

СЕРДЕЧНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ХИРУРГИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Б.К.ПАНФИЛОВ, А.А.ШЕЛЕПИН, Л.Г.ЕЖОВА, Г.Ф.ТЕРТИЧНАЯ,
М.С.ШЕХТМАН**Кафедра внутренних болезней РУДН., Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 8.
Урологическое отделение ГКБ №64. Москва. 117292, ул. Вавилова, д. 61.

На материале 1500 оперированных больных по поводу аденомы предстательной железы (АПЖ) установлено, что хирургическая активность (ХА) составила менее 60%. Основными причинами низкой ХА являются сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. Разработана ориентировочная физическая нагрузка и предложена собственная оригинальная таблица показаний и противопоказаний в хирургии АПЖ, что позволило повысить ХА до 80-85% без увеличения числа неблагоприятных исходов. Летальность в хирургии АПЖ составила около 1,0%. Приводятся два случая успешного лечения больных с АПЖ и сопутствующей артериальной гипертензией и ревматическим комбинированным аортальным пороком сердца.

Аденома предстательной железы (АПЖ) в хирургической урологии занимает одно из ведущих мест. Вопрос о показаниях к хирургическому лечению АПЖ принципиально решен (4,5). Однако серьезные работы, посвященные оперативному лечению этого заболевания при наличии у пациента сопутствующих сердечно-сосудистых нарушений, в литературе отсутствуют. Это больные преимущественно старших возрастных категорий: от 60 до 79 лет (средний возраст $69,8 \pm 0,2$ года), на долю которых приходится 89,47% больных (4). В этих возрастных группах диагноз ИБС ставится обычно всем пациентам с АПЖ, у которых имеется от 4 до 7, а в ряде случаев до 12 сопутствующих заболеваний (1, 2, 3). Часто встречаются гипертоническая болезнь и ее осложнения, аритмии сердца, сердечная недостаточность. Без участия терапевтов вопрос о хирургическом вмешательстве у этих больных не решается. Приводим результаты собственного опыта лечения больных АПЖ на базе ГКБ №64 г. Москвы, где за последние 10 лет оперировано более 1500 больных с АПЖ, а хирургическая активность (ХА) составляла 60%.

В целях расширения ХА при АПЖ мы более 25 лет используем дозированную физическую нагрузку - степ-тест, который помогает быстро ориентировочно определить степень коронарной недостаточности и сократительную способность миокарда. Суть ориентировочной физической нагрузки (ОФН) состоит в том, что больному предлагается подъем по лестнице высотой 3 м за определенное время в секундах с учетом его массы тела. Мощность нагрузки выражается в ваттах (Вт), килограммометрах в минуту (Кгм/мин) и в процентах по отношению к норме, составивших 176 Ватт, 1080 Кгм/мин. и 75-100% соответственно. Переносимость нагрузки контролируется врачом. Фиксируются частота дыханий и сердечных сокращений в минуту (ЧСС), артериальное давление (АД) и субъективные ощущения пациента. ОФН широко апробирована на кафедрах урологии (5) и хирургии (1) РУДН.

Кроме этого, сократительная способность миокарда оценивалась с помощью Эхокардиографии (ЭХОКГ). Определяли ударный объем (УО) в мл и фракцию выброса (ФВ) левого желудочка в процентах. За норму принимали показатели УО $76,0 \pm 1,0$ мл, а ФВ $65,0 \pm 0,3\%$. Оценке ФВ придавалось существенное значение в решении вопроса об оперативном лечении АПЖ у больных с перенесенным инфарктом миокарда, коронарным синдромом, аритмиями сердца, сердечной недостаточностью и др.

