

Сведения об авторах статьи:

Глыбочко П.В. – д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, ректор ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, директор НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 1.
Аляев Ю.Г. – д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, зав. кафедрой урологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.
Григорян В.А. – д.м.н., профессор кафедры урологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.
Еникеев М.Э. – д.м.н., доцент кафедры урологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующий урологическим отделением epikmic@mail.ru
Федоров Д.Н. – д.м.н., зав. патологоанатомическим отделением РНЦХ РАМН им. Б.В. Петровского.
Аксенов А.В. – врач-уролог клиники урологии УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. aksenov.1@mail.ru
Бодров А.В. – аспирант кафедры урологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.
Чиненов Д.В. – к.м.н., врач-уролог клиники урологии УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, ассистент кафедры урологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Султанова Е.А., Строков А.В., Безруков Е.А. Гидронефроз. М., 2002
2. Бабухадия В.Д. Основы обратимости гидронефротического процесса. Тбилиси, 1969.
3. Братчиков О.И., Косяков А.Г. Хирургические аспекты лечения больных гидронефрозом. IX Всероссийский съезд урологов. М., 1997. С. 36-37.
4. Кудрявцев Ю.В., Кожухова О.Л. Морфологические проявления гидронефроза по данным световой и электронной микроскопии. IV Съезд урологов УССР. Материалы. Киев. 1985.
5. Лопаткин Н.А., Яненко Э.К., Кульга Л.Г. Опыт хирургического лечения больных гидронефротической трансформацией и перспективы улучшения его результатов. IX Всероссийский съезд урологов. М., 1997. С. 59-61.
6. Лоран О.Б., Канн Я.Д., Годунов Б.Н., Сапожников И.М., Гумин Л.М., Вишневский А.Е. Преимущества внутреннего дренирования в хирургическом дренировании гидронефроза. IX Всероссийский съезд урологов. М. 1997. С. 61-62.
7. Павловская З.А., Бронер В.Р., Павловский С.В., Пучко А.В., Цветкова Н.Н., Курьянович И.Т., Морская И.С.; Принципы диагностики и лечения больных гидронефрозом: пути снижения нефрэктомий. IX Всероссийский съезд урологов. М. 1997. С. 77 – 78.
8. Постолов Ю.М. Морфофункциональные особенности и компенсаторные возможности почек при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента. Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. Днепропетровск. 1992. С. 291.
9. Пугачев А.Г., Кудрявцев Ю.В., Ларионов И.И., Кирпатовский В.И., Гидронефроз у детей. IX Всероссийский съезд урологов. М. 1997. С. 20 – 34.
10. Пытель Ю.А. Гидронефроз. IX Всероссийский съезд урологов. М. 1997. С. 5-20.
11. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. М., 1997
12. Tanagho E.A., McAninch J.W.. Smiths General Urology, Moscow, 2005.

УДК 616.65-002-007.61

© П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, В.И.Руденко, М.С. Аскаров, В.А. Беженар, Г.Н. Акопян, 2011

П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, В.И.Руденко,
 М.С. Аскаров, В.А. Беженар, Г.Н. Акопян
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ
 БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ
 ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва
 ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», г. Москва*

Целью явилось изучение возможностей современных методов диагностики и лечения МКБ в сочетании с ДГПЖ. Проанализировали результаты лечения 368 пациентов в возрасте от 50 до 84 лет с МКБ в сочетании с ДГПЖ. Дистанционная литотрипсия была выполнена 226 пациентам. У 98 (26,6%) пациентов перед дистанционной литотрипсией проведена трансуретральная резекция предстательной железы. Рентгенэндовидеоскопические методы удаления конкрементов использовали у 38 (10,3%) пациентов. Чрескожная нефролитотрипсия была проведена у 28 (7,6%). Контактная уретеролитотрипсия была выполнена 10 (2,7%) больным. 98 (26,6%) пациентам не потребовалось оперативное вмешательство по поводу МКБ. Открытые операции выполнены 6 (1,6%) пациентам. При выборе метода лечения у больных МКБ в сочетании с ДГПЖ необходимо учитывать выраженность клинических симптомов заболевания, локализацию камня (камней), размеры и среднюю структурную плотность, показатели нарушения мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи), возраст, сопутствующие заболевания и т.д.

