

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЦИСТОЛИТОТРИПСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханалиев Б.В., Косарев Е.И.,
Азизов Р.М.*, Косарева Д.В.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова»,
Москва

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_1_167

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациента с камнями мочевого пузыря, вследствие длительной доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Особенность данного клинического наблюдения заключается в одномоментном оперативном вмешательстве, как основного диагноза, так и его осложнения. Мультидисциплинарный подход к решению данной ситуации помог избежать повторного проведения крупных оперативных пособий. Благодаря этому пациент в кратчайшие сроки прошел реабилитационный курс и вернулся к привычному образу жизни.

Ключевые слова: урология, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, камни мочевого пузыря, трансуретральная резекция предстательной железы, цистолитоэкстракция, цистолитотрипсия.

TRANSURETHRAL CYSTOLITHOTRIPSY FOR PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Khanaliev B.V., Kosarev E.I., Azizov R.M.*,
Kosareva D.V.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical observation of a patient with bladder stones due to a long-term diagnosis of benign prostatic hyperplasia is presented. The peculiarity of this clinical case lies in the simultaneous surgical intervention of both the main diagnosis and the complication of the main one. A multidisciplinary approach to solving this situation helped to avoid the repeated implementation of large operational benefits. Thanks to this, the patient underwent a rehabilitation course in the shortest possible time and returned to his usual way of life.

Keywords: urology, benign prostatic hyperplasia, bladder stones, transurethral laser ablation of the prostate, cystolith extraction.

Обоснование

По данным литературы у 5% пациентов, страдающих мочекаменной болезнью (МКБ), локализация конкремента приходится на мочевой пузырь. Проблема цистолитиаза у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) остаётся актуальной и требует дальнейшего совершенствования подходов хирургического лечения.

Цель исследования

Оценить безопасность и эффективность одномоментной трансуретральной цистолитотрипсии и трансуретральной резекции предстательной железы.

Частота встречаемости конкрементов мочевого пузыря составляет примерно 5% от других возможных локализаций в мочевой системе [3]. Основной пул пациентов составляют мужчины в возрасте старше 60 лет, так как именно эта группа в наибольшей степени подвержена развитию ДГПЖ, приводящей к инфравезикальной обструкции, которая является основной причиной образования конкрементов в мочевом пузыре. Также немаловажным фактором формирования камней мочевого пузыря является бактериальная флора, прогрессирующая в условиях инфравезикальной обструкции и нарушения оттока мочи [4]. Сочетание данных факторов многократно ухудшает качество жизни

ни пациентов. Это связано с выраженной ирритативной симптоматикой на фоне отсутствия эффекта от проводимой консервативной симптоматической терапии. Образуется замкнутый круг патогенеза данной патологии в виде формирования очага воспаления, который является дополнительным механизмом инфравезикальной обструкции, что способствует прогрессированию симптомов. Все вышперечисленные факты указывают на то, что проблема лечения конкрементов мочевого пузыря на фоне хронической задержки мочеиспускания у пациентов с ДГПЖ, нуждающихся в оперативном лечении, остаётся актуальной и требует совершенствования подходов хирургических методик. Остаётся актуальным и вопрос выбора доступа лечения конкрементов мочевого пузыря. На сегодняшний день доступны следующие методы лечения пациентов с конкрементами мочевого пузыря: открытая цистолитотомия, трансуретральная литотрипсия, чрескожная цистолитотрипсия, ударно-волновая литотрипсия. Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU), основным методом лечения камней мочевого пузыря на данный момент является трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия [2; 5].

ДГПЖ наблюдается у 40% мужчин в возрасте от 50 до 60 лет, у 50% — после 60 лет, и у 90% — после 80 лет, то в абсо-

лютном выражении контингент больных, сочетающих ДГПЖ с камнями мочевого пузыря является довольно внушительным. Камни мочевого пузыря могут быть одиночными (75%) и множественными (25%), располагаться только в мочевом пузыре или же сочетаться с камнями другой локализации [1]. По характеру образования различают камни первичные, образовавшиеся в мочевом пузыре, и вторичные, спустившиеся из почек по мочеточникам. То есть, первичным следует считать камни мочевого пузыря у пациентов, имеющих анамнез МКБ, перенесших неоднократные почечные колики и являющихся «камневыделителями». Вторичные камни присущи пациентам с длительной инфравезикальной обструкцией без анамнестических данных о МКБ. Однако такое разделение, на наш взгляд является довольно условным, так как, при камнях мочевого пузыря выявляемых в подавляющем большинстве случаев на фоне ДГПЖ, нельзя достоверно определить характер его происхождения (первичный или вторичный), то есть наличие МКБ не исключает вторичный характер камнеобразования, а наличие длительной инфравезикальной обструкции не исключает асимптомные камни верхних мочевых путей (ВМП). Кроме того, в урологической практике характер камнеобразования при конкрементах мочевого пузыря на фоне ДГПЖ, не играет решаю-