На основании многолетнего опыта применения ОФН и ЭХОКГ нами была разработана таблица показаний и противопоказаний, применяющаяся в урологии, хирургии, травматологии. Мы полагаем, что на современном уровне развития анестезиологии и реаниматологии есть основания для значительного расширения показаний для ХА при АПЖ, сочетающейся с сердечными факторами операционного риска. В хирургии холецистита показания для ХА были увеличены до 85% без увеличения числа летальных исходов. При тесном контакте уролога, терапевта, анестезиолога больные с АПЖ и многими факторами операционного риска могут успешно переносить длительные хирурги-

ческие вмешательства без увеличения числа неблагоприятных исходов. Результаты наших исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показания и противопоказания к хирургии АПЖ с сопутствующей
сердечной патологией

Оперативное вмешательство по поводу АПЖ	
Возможно	Только по жизненным показаниям
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	
Стенокардия I-II функционального класса (ФК). Стенокардия III ФК, если мощность нагрузок > 60-65% нормы. Стенокардия Принцметала с редкими приступами. Необходима нагрузка мощность до 80% от нормы. Инфаркт миокарда в анамнезе: мелкоочаговый, трансмуральный со стенокардией I-II ФК. Возможна ОФН мощностью до 75%	Стенокардия III ФК если мощность ОФ < 60%. Стенокардия IV ФК. Стенокардия Принцметала с частым приступами. Прогрессирующая стенокардия. Инфаркт миокарда со стенокардией II ФК: с аневризмой, сложными нарушениями ритма.
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ	
Стадия I. Стадия II с быстро проходящими "легкими кризами". С подъемами АД до 210-220/110 мм рт.ст., но быстро снижающимся до нормальных цифр, с небольшой одышкой, без болей в сердце. Возможна ОФН мощность до 65-75% от нормы.	Стадия II с тяжелыми кризами, инсультами в анамнезе, резким снижением памяти, стойкими цифрами АД=220/110 мм рт.ст., с сильными головными болями, выраженной одышкой, сердечной астмой. Стадия III.
РЕВМАТИЗМ, ПОРОКИ СЕРДЦА.	
Недостаточность митрального клапана без признаков выраженной сердечной декомпенсации. Вялотекущий ревматизм. Митральный стеноз, I-II-III стадии. ² Необходима ОФН до 70% от нормы. Митральный стеноз IV стадии с мерцательной аритмией, при отсутствии отеков, тромбозов в анамнезе. Возможна ОФН 60-65% от нормы. Митральный комбинированный порок сердца без отека легкого. Стеноз или недостаточность клапанов аорты без признаков выраженной левожелудочковой недостаточности. Допустима ОФН 75% от нормы. Аортальные пороки сердца без выраженной одышки. Возможна нагрузка до 65% от нормы. Сочетанный митрально-аортальный порок сердца. Необходима ОФН 65% от нормы	Ревматизм в активной фазе. Митральный стеноз с приступами удушья, с кровохарканьем в анамнезе. Митральный стеноз IV стадии с наклонностью к тромбозам, чрезмерной одышкой с наличием отеков. Митральный стеноз V стадии. Митральные пороки с отеком легкого. Аортальный стеноз или недостаточность с чрезмерной одышкой, удушьем, приступами сердечной астмы. Сочетанный митрально-аортальный порок сердца с удушьем, отеками.

