

ВЫПОЛНЕНИЕ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ханалиев Б.В., Барсегян А.Г.,
Азизов Р.М.*, Косарев Е.И.

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

DOI: 10.25881/20728255_2023_18_2_143

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациента с камнем нижней трети левого мочеточника на фоне выраженной средней доли гиперплазированной предстательной железы. К особенностям выполнения лазерной уретеролитотрипсии данной категории пациентов можно отнести трудную визуализацию устья мочеточников, сложность проведения ригидного уретероскопа и высокие риски развития кровотечения во время выполнения оперативного вмешательства.

Ключевые слова: клиническое наблюдение, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, мочекаменная болезнь, камень мочеточника, контактная литотрипсия.

CONTACT URETEROLITHOTRIPSY FOR SEVERE PROSTATIC HYPERPLASIA

Hanaliyev B.V., Barsegyan A.G., Azizov R.M.*, Kosarev E.I.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical observation of a patient with urolithiasis with a stone in the lower third of the ureter against the background of severe prostatic hyperplasia is presented. The peculiarity of this clinical case lies in the intraoperative picture during the operation, in the gradual complication of both the underlying and concomitant diseases that may occur during the operation.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, urolithiasis, ureteral stone, contact lithotripsy.

Введение

Мочекаменная болезнь (МКБ) — это хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в верхних мочевых путях [1]. Данная нозология весьма значима в медицине, так как имеется тенденция к возрастанию частоты данной патологии. Заболеваемость уrolитиазом в мире колеблется от 1,5 до 21% [2]. Соотношение между женщинами и мужчинами составляет (1:3) [3]. При выборе метода лечения у больных МКБ в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) необходимо учитывать: выраженность клинических симптомов заболевания, локализацию камня (камень), размеры и среднюю структурную плотность, показатели нарушения мочеиспускания (IPSS, урофлоуметрия, объем остаточной мочи), возраст, интеркуррентный фон и т.д. ДГПЖ является одним из самых распространенных заболеваний у мужчин. Она наблюдается у 50% мужчин старше 50 лет и у 90% мужчин старше 90 лет [4–5]. Примерно у половины пациентов течение ДГПЖ осложняется симптомами нижних мочевых путей (СНМП) [6]. В случаях выраженной симптоматики наиболее оптимальной тактикой лечения является хирургическое вмешательство [7]. Оно рекомендовано для мужчин, не желающих начинать

или продолжать медикаментозное лечение, а также в случае прогрессирования СНМП или осложненного течения ДГПЖ. За последние два десятилетия наблюдается значительное расширение спектра видов хирургического лечения. Кроме трансуретральной резекции простаты (ТУРП) выделяют энуклеацию простаты и лазерную вапоризацию простаты (ЛВП). Выбор метода зависит от параметров пациента, ожидаемого результата лечения, коморбидности. Так, индивидуализация лечения позволяет достичь оптимального исхода лечения и повышения послеоперационного качества жизни [8]. Простатспецифический антиген (ПСА) является онкомаркером предстательной железы. Исследование крови на ПСА играет ключевую роль в первичной диагностике рака предстательной железы (РПЖ). Определение уровня общего ПСА и процентного соотношения свободного ПСА (% св. ПСА) к уровню общего ПСА позволяет выявить РПЖ на ранних стадиях. Морфологическая верификация диагноза осуществляется на основании гистологического заключения по данным мультифокальной пункционной биопсии предстательной железы. При этом положительная предсказательная ценность общего ПСА и % св. ПСА остается достаточно низкой, особенно у мужчин с уровнем общего ПСА 2–10 нг/мл. Также, определение уровня общего ПСА и % св. ПСА мало-

информативно в плане оценки степени агрессивности РПЖ.

Пациент Е., 67 лет обратился к урологом по месту жительства с жалобами на мочеиспускание вялой струей, ночное мочеиспускание до 3 раз. При плановом обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА до 4,4 нг/мл. При МРТ органов малого таза от 20.10.2022 г.: выявлены МР-признаки стромально-железистой гиперплазии с увеличенной боковыми долями и выраженной средней долей (55 см³) — PIRADS 3 (Рис. 1, 2). МР-признаки конкремента в устье левого мочеточника (Рис. 3). При контрольном обследовании по данным УЗИ мочеполовой системы диагноз подтвердился: конкремент устья левого мочеточника (до 8 мм) без развития уретеропиелож-

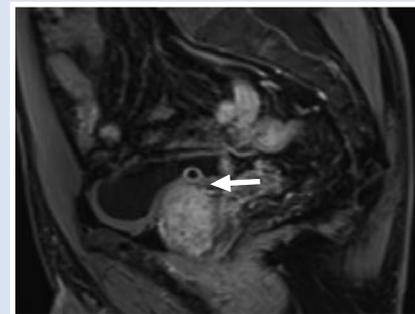


Рис. 1. МР-признаки ДГПЖ с увеличенной средней долей.