Ключевые слова: нефролитиаз, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, дистанционная литотрипсия, перкутанная нефролитотрипсия, контактная уретеролитотрипсия, альфа-адреноблокаторы.

P.V. Glybochko, Yu.G. Alyaev, M.A. Gazimiyev, V.I. Rudenko,
 M.S. Askarov, V.A. Bezhenar, G.N. Akopyan
**MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLITHIASIS
 WITH CONCOMITANT BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

The purpose of the study was to explore the potentials of modern methods of diagnosis and treatment of BPH-concomitant urolithiasis. We analyzed the results of treatment of 368 patients (aged from 50 to 84) with urolithiasis, concurrent with BPH. Distant lithotripsy was performed in 226 patients. In 98 (26.6%) patients transurethral resection of the prostate gland was performed prior to distant lithotripsy. Roentgenendoscopic methods of removing concretions were used in 38 (10.3%) patients. Percutaneous nephrolithotripsy was performed in 28 (7.6%) cases. Contact ureterolithotripsy was performed in 10 (2.7%) patients. Besides, 98 (26.6%) patients did not require surgical intervention for urolithiasis. Open operations were performed in 6 (1.6%) patients. When choosing a method of treatment in patients with BPH-concomitant urolithiasis the severity of clinical symptoms, localization of stones (calculi), the size and average structural density, urination disorders parameters (IPSS, uroflowmetry, residual urine volume), age, concomitant diseases, etc. must be taken into account.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - это одно из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста [1]. Частота сочетания ДГПЖ с мочекаменной болезнью (МКБ) варьируется от 3 до 47% [2-5]. Сочетание камней почек и ДГПЖ наблюдается в 1,3-4% случаев [5-8]. По данным Громова Ю.В. [9], у 17 (8,8%) из 193 пациентов МКБ с ДГПЖ имелись камни почек, у 15 (7,7%) - коралловидный нефролитиаз, у 16 (8,2%) - камни мочеточника, у 130 (72,2%) - мочевого пузыря, у 6 (3,1%) - мочеиспускательного канала. Клепиков Ф.А. и соавт. [7] наблюдали ДГПЖ в сочетании с камнями мочеточника у 117 больных в возрасте от 57 до 80 лет. Багисhev И.Б. [10] с 1989 по 1999 гг. наблюдал 255 больных в возрасте от 55 до 76 лет с нефролитиазом в сочетании с ДГПЖ. Трапезникова М.Ф. и соавт. [11] за последние 15 лет наблюдали 239 пациентов МКБ с сочетанием с инфравезикальной обструкцией; у 206 (86,2%) мужчин была выявлена ДГПЖ. Камни мочевого пузыря имелись у 160 (66,9%) пациентов, почек - у 51 (21,3%), мочеточника - у 26 (10,9%), уретры - у 2 (0,9%).

Если вопросы выбора метода лечения МКБ и ДГПЖ по отдельности достаточно хорошо освещены в литературе, то при сочетании данных урологических заболеваний тактические подходы к лечению полностью не разработаны. В литературе рассмотрены различные методы проведения и этапность оперативных пособий. Для предотвращения окклюзии мочеточника камнем Карпенко В.С. и соавт. [6] проводили удаление конкремента перед аденомэктомией. Авторы извлекали камень интрамурального отдела из устья мочеточника после вскрытия мочевого пузыря, а из юкставезикального отдела — путем уретеротомии или проводили одномоментную уретеролитотомию и аденомэктомию. Клепиков Ф.А. и соавт. [7] у 53 (45,3%) больных МКБ в сочетании с ДГПЖ выполняли уретеролитотрипсию и аденомэктомию с интубацией мочеточника на 46-72 часа, у 19 (16,2%) - аденомэктомию и чреспузырную уретеролитотрипсию с интубацией мочеточника и выведением интубирующего дренажа по уретре, у 38 (32,5%) - чреспузырную уретеролитотрипсию и цистотомию в связи с выраженной сопутствующей патологией, у 7 (6%) - одномоментную уретеролитотомию и аденомэктомию в связи с нахождением камня на расстоянии 10-12 см от устья. Такая тактика значи-

