

кожного абсцесса передней брюшной стенки в месте нахождения холецистостомы. Средний койко-день на первом этапе составил $7,6 \pm 1,2$, на втором – $12,8 \pm 2,5$. Случаев послеоперационной летальности не наблюдалось.

Лучшие результаты хирургического лечения острого обтурационного холецистита были достигнуты с помощью ранней ЛХЭ. Это, однако, не означает, что нами была найдена альтернатива традиционной холецистэктомии. Последняя продолжает оставаться основным методом радикального лечения острого обтурационного холецистита в клинике. В чем же тогда состоит эволюция хирургической тактики? Во-первых, при неэффективности проводимой консервативной терапии в течение 12–24 часов больным следует оперировать независимо от сроков заболевания. Объем оперативного вмешательства должен определяться степенью операционного риска и выраженности инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря. ЛХЭ следует выполнять при наличии таких благоприятных условий, как ранние сроки заболевания (первые 48 часов от начала приступа острого холецистита), отсутствие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, утолщение стенки желчного пузыря, по данным УЗИ, менее 5 мм, отсутствие расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков. Во-вторых, использование двухэтапного метода лечения острого обтурационного холецистита показало его очевидные преимущества перед экстренной и срочной холецистэктомиями, выполняемыми при околопузырных инфильтратах. Неизбежные издержки, связанные с увеличением количества койко-дней и частотой повторных госпитализаций больных с функциони-

рующей холецистостомой, компенсируются полноценным предоперационным их обследованием, проведением медикаментозной коррекции сопутствующей патологии и успешным выполнением в большинстве случаев ЛХЭ на заключительном этапе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. – М., 1987.
2. Ермолов А.С. и др. I Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 1996. – С. 50-51.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М., 1990.
4. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. – Казань, 1984.
5. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные опасности и осложнения. – М., 1990.

Поступила 11.03.04.

CHOICE OF THE TREATMENT METHOD OF PATIENTS WITH ACUTE OBTURATIONAL CHOLECYSTITIS

I.S. Malkov, A.U. Ziganshin, Z.I. Chagaeva,
B.A. Ziganshin, L.A. Ryabets

S u m m a r y

The comparative analysis of surgical treatment of acute obturational cholecystitis is performed in 425 patients. The advantage of laparoscopic cholecystectomy carried out at early terms of the disease is shown. The two-stage treatment method including decompression cholecystostomy and following laparoscopic cholecystectomy was used in the cases when the paracystic infiltrate was formed. The method of interstitial electrophoresis of antibiotic combined with magnetotherapy was developed to increase the efficiency of medicamental effect on the infiltrate gall bladder.

УДК 616. 65 – 003. 4 – 089. 82

ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.С. Бощенко, А.В. Гудков, В.Р. Латыпов, Т.Б. Перова, Н.М. Просекина

Кафедра урологии (зав. – проф. А.В. Гудков), кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. – проф. В.Д. Завадовская) Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск

Лечению кист предстательной железы в отечественной литературе посвящены немногочисленные публикации [1, 3]. Невысокий интерес к проблеме лечения кист простаты связан, очевидно, с тем, что обычно кисты клинически не проявляются. По данным А.В. Кириллова [2], при трансректальном ультразвуковом исследовании у 3000 больных кисты предстатель-

ной железы были выявлены у 342 (11,4%). Врожденные простатические кисты обнаружены у 11% больных, приобретенные – у 89% (связанные с нодулярной гиперплазией – у 74%, ретенционные кисты – у 13%, кисты семявыбрасывающих протоков – у 2%). В большинстве случаев найденные изменения были случайной находкой, и лишь у 36 (1,2%) больных имела

место клиническая симптоматика. Установлено, что кисты предстательной железы могут проявляться болью, дизурическими расстройствами, задержкой мочи, эпидидимитом, гематурией, уменьшением объема спермы и олигоспермией, бесплодием, и при наличии таких клинических симптомов больные нуждаются в лечении [1–3, 5–7].

Предложены различные варианты лечения кист предстательной железы. Наиболее распространенными оперативными доступами к простате являются трансвезикальный, трансректальный, трансабдоминальный и промежностный. Оперативное лечение кист простаты травматично, требует общей анестезии, сопряжено с длительным послеоперационным периодом и достаточно высоким риском развития осложнений. Промежностный способ в настоящее время практически не используется из-за опасности развития ятрогенной импотенции. Наиболее удобным доступом к предстательной маточке является доступ через мочепузырный треугольник, хотя его применение нередко приводит к бесплодию из-за повреждения семявыбрасывающих протоков [3].