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



Рис. 2. MR-признаки ДГПЖ с увеличенной средней долей.

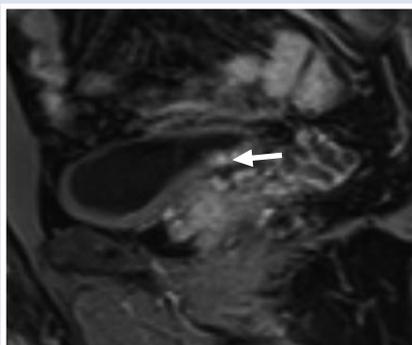


Рис. 3. MR-признаки конкремента устья левого мочеточника.

тазии слева, эхо-признаки конкремента малого размера левой почки.

14.12.2022 г. в плановом порядке поступил в урологическое отделение НМХЦ им. Н. И. Пирогова с диагнозом: МКБ: камень нижней трети левого мочеточника. Камень левой почки. ДГПЖ. По данным лабораторных данных от 02.12.2022 г., креатинин крови в пределах референсных значений (86 мкмоль/л).

Результаты

14.12.2022 г. в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство в объеме: цистоскопия, уретероскопия слева, трансуретральная лазерная уретеролитотрипсия слева, уретеролитоэкстракция слева. Стентирование левого мочеточника под рентгенологическим контролем. Интраоперационно: под ЭТН, в асептических условиях, в положении пациента на операционном столе для промежуточных манипуляций, в полость мочевого пузыря проведен цистоскоп, при этом в простатическом отделе определяются увеличенные боковые и выраженная средняя доли предстательной железы, вдающаяся в просвет мочевого пузыря. Отмечена трабекулярность стенок мочевого пузыря. Устья мочеточников расположены атипично,

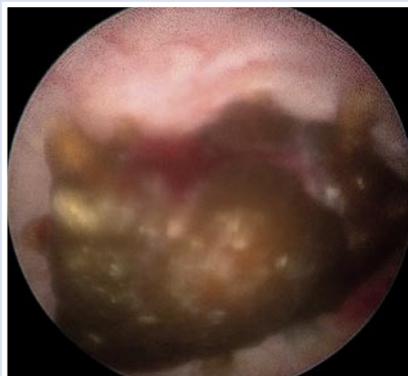


Рис. 4. Интраоперационная картина конкремента нижней трети мочеточника.

сдавлены увеличенной «средней» долей предстательной железы, точечные. С техническими сложностями, ввиду увеличенной средней доли предстательной железы, в просвет левого мочеточника установлена струна-проводник. Цистоскоп сменен на уретероскоп. С выраженными техническими сложностями, ввиду наличия выраженной средней доли предстательной железы, смещенного и сдавленного устья левого мочеточника, произведена уретероскопия слева, при которой в нижней трети обнаружен конкремент размером до 8–9 мм черного цвета (Рис. 4), в области стояния конкремента отмечается выраженный инфильтративный отек. Ввиду отека стенки мочеточника экстрагирование конкремента невозможно. Произведена лазерная контактная литотрипсия, камень фрагментирован (Рис. 5). Произведена уретеролитоэкстракция конкрементов с помощью щипцов. При контрольной уретероскопии других конкрементов в мочеточнике не обнаружено. Ввиду выраженного инфильтративного отека в области стояния конкремента, при помощи цистоскопа, по струне-проводнику и рентгеноскопическим контролем проведено стентирование левого мочеточника стентом №6 по Ш. Цистоскоп извлечен. В полость мочевого пузыря установлен уретральный катетер Фолея №24 по Шарьеру.

15.12.2022 г.: в удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение уролога поликлиники по месту жительства. 23.12.2022 г. при повторной госпитализации выполнена цистоскопия, удаление стента левого мочеточника. Манипуляция без осложнений. При повторном исследовании анализа крови на ПСА от 27.02.2023 г.:

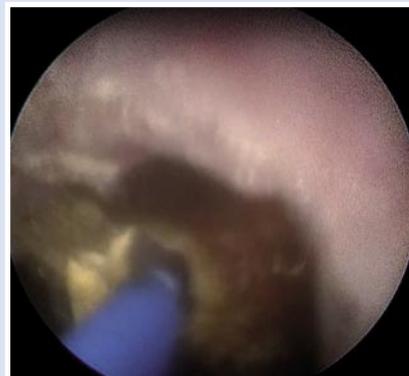


Рис. 5. Интраоперационная картина фрагментированного конкремента нижней трети мочеточника.