² Классификация А.Н. Бакулева, Е.А. Дамир

Продолжение табл. 1

УРО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ	
Болевая форма: кардиалгии без выраженных изменений на ЭКГ в финальной части желу дочкового комплекса. Необходима ОФ 75% и более. Безболевая форма: с одышкой (без удушья) с аритмиями, легко купируемыми (пред сердная и желудочковая экстрасистолия) мерцательная аритмия, купируемая до нормосистолии; с изменениями на ЭКГ, с смещением вниз сегмента S-T в грудны отведениях, с признаками выраженной пере грузки левых отделов сердца. Необходим ОФН 60-70% . Безболевая форма с трепетанием предсер дий, купируемых до операции. Необходим ОФН 60-65%.	Беспорядочные групповые экстрасистолы купируемые с трудом.
КАРДИОМИОПАТИИ (КМП)	
Дилатационная КМП без признаков выра женной сердечной недостаточности, бе отеков; при мерцательной аритмии, под дающейся коррекции до нормосистолии. Необходима ОФН 60-70%. Гипертрофическая КМП с умеренной одыш кой, без обмороков, с быстро купируемым аритмиями. Необходима ОФН 70%.	Дилатационная КМП с признаками выр женной сердечной недостаточност, удушьем, тяжелыми расстройствам сердечного ритма. Гипертрофическая КМП с обмороками удушьем, тяжелыми нарушениями сер дечного ритма
АРИТМИИ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ	
Постоянная экстрасистолия (предсердная желудочковая), бигеминия с частотой 10-1 в мин. Допустима ОФН 60%. Постоянная форма мерцательной аритмии частотой до 160-180, но поддающейся кор рекции до нормосистолии. При отсутствии анамнезе тромбоэмболических осложнений Нужна ОФН 65-70%. Постоянная форма АВ блокады I степени PQ до 0,28 сек., а более - с кардиостимуля тором. Постоянная форма АВ блокады III степени применением кардиостимулятора. Полная блокада правой ножки пучка Гиса Возможна нагрузка ОФН до 65% Полная блокада левой ножки пучка Гиса бе признаков коронарной недостаточности, бе аритмий, без выраженной одышки, с нор мальным АД. Допустима нагрузка до 80% о нормы.	Беспорядочные некупирующиеся экстра систолы. Постоянная форма мерцательной аритмии с частотой более 200 в минуту, не под дающаяся коррекции. Трудно купируемые и часто возникаю щие приступы пароксизмальной тахикар дии. Нарушения АВ проводимости II-III сте пени без искусственного водителя ритма. Полная блокада правой ножки пучка Гис со сложными нарушениями ритма. Полная блокада левой ножки пучка Гиса признаки расстройства коронарного кро вообращения, с аритмиями, выраженно одышкой, удушьем, с высоким АД. В случаях сочетания блокады правой левой ножки пучка Гиса.

Продолжение табл. 1

НАРУШЕНИЕ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА	
Фракция выброса (ФВ) левого желудочка достигает 40% при ударном объеме (УО) не менее 40 мл. Необходима ОФН до 60-65% от нормы.	ФВ левого желудочка достигает 30-35% при УО менее 40 мл.
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ³	
Стадии I и II А. Возможна ОФН до 70% п отношению к норме. Стадия II Б без отечного синдрома, с мерцанием предсердий, корригируемых до нормы систолии. Необходима ОФН до 65-70% о нормы.	Стадия II Б с отеками, выраженным нарушениями сердечного ритма, с чрезмерной одышкой. Стадия III.
ВОЗРАСТ И ВЕС	
Астеник, нормостеник, без сопутствующих сердечных расстройств до 99 лет. Гиперстеники с массой тела, превышающие норму на 25-30 кг, без признаков выраженной сердечной патологии (без аритмий коронарной недостаточности, с умеренным повышенным АД). Показатели ОФН до 55-60% от нормы.	Старческая дряхлость. Выраженные психические расстройства пожилom возрасте. Гиперстеники с массой тела, превышающей норму на 35-45 кг и более. Гиперстеники с массой тела, превышающей норму на 25-30 кг, с расстройствам сердечного ритма, высоким АД, с коронарным синдромом.

ХА при АПЖ должна расширяться в "очень разумных пределах", а по "витальным показаниям" операции необходимо выполнять лишь в исключительных случаях.

По нашим данным, ни сочетание у пациента с АПЖ нескольких факторов операционного риска, ни наличие у него нескольких заболеваний, не всегда должны служить причиной отказа от хирургического пособия. Приводим наши наблюдения.

Больной П., 73 лет поступил в плановом порядке по поводу АПЖ в урологическое отделение ГKB №64 г. Москвы с жалобами на частые мочеиспускания особенно в ночное время до 8-10 раз. При тщательном обследовании совместно с терапевтом был выставлен диагноз: АПЖ III ст.; хронический пиелонефрит; артериальная гипертония с склонностью к частым кризам; ИБС с экстрасистолией; демпинг-синдром после резекции желудка на фоне язвенной болезни 12-перстной кишки с массивным кровотечением (30 лет назад); желчно-каменная болезнь; хронический панкреатит с частыми обострениями; ХНЗЛ с постоянными обострениями; хронический гайморит; глаукома; обменный полиартрит; варикозное расширение вен нижних конечностей; спондилез шейно-грудного отдела позвоночника с радикулярным синдромом; левосторонний плечевой плексит с частыми обострениями. Таким образом, у больного было 14 разных заболеваний. Мощность ОФН составила около 70%. ЭХОКГ: УО 62 мл, ФВ 51%.