Несмотря на то что пункционное лечение кист простаты может рассматриваться как альтернативный малотравматичный метод, сообщения о его эффективности и показаниях к применению единичны [1, 4, 6]. М.А. Шария и соавт. [4] выполняют пункцию кист простаты для дифференциальной диагностики врожденных кист (мюллеровых протоков и предстательной маточки) и кист семявыбрасывающих протоков. В.Н. Журавлев и соавт. [1] отметили высокую эффективность пункционного лечения кист простаты с последующей склеротерапией доксициклином у 28 пациентов.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности и переносимости пункционного лечения кист предстательной железы, а также разработка показаний к данному способу лечения.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы выполнено у 830 пациентов. Признаками кисты считали наличие округлого образования с отчетливыми контурами, тонкой стенкой, анэхогенным содержимым, вызывающего эффект дистального псевдоусиления сигнала и эффект боковых теней. Кисты простаты при ТРУЗИ выявлены у 65 (7,8%) пациентов.

Были обследованы 15 пациентов от 27 до 64 лет (средний возраст – 39 ± 13 лет) с кистами предстательной железы диаметром более 1 см, имеющие клинические проявления заболевания. Размер кисты

простаты составлял в среднем $16,3 \pm 7,8$ мм (диапазон – от 12 до 35 мм). Врожденные кисты мюллеровых протоков и предстательной маточки имели место у 4 пациентов, приобретенные – у 11: кисты семявыбрасывающих протоков – у 5, ретенционные кисты в центральной зоне кзади от уретры – у 3, в периферической зоне справа – у 2, слева – у одного).

Хронический простатит, верифицированный с помощью лабораторных и инструментальных методов исследований, установлен у 13 больных. Один больной был направлен с диагнозом “хронический уретрит”, еще один – “хронический цистит”. Ведущим клиническим проявлением заболевания у всех пациентов был болевой симптом. В зависимости от его характера и выраженности пациенты были распределены следующим образом: 2 (13%) пациента с острыми болями, возникавшими при эякуляции, с вероятными диагнозами “хронический уретрит” и “хронический цистит” были отнесены к 1-й подгруппе, 6 (40%) с умеренными постоянными болями в промежности – ко 2-й подгруппе, 7 (47%) с дискомфортом, чувством тяжести в промежности, в нижней части живота – к 3-й подгруппе. Дополнительными клиническими симптомами кист простаты были дизурические расстройства – боли, рези при мочеиспускании (у 27%), затрудненное мочеиспускание (у 13,3%). Эпидидимит, гематурия, олигоспермия, описанные в литературе как проявления кист простаты [1–3], у пациентов отсутствовали.

Пункционное лечение кист простаты выполняли в операционной под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина или лидокаина промежностным доступом под трансректальным ультразвуковым контролем (“Panthera 2002 ADI B&K Medical”, Дания) с использованием ректального бипланового датчика 7,5 МГц (рис. 1, 2). При аспирации у 12 (80%) больных получено прозрачное содержимое, у 3 (20%) – гной. При получении гноя полость однократно обрабатывали хлоргексидином с последующей аспирацией содержимого.

Динамическое клиническое и ультразвуковое наблюдения за пациентами проводили в течение одного года после пункционного лечения. Контрольными точками служили исходное состояние, период непосредственно после пункционного лечения и через 3, 6, 12 месяцев после пункции.

Все больные перенесли пункционное лечение кист предстательной железы удовлетворительно, и в день пункции их отпускали домой. Ни интраоперационных, ни послеоперационных осложнений

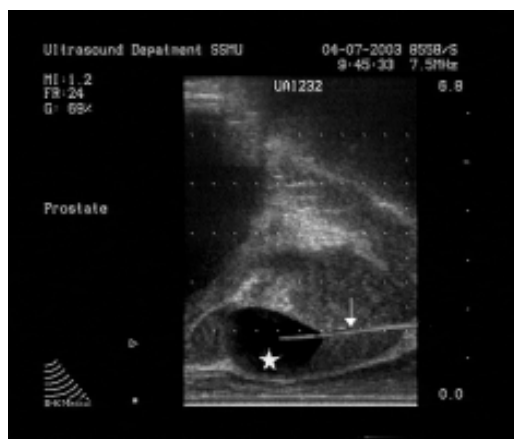


Рис. 1. Продольное трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы. В полости кисты (обозначена звездочкой) видна игла (указана стрелкой).

