., Valiquette L., Rigatti P., Montorsi F., Karakiewicz P.I. // Eur. Urol. 2006. Vol. 50, N 5. P. 1006-1013.
4. Complications of open radical retropubic prostatectomy in potential candidates for active monitoring / Loeb S., Roehl K.A., Helfand B.T., Catalona W.J. // Urology. 2008. Vol. 72, N 4. P. 887-891.

УДК 616.62-006.6-089.87.168.1-06-084

© С.П. Даренков, Г.Г. Кривобородов, С.В. Котов, А.А. Проскоков, И.С. Пинчук, А.Г. Юсуфов, 2013

С.П. Даренков, Г.Г. Кривобородов, С.В. Котов,
А.А. Проскоков, И.С. Пинчук, А.Г. Юсуфов

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С КИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКОЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва*

Радикальная цистэктомия по-прежнему остается оперативным лечением со значительным количеством ранних послеоперационных осложнений. В данной работе предложена схема ведения пациентов до операции и в раннем послеоперационном периоде, разработанная для профилактики наиболее частых послеоперационных осложнений – пареза кишечника и ранней спаечной кишечной непроходимости.

По предложенной схеме был пролечен 61 пациент, перенесший радикальную цистэктомию с орто- и гетеротопической кишечной пластикой, выполненную на базах кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России за период с сентября 2010 года по ноябрь 2012 года. Были зарегистрированы и подвергнуты анализу все осложнения, развившиеся в течение 90 дней после оперативного лечения. В результате использования предложенной схемы удалось снизить частоту пареза кишечника, разрешившегося консервативно до 8,2%, а ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась в 6,6% случаев.

В нашей работе показано, что радикальная цистэктомия остается сложным оперативным вмешательством с большим количеством послеоперационных осложнений. Необходимо дальнейшее изучение этиологии, патогенеза и течения послеоперационных осложнений. Это позволит выработать оптимальную стратегию ведения больных после радикальной цистэктомии.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, радикальная цистэктомия, ранние послеоперационные осложнения, тактика ведения раннего послеоперационного периода.

S.P. Darenkov, G.G. Krivoborodov, S.V. Kotov, A.A. Proskokov, I.S. Pinchuk, A.G. Yusufov

TACTICS OF EARLY POSTOPERATIVE FOLLOW-UP OF PATIENTS AFTER RADICAL CYSTECTOMY WITH BLADDER AUGMENTATION

Radical cystectomy still remains a surgical treatment with the significant amount of early postoperative complications. The work offers the scheme of observing patients before operation and in the early postoperative period, designed to prevent the most common post operative complications, intestinal paresis and early adhesive intestinal obstruction.