Пациенту выполнена одномоментная аденомэктомия с двусторонней вазорезекцией. Послеоперационный период протекал без существенных осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии на 14 день после операции. При обследовании через год жалоб со стороны органов мочевого выделения не предъявлял. ЭХОКГ: УО 66 мл, ФВ 52%. Пациент работает.

В данном случае, несмотря на наличие 14 сопутствующих заболеваний больной успешно перенес хирургическое вмешательство на органах мочевого выделения. Расширению показаний для операции во многом способствовали данные ЭХОКГ и ОФН, свидетельствовавшие о достаточных резервах сердечной деятельности.

Больной М., 75 лет был доставлен в урологическое отделение ГKB № 64 с острой задержкой мочи, где ему был сразу же наложен надлобковый свищ. В результате обследования был выставлен диагноз: АПЖ III степени с сопутствующим пиелонефритом; вялотекущий ревматизм, сочетанный (стеноз и недостаточ-

³ Классификация Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко

ность) аортальный порок сердца с кальцинозом митрального клапана без выраженных признаков сердечной недостаточности. На ЭКГ - экстрасистолия, признаки перегрузки левых отделов сердца (глубокие отрицательные зубцы Т и смещение сегмента ST вниз от изолинии на глубину 2-3 мм в стандартных и левых грудных отведениях), ОФН= 55%, УО=103 мл, ФВ=57%. При полном согласии пациента был выполнен второй этап операции - аденомэктомия с двусторонней вазорезекцией. После операции полностью прекратилась одышка, исчезли экстрасистолы и признаки острой перегрузки левых отделов сердца. Выписан в удовлетворительном состоянии через 4 недели после операции.

В данном случае у больного с АПЖ и ревматическим сочетанным аортальным (стеноз и недостаточность) пороком жалобы со стороны сердца расценивались нами как проявления урокардиального синдрома, о чем свидетельствовало быстрое исчезновение сердечных расстройств после успешного оперативного лечения АПЖ.

Таким образом, наш опыт показывает, что при тесном контакте терапевта и уролога ХА при АПЖ может достигать 80% без увеличения числа неблагоприятных исходов. Среди наших больных с АПЖ послеоперационная летальность колебалась за последние годы в пределах 0,8-2%, составляя в среднем около 1,0%.

Вышеизложенное позволяет рекомендовать приведенную таблицу в практике лечения больных с АПЖ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Литература.

1. Панфилов Б.К., Долгов Д.Л., Мальячук В.И. Сердечные факторы риска в хирургии холецистита // М. 270 с.
2. Панфилов Б.К., Шехтман С.Н., Шелепин А.А. Алкоголь и урокардиальная патология // Новости науки и техники. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь. 1998. - № 2. - С. 4-7.
3. Панфилов Б.К. Роль терапевта в успешном хирургическом лечении больного-долгожителя с холециститом в условиях чрезвычайного операционного риска // Клиническая геронтология. - 1996. - № 1. - С. 68-70.
4. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы // Л. - 1989.
5. Родоман В.Е., Авдошин В.П., Перишин С.В. Аденома предстательной железы // М.: 1993.

HEART RISK FACTORS IN THE SURGERY OF PROSTATIC ADENOMA

**B.K.PANFILOV, A.A.SHELEPIN, L.G.EZHOVA, G.F.TERTICHNAYA,
M.S.SHEHTMAN**

Department of Internal Medicine of Russian People's Friendship University
Moscow. 117198. M-Maklaya st 8.

Municipal Hospital № 64. Moscow. 117292. Vavilova st 61.

According to the material of the operations of 1500 patients with the prostatic adenoma (PA) surgical activity (SA) is less than 60%. The main causes of the low SA are heart and vascular diseases. The reference physical load was prepared and the own original table of the indications and contra-indications in PA was offered to raise SA to 80-85% without the raising of the amount of the unfavorable way out. Lethality in the surgery of SA is about 1,0%. 2 events of the successful healing of the patients with PA, arterial hypertension and rheumatic combined aortal valvular disease of the heart are quoted.