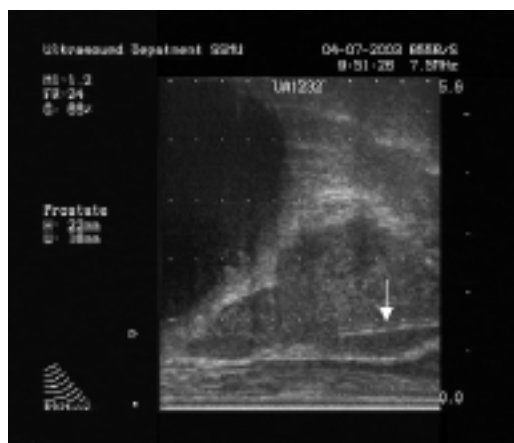


Рис. 2. Продольное трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы после аспирации содержимого кисты. Киста не визуализируется, видна игла (указана стрелкой).

пункционного лечения кист простаты не было. Непосредственно после пункции ни у одного пациента признаков кисты при ТРУЗИ не выявлено. При контрольном ТРУЗИ через 3, 6 и 12 месяцев после пункции у 8 пациентов с кистами небольших размеров (12–16 мм) и у 3 пациентов с выявленным нагноением содержимого кист рецидива не было. У 4 пациентов с большими кистами простаты (22–35 мм) через 3 месяца установлен рецидив кист с объемом на 60–70% меньше первоначального. Дальнейшего изменения размеров кист при продолжении наблюдения не происходило.

Динамика симптомов после пункционного лечения зависела от их исходной выраженности. Так, у пациентов 1-й подгруппы с кистами семявыбрасывающих протоков, дизурией и острыми болями,

возникавшими при эякуляции, болевой и дизурический симптомы купировались сразу после аспирации содержимого кист простаты и в дальнейшем не возникали. Из 13 пациентов 2 и 3-й подгрупп, ранее неоднократно леченных по поводу хронического простатита, у 4 наступило клиническое выздоровление, у 9 – субъективная симптоматика сохранялась. Таким образом, пункционное лечение кист суммарно в 40% случаев приводило к выздоровлению пациентов.

У 2 больных хроническим простатитом с затрудненным мочеиспусканием, обусловленным кистами простаты, после пункции кист восстановились нормальные показатели максимальной скорости потока мочи. У 2 из 4 пациентов с исходными дизурическими расстройствами после пункций кист простаты дизурические симптомы купировались.

Преимущества переносимости пункционного лечения кист простаты над открытыми операциями очевидны. Использование местной анестезии и короткая продолжительность вмешательства позволили нам выполнять пункции в амбулаторных условиях. Тяжелые сопутствующие заболевания больного не являлись противопоказанием к данному методу лечения в связи с отсутствием необходимости в наркозе. При проведении пункций кист простаты мы не встретили ни интра-, ни послеоперационных осложнений, которые возможны при открытых операциях [3], и прежде всего ятрогенной импотенции и бесплодия.

Самый выраженный лечебный эффект был зафиксирован у 2 больных с крупными кистами семявыбрасывающих протоков. Клиническая симптоматика у них развивалась остро, во время эякуляции и проявлялась в виде сильнейших болей в промежности и учащенного болезненного мочеиспускания, что вынуждало больных прибегать к помощи инъекций анальгетиков и спазмолитиков со слабым клиническим эффектом. Это послужило основанием для их направления в урологический стационар с диагнозом острого уретрита и острого цистита. После аспирации содержимого кист все симптомы были сразу купированы и в дальнейшем не повторялись. По нашему мнению, больным с подобной клинической симптоматикой абсолютно показано пункционное лечение кист семявыбрасывающих протоков.

Большинство пациентов в нашем исследовании (87%), которым было выполнено пункционное лечение кист простаты, страдали хроническим простатитом с клиническими проявлениями различной

выраженности. До пункций всех их неоднократно лечили по поводу данного заболевания в различных стационарах города с кратковременным, неустойчивым положительным эффектом. Наличие и кисты простаты, и хронического простатита у таких пациентов требовало выяснения того, что являлось основной причиной жалоб. Именно исключение ведущей роли кисты простаты в развитии клинических симптомов было для нас основным показанием к пункционному лечению. У 40% пациентов это положение было успешно реализовано в виде выздоровления после пункции кисты как самостоятельного лечебного мероприятия.