* e-mail: radjab.rostovski@gmail.com

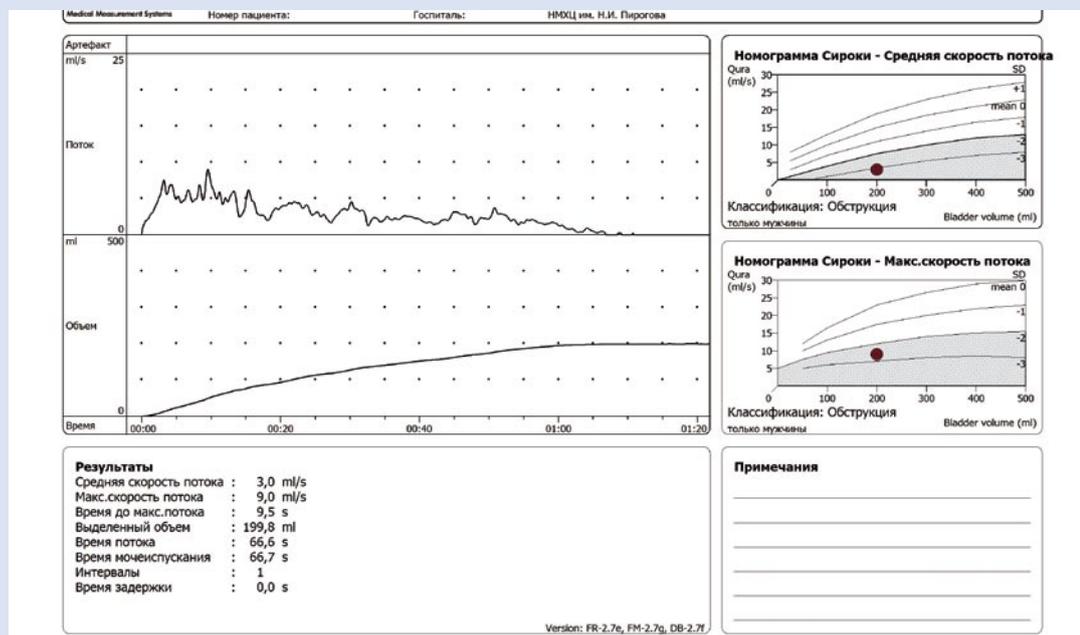


Рис. 1. Урофлоуметрия от 10.04.2022 г.

щего значения и не влияет существенным образом на тактику лечения.

У женщин камни мочевого пузыря встречаются существенно реже, и являются чаще всего «лигатурными», то есть образовавшимися в результате инкрустации шовного материала, после случайного прошивания стенки мочевого пузыря, при различного рода, операциях на органах малого таза. По данным исследования, проведенного в 2012 г., где авторами был выполнен анализ статей и других научных работ за период с 1950 по 2011 г., установлено, что примерно в 5% случаев камнями мочевого пузыря страдают женщины. При этом, авторы указывают, что основной причиной камнеобразования в этом случае, являются инородные тела в мочевом пузыре (швы, сетки для пластики и т.д.). Кроме того в данной работе авторы указывают, что методом выбора при удалении камней мочевого пузыря должна быть контактная цистолитотрипсия. Причем в случае, когда камень является «лигатурным» (в большинстве наблюдений), его эндоскопическое удаление должно осуществляться вместе с причиной, приведшей к его образованию, то есть вместе с лигатурой. А при невозможности удаления конкремента эндоскопическим путем, ввиду, например, его больших размеров, авторы рекомендуют использовать другие методы (ДЛТ, цистолитотомия).

Материалы и методы

Пациент В., 80 лет, 10.05.2022 г. поступил в урологическое отделение



Рис. 2. УЗИ мочевого пузыря с множественными конкрементами.

НМХЦ им. Н.И. Пирогова с диагнозом: доброкачественная гиперплазия предстательной железы. По данным контрольного обследования: Урофлоуметрия от 10.04.2022 г. (Рис. 1): Средняя скорость мочеиспускания — 3,0 мл/сек., максимальная скорость мочеиспускания — 9,0 мл/сек., объем выделенной мочи 200 мл. ТРУЗИ и УЗИ органов мочевыводящей системы от 20.04.2022 г.: эхопризнаки гиперплазии предстательной железы (Объём — 86,2 см. куб.); незначительной каликопиелоэктазии правой почки, кист и диффузных изменений паренхимы обеих почек, в просвете мочевого пузыря лоцируются множественные

конкременты размером от 6 мм до 10 мм (Рис. 2). Остаточной мочи 60 мл.

11.05.2022 г. в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объеме: трансуретральная резекция предстательной железы. Интраоперационно: в полости мочевого пузыря визуализируются множественные конкременты размерами до 10 мм (Рис. 3). Произведена трансуретральная цистолитотрипсия, цистолитоэкстракция конкрементов корзиной Дормиа. Выполнена резекция долей простаты. Гемостаз. Резецированная ткань простаты отправлена на гистологическое исследование. Резектоскоп извлечен. В полость моче-



Рис. 3. Множественные конкременты размерами до 10 мм.