тельно повышала эффективность лечения и избавляла больных от дополнительного вмешательства на тазовом отделе мочеточника. Громов Ю.В. [9] у пациентов ДГПЖ с камнями почек и коралловидным нефролитиазом рекомендовал проводить в начале аденомэктомию, а при наличии атаки острого пиелонефрита и нарушенного пассажа мочи из почки - первоочередно пиелолитотомию и нефростомию. С.Х. Аль-Шукри и соавт. [12] при сочетании МКБ с ДГПЖ второй или третьей стадий проводят трансуретральную резекцию предстательной железы или открытую аденомэктомию и только затем дистанционную литотрипсию. Трапезникова М.Ф. и соавт. [12] наряду с эндоскопической эвакуацией фрагментов камня после дистанционной литотрипсии проводят трансуретральную резекцию гиперплазированной предстательной железы. При камнях проксимального отдела мочеточника дистанционную литотрипсию применяют в качестве метода первой линии (эффективность составляет 93,2%). При неэффективности дистанционной литотрипсии проводят уретеролитотомию. При камнях терминального отдела мочеточника выжидательная тактика, по данным авторов, привела к спонтанному отхождению небольших, до 5-6 мм в диаметре, конкрементов у 63,0% пациентов.

Целью исследования было изучение возможностей современных методов диагностики и лечения МКБ в сочетании с ДГПЖ.

Материал и методы

Мы проанализировали результаты лечения 368 пациентов в возрасте от 50 до 84 лет с МКБ в сочетании с ДГПЖ, находившихся в урологической клинике Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 2001 по 2006 г. Пациентам проводили комплексное уродинамическое исследование, компьютерную томографию, микционную ультразвуковую и мультиспиральную цистоуретрографию.

Наибольшее число (171) больных МКБ в сочетании с ДГПЖ были в возрасте 60-69 лет, что составило 46,5% от общего числа пациентов. Минимальным было число пациентов в возрасте старше 80 лет (6, или 1,6%), что было связано с малым числом больных, достигших этого возраста, а также с высокой частотой диагностики ДГПЖ на ранних стадиях заболевания и проведением соответствующего лечения.

Самую большую группу составили 270 (74,2%) пациентов с I стадией ДГПЖ. У 161 (44,2%) пациента камни локализовались в

почке. Камни мочеточника наблюдались у 109 (29,9%) пациентов. У 19 (5,2%) пациентов с I стадией ДГПЖ выявлены двусторонние камни. Преобладание больных МКБ с I стадией ДГПЖ связано с ранним выявлением гиперплазии простаты при комплексном обследовании больных МКБ. Среди 79 пациентов со II стадией ДГПЖ преобладали больные с камнями почек - 57 (15,6%). Камни мочеточника выявлены у 22 (6,0%) больных. ДГПЖ III стадии наблюдалась у 3 (0,8%) пациентов. У одного пациента конкремент локализовался в нижней чашечке, а у 2 - в нижней трети мочеточника. 12 (3,3%) пациентов поступили с цистостомой.

У 364 больных выявили 415 камней различной локализации (у 4 пациентов камни отошли самостоятельно, поэтому их локализация не была установлена). У 256 (70,3%) пациентов размеры 279 (67,2%) конкрементов составляли до 1,0 см. У 103 (28,3%) больных выявили 113 (27,2%) конкрементов размером 1,1-2,0 см, а у 13 (3,5%) пациентов - 13 (3,1%) конкрементов размером от 2,1 до 3,0 см. Коралловидные камни имелись у 10 (2,4%) пациентов.

Компьютерная томография с денситометрией была проведена у 253 пациентов. Плотность большинства (143[56,2%]) конкрементов составляла 201-800 HU. Минимальным (7 [2,8%]) было число конкрементов плотностью до 200 HU. Во многих случаях средняя структурная плотность определяла выбор метода операции (дистанционная литотрипсия, контактная уретеролитотрипсия и др.).