общий — 2,1 нг/мл. Консультирован урологом: учитывая уровень ПСА крови, отсутствие подозрительных зон при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) рекомендовано оперативное вмешательство в объеме — (ТУРП). 06.03.2023 г. в плановом порядке выполнено оперативное вмешательство, резецированные фрагменты ткани направлены на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал без осложнений. 13.03.2023 г. в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение урологом поликлиники по месту жительства, рекомендации даны. По результатам гистологического исследования выявлена морфологическая картина мышечно-стромальной и железистой гиперплазии с фокусами низкой PIN в эпителии желез.

Заключение

Таким образом, данное клиническое наблюдение отображает тот факт, что биохимический анализ крови на ПСА не является онкоспецифическим маркером для выявления РПЖ, а относится к органоспецифическому анализу и его повышение следует дифференцировать с другими заболеваниями на предстательной железе и органах мочевыделительной системы. Так, тщательная дифференциальная диагностика позволяет выявить возможную причину повышения уровня ПСА, как в нашем наблюдении (ДГПЖ, сдавливающая конкремент устья мочеточника) и избежать ненужной оперативной манипуляции (биопсия предстательной железы).

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Москалева Н.Г., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за десятилетний период (2008-2018 гг.) по данным официальной статистики // Экспериментальная и клиническая урология. — 2019. — №2. — С.2-12. [Apolihin OI, Sivkov AV, Moskaleva NG, Solnceva TV, Komarova VA. Analiz uronefrologicheskoy zaboлеваemosti i smertnosti v Rossijskoj Federacii za desyatiletnij period (2008-2018) po dannym oficial'noj statistiki. Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya. 2019; 2: 2-12. (In Russ.)]
2. Досаева Л.А., Шатохина С.Н., Шилов Е.М. Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни // Клиническая медицина. — 2017. — №1. — С.21-27. [Dosaeva LA, SHatohina SN, SHilov EM. Diagnostika, medikamentoznoe lechenie i profilaktika mochekamennoj bolezni. Klinicheskaya medicina. 2017; 1: 21-27. (In Russ.)]
3. Земченков А.Ю., Томила Н.А. К/ДОКИ обращается к истокам хронической почечной недостаточности (о новом разделе Рекомендаций К/ДОКИ по диагностике, классификации и оценке тяжести хронических заболеваний почек) // Нефрология и диализ. — 2016. — Т.6. — №3. — С.204-220 [Zemchenkov AYU, Tomilina NA. K/DOKI obrashchaetsya k istokam hronicheskoy pochechnoj nedostatochnosti (o novom razdele Rekomendacij K/DOKI po diagnostike, klassifikacii i ocenke tyazhesti hronicheskikh zabolevanij почек) // Nefrologiya i dializ. 2016; 6(3): 204-220. (In Russ.)]
4. Unnikrishnan R, Almassi N, Fareed K. Benign prostatic hyperplasia: evaluation and medical management in primary care. *Cleve Clin J Med.* 2017; 84: 53-64. doi: 10.3949/ccjm.84.a.16008.
5. Ильях А.В., Чибичян М.Б., Коган М.И. Рак предстательной железы, выявленный при оперативном лечении аденомы // Урология. — 2012. — №1. — С.54-58. eLIBRARY ID: 17706087 [Il'yash AV., CHibichyan MB., Kogan MI. Rak predstavatel'noj zhelezy, vyyavlenный pri operativnom lechenii adenomy // Urologiya. 2012; 1: 54-58. (In Russ.)]
6. Na R, Helfand BT, Chen H, Conran CA, Crawford SE, Hayward SW, Tammela T, Hoffmann-Bolton J, Zheng SL, Walsh PC, Schleutker J, Platz EA, Isaacs WB, Xu J. A genetic variant near GATA3 implicated in inherited susceptibility and etiology of benign prostatic hyperplasia (BPH) and lower urinary tract symptoms (LUTS). *Prostate.* 2017; 77: 1213-1220. doi:10.1002/pros.23380.
7. Qian X, Liu H, Xu D, Xu L, Huang F, He W, Qi J, Zhu Y, Xu D. Functional outcomes and complications following B-TURP versus HoLEP for the treatment of benign prostatic hyperplasia: a review of the literature and meta-analysis. *Aging Male.* 2017; 20(3): 184-191. doi:10.1080/13685538.2017.1295436.
8. Rieken M, Kaplan SA. Enucleation, Vaporization, and Resection: How To Choose the Best Surgical Treatment Option for a Patient with Male Lower Urinary Tract Symptoms. *Eur Urol Focus.* 2018; 4(1): 8-10. doi:10.1016/j.euf.2018.04.020.