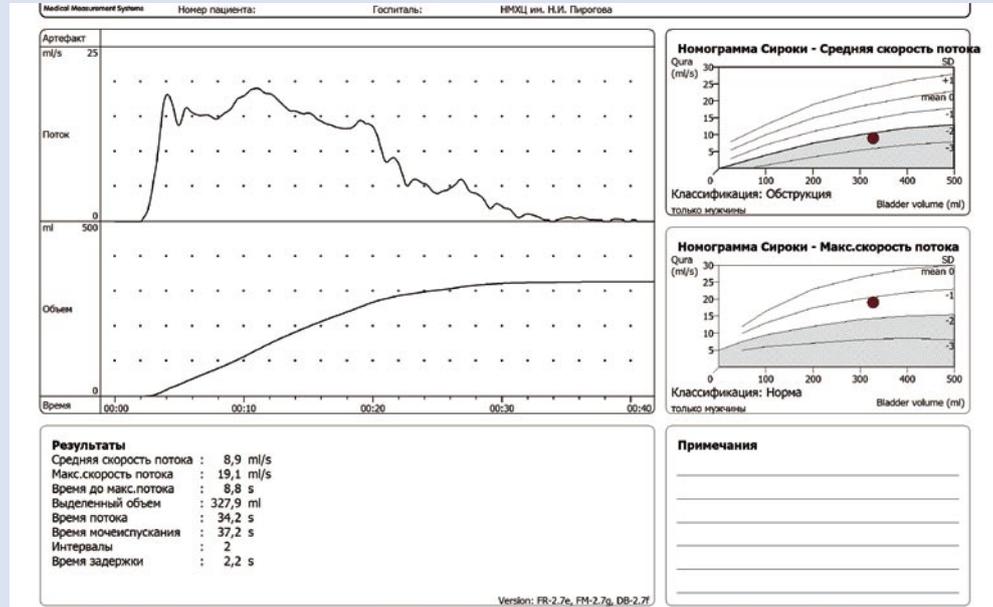


Рис. 4. Урофлоуметрия от 18.05.2022 г.

вого пузыря установлен уретральный катетер Фолея №24 (Ш) (баллон раздут на 80 мл). Подключена промывная система, натяжение уретрального катетера с гемостатической целью. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Мочевой пузырь промыт через уретральный катетер физиологическим раствором. Промывная система отключена. Натяжение уретрального катетера снято.

13.05.2022 г. начат курс местной противовоспалительной терапии (инстиляции мочевого пузыря раствором гидрокортизона 125 мг с экспозицией на 20 мин.). На фоне проводимой терапии состояние пациента с положительной динамикой. 16.05.2022 г. — уретральный катетер удален, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Проводилось динамическое наблюдение в период самостоятельного мочеиспускания. По данным контрольного УЗИ органов мочевыделительной системы от 18.05.2022 г. (Рис. 4): патологических

изменений не обнаружено. При контрольной урофлоуметрии от 18.05.2022 г.: средняя скорость потока 8,9 мл/сек.; максимальная скорость потока 19,1 мл/сек. В удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение урологом поликлиники по месту жительства.

Результаты и заключение

Важным фактором является то, что проведение трансуретральная цистолитотрипсия является миниинвазивным методом дробления конкрементов при гиперплазии предстательной железы с минимальным риском интра- и послеоперационных осложнений. Методику можно рассматривать как предпочтительный вариант лечения крупных, многочисленных конкрементов мочевого пузыря на фоне длительной гиперплазии предстательной железы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Farshi A, Sari Motlagh R, Jafari Arismani R. Delivery of huge bladder stone in a thirty-five-year-old man. *Nephrourol Mon.* 2014; 6(6): e20574. doi: 10.5812/numonthly.20574.
- Huang W, Cao JJ, Cao M, Wu HS, Yang YY, Xu ZM, Jin XD. Risk factors for bladder calculi in patients with benign prostatic hyperplasia. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(32): e7728. doi: 10.1097/MD.0000000000007728.
- EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands. EAU Guidelines on Urolithiasis. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2020. Available at: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>. Accessed November 16, 2021.
- Li A, Ji C, Wang H, Lang G, Lu H, Liu S, Li W, Zhang B, Fang W. Transurethral cystolitholapaxy with the AH 1 stone removal system for the treatment of bladder stones of variable size. *BMC Urol.* 2015; 15(1): 9. doi: 10.1186/s12894-015-0003-z.
- Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 345 с. [Alyayev YuG, Glybochko PV, Pushkar' D.Ju. Urology. Russian clinical guidelines. M.: GEOTAR-Media, 2015. 345 p. (In Russ).]