Результаты и обсуждение

При выборе метода лечения учитывали выраженность клинических симптомов заболевания, локализацию и структурную плотность конкремента, степень дилатации верхних мочевых путей, показатели мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи и т.д.), результаты компьютерной томографии, интеркурентные заболевания. Всем больным при невыраженных нарушениях мочеиспускания (IPSS 12,8±3,4, $Q_{\max}$ 11,4±0,6 мл/с, объем остаточной мочи 39,3±6,7 мл), обусловленных ДГПЖ, назначали альфа-адреноблокаторы (тамсулозин, доксазозин и т.д.).

Дистанционная литотрипсия была выполнена 226 пациентам. Ее доля в структуре всех методов лечения составила 61,7%. У 122 (33,1%) пациентов дистанционная литотрипсия проведена на фоне лечения альфа-адреноблокаторами. У 98 (26,6%) пациентов перед

дистанционной литотрипсией проведена трансуретральная резекция предстательной железы, так как у них были выраженными симптомы нарушения мочеиспускания (IPSS 25,1±4,4, $Q_{\max}$ 4,7±0,5 мл/с, объем остаточной мочи 97,4±5,7 мл), обусловленные ДГПЖ, что могло привести к развитию ишурии в послеоперационном периоде.

Рентгенэндоскопические методы удаления конкрементов использовали у 38 (10,3%) пациентов. Чрескожная нефролитотрипсия была проведена у 28 (7,6%) больных, в том числе у 19 (5,2%) - на фоне лечения адреноблокаторами. 9 (2,4%) больным проведена чрескожная нефролитотрипсия и трансуретральная резекция предстательной железы. В связи с различными размерами, локализацией и структурной плотностью камней 4 пациентам проведены комбинированные операции (дистанционная литотрипсия и чрескожная нефролитотрипсия). У 2 пациентов в связи с миграцией крупного фрагмента при выполнении чрескожной нефролитотрипсии была проведена дистанционная литотрипсия. Контактная уретеролитотрипсия была выполнена 10 (2,7%) больным.

Оперативное вмешательство по поводу МКБ не потребовалось 98 (26,6%) пациентам. В эту группу входили больные с бессимптомными камнями размером до 5мм, локализовавшимися в нижних и средних группах чашечек; пациенты с камнями мочеточника, у которых после назначения спазмоанальгетической терапии и альфа-адреноблокаторов самостоятельно отошли конкременты; больные уратным нефролитиазом, которым была назначена литолитическая терапия. 64 (17,4%) пациентам этой группы была проведена трансуретральная резекция предстательной железы в связи с выраженными нарушениями мочеиспускания (IPSS 24,6±2,6, $Q_{\max}$ 4,9±0,4 мл/с, остаточная моча 107,3±9,1 мл).

Открытые операции выполнены 6 (1,6%) пациентам. Пиелоуретеролитотомии проведены трем больным с крупными и высокоплотными (более 1500 HU) камнями (внутрипочечной) лоханки и мочеточника. Резекция почки с пиелолитотомией выполнена 1 пациенту с опухолью почки, а нефрэктомия - 1 больному с калькулёзным пионефрозом.

Заключение

Таким образом, большинство пациентов, госпитализированных по поводу МКБ в сочетании с ДГПЖ, были в возрасте 60-69 лет. При выборе метода лечения у больных МКБ в сочетании с ДГПЖ необходимо учитывать выраженность клинических симпто-

мов заболевания, локализацию камня (каменной), размеры и среднюю структурную плотность, показатели нарушения мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи), возраст, сопутствующие заболевания и т.д. После внедрения малоинвазивных методов лечения значительно снизилось количест-

во открытых операций, доля которых в нашем исследовании составила 1,6%. В большинстве случаев (61,4%) предпочтение отдавали дистанционной литотрипсии, а у трети больных (31,8%) использовали комбинированные методы лечения.