У 9 из 13 пациентов с хроническим простатитом аспирация содержимого кист простаты (в том числе у пациентов с крупными кистами и у 3 с гнойным содержимым в полости кисты) не повлияла на клиническую картину болезни. Однако в результате пункции вероятность ведущей роли кисты в развитии боли и других симптомов была исключена, что позволяло перейти на консервативное лечение хронического простатита. У пациентов с нагноившимися кистами до пункции анамнестических, клинических и ультразвуковых данных, свидетельствовавших о наличии гнойного содержимого в полости кисты простаты, не было, и только пункция давала возможность выявить его. Последующие постпункционные ультразвуковые исследования у пациентов данной категории исключили повторное образование гнойных полостей и доказали высокую эффективность пункционного метода лечения в санации гнойного очага.

Более сложной нам представляется проблема разработки показаний к пункционному лечению на основании размеров и места расположения кист простаты. В.Н. Журавлев и соавт. [1] предложили проводить пункционное лечение кист размером более 5 мм, показав его хорошую эффективность у больных с кистами периферической зоны простаты. В нашем исследовании пункция ни в одном случае не привела к купированию клинической симптоматики у подобных больных. Очевидно, это было связано с отсутствием влияния данных кист на семявыбрасывающие протоки, протоки предстательной железы и уретру. Вместе с тем из 13 пациентов с хроническим простатитом, у которых наступило клиническое выздоровление, у 2 были ретенционные кисты средних размеров (16 и 18 мм), затрудняющие мочеиспускание, а у 2 — крупные кисты мулловых протоков, приводящие к дизурии. Мы считаем, что не собственно размеры кисты определяют показания к пункционному лечению, а сочетание наличия кисты и клинической симптома-

тики в виде дизурии или затрудненного мочеиспускания, что особенно характерно для центральных по расположению кист простаты. Показанием к пункции кист периферической зоны независимо от их размеров, по нашему мнению, будет только подозрение на нагноение кист или необходимость определения роли кисты в клинической картине заболевания. По этой же причине мы не выполняли пункцию кисты, если ее размеры не превышали 10 мм, считая, что такие кисты не могут вызывать клинических проявлений.

Таким образом, пункционное лечение под ультразвуковым контролем является эффективным малоинвазивным методом лечения кист предстательной железы. Пункция кисты простаты показана в следующих случаях: 1) при необходимости проведения дифференциальной диагностики болевого симптома, связанного с хроническим простатитом, и болевого симптома, обусловленного кистой простаты, а также простых кист и кист с нагноением; 2) при наличии кисты простаты и выраженного болевого симптома в промежности или при эякуляции; 3) в случае затрудненного мочеиспускания или задержки мочи, связанных с кистой простаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журавлев В.Н., Баженов И.В. и др. Трансректальная игольная аспирация кист простаты со склеротерапией. — X Российский съезд урологов. — М., 1—3 октября 2000. — С. 718 — 719.
2. Кириллов А.В. Современная лучевая диагностика в клинической практике: Сб. тр. — Томск, 1999.
3. Оперативная урология: Атлас: пер. с англ. / Под ред. Ф.Хинмана. — М., 2001.
4. Шария М.А., Зайцева Е.В., Терновой С.К. // Визуализация в клинике. — 2002. — № 20. — С. 32—35.
5. Hellerstein D.K., Meacham R.B., Lipshultz L.I. // Urology. — 1992. — Vol. 39. — P. 449 — 452.
6. Jarow J.P. // J. Urol. — 1994. — Vol. 152. — P. 899—901.
7. Kuligowska E., Soto J.A. Male infertility: transrectal US in the diagnosis of obstructive lesions in the distal reproductive system. Radiology. 1994; 193 (P) Supplement:222.

Поступила 09.02.04.

PUNCTURE TREATMENT OF PROSTATE CYSTS

V.S. Boshchenko, A.V. Gudkov, V.R. Latypov,
T.B. Perova, N.M. Prosekina

S u m m a r y

The efficiency and tolerance of puncture treatment of prostate cysts are estimated and the indications to the given treatment method are developed. During sonographic examination prostate cysts are revealed in 65 patients (7,8%) out of 830 patients, being presented by various prostate symptoms in 15 patients. Puncture of prostate cysts is performed under sonographic control. Safety and high efficiency of the given treatment method are established, the indications to puncture treatment of prostate cysts are developed and suggested for discussion.