Сведения об авторах статьи:

Петр Витальевич Глыбочко – член-корр. РАМН, проф., директор НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Юрий Геннадьевич Аляев – член-корр. РАМН, проф., зав. кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор урологической клиники Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Магомед Алхазурович Газимиев – д.м.н., проф. Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: Gazimiev@yandex.ru

Вадим Игоревич Руденко – д.м.н., доцент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Аскаров Мейрамбек Сатыбалдинович – д.м.н., врач-уролог, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1.

Владимир Афанасьевич Беженар – аспирант Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: bejenarik@mail.ru

Гагик Нерсесович Акопян – к.м.н., ассистент Кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, адрес: г.Москва ул. Большая Пироговская дом 2 стр 1, e-mail: gagik.akopyan@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина, М., 1999.
2. Гимпельсон Э.И. Камни почек и мочеточников. М.: Медгиз, 1956, 159 с.
3. Кузьменко Л.Н. Мочекаменная болезнь. Киев. Медизд. УССР, 1960, 274с.
4. Нечипоренко А.З., Ливший В.С. К диагностике хронического пиелонефрита у больных аденомой предстательной железы. Конференция, посвященной 100 летию со дня рождения проф. Н.И. Напалкова. Ростов на Дону, 1969. 420-426.
5. Аль-Шукри С.Х. Почечнокаменная болезнь у лиц старше 60 лет: Дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1974.
6. Карпенко В.С., Богатое О.П. Хирургия аденомы предстательной железы. Киев: Здоровье, 1981, 168 с.
7. Клепиков Ф.А., Лобановский П.Ф., Россихтин В.В. Хирургическая тактика у больных аденомой предстательной железы и камнем нижней трети мочеточника. Материалы конференции урологов Казахстана. 1985, 372-373.
8. Пытель А.Я. О показаниях к аденомэктомии простаты у больных с патологическими процессами в почках. Урология, 1975, 3, 52-57.
9. Громов Ю.В. Лечение больных аденомой предстательной железы, сочетаемой с хирургическими заболеваниями почек и мочевого пузыря. Дисс. канд. мед. наук. М., 1988.
10. Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании доброкачественной гиперплазией предстательной железы: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1999.
11. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Базаев В.В., Галько А.А. Тактика лечения пациентов с камнями мочевыводящих путей в сочетании с инфравезикальной обструкцией. Материалы 3-й Всероссийской конференции "Мужское здоровье". М., 2006, 268-269.
12. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н., Сапелькин А.В., Багишев И.Б. Особенности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у больных нефролитиазом в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Пленум правления Российского общества урологов. М., 1998, 278-279.

УДК 616.65-002

© П.В. Глыбочко, А.З. Винаров, К.Л. Локшин, А.М. Пшихачев, А.М. Дымов, В.А. Варшавский, А.А. Левко, 2011

П.В. Глыбочко, А.З. Винаров, К.Л. Локшин,
А.М. Пшихачев, А.М. Дымов, В.А. Варшавский, А.А. Левко
**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АБАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ**
НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва
ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

Ультразвуковое сканирование с помощью ректального датчика (ТРУЗИ простаты) стало «золотым стандартом» в ультразвуковой диагностике ХП. При ТРУЗИ у 77,8% выявлены описанные в литературе «ультразвуковые признаки хронического простатита». Однако ни один из описанных эхографических признаков хронического простатита у пациентов с длительно текущим хроническим простатитом достоверно чаще не регистрируется у пациентов с или без воспаления в ткани предстательной железы при морфологическом исследовании. Ориентироваться на результаты, полученные при ТРУЗИ при установлении диагноза ХП у такой группы больных, а также распределении пациентов по категориям ХП не следует.

Ключевые слова: Хронический абактериальный простатит, биопсия простаты, УЗИ простаты, морфологическое исследование.

P.V. Glybochko, A.Z. Vinarov, K.L. Lokshin,
A.M. Pshihachev, A.M. Dymov, V.A. Varshavskiy, A.A. Levko
**ULTRASOUND AND MORPHOLOGICAL PARALLELS
IN CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS**