

7. Харченко В.П., Каприн А.Д., Меских А.В. Лучевая диагностика урологических осложнений у больных раком шейки матки, перенесших комбинированное лечение // *Вопросы онкологии*. — 2007. — Т.53. — №4 — С. 445–448. [Kharchenko VP, Kaprin AD, Mesikh AV. Radiation diagnosis of urological complications in patients with endometrial and cervical carcinoma. *Problems in oncology*. 2007;53(4):445–448. (In Russ).]
8. Basiri A, Nikoobakht MR, Simforoosh N, Hoseini Moghaddam SM. Ureteroscopic management of urological complications after renal transplantation. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40(1):53–56. Doi: 10.1080/00365590510007838.
9. Lambaudie E, Boukerrou M, Cosson M, et al. [Hysterectomy for benign lesions: perioperative and postoperative complications. (In French).] *Ann Chir*. 2000;125(4):340–345. Doi: 10.1016/s0003-3944(00)00205-4.
10. Lane T, Shah J. Carcinoma following augmentation ileocystoplasty. *Urol Int*. 2000;64(1):31–32. Doi: 10.1159/000030479.
11. Verduyck FJ, Heesakkers JP, Debruyne FM. Long term results of ileal substitution as a treatment for ileal obstruction. *Eur Urol Suppl*. 2002;1(1):102. Doi: 10.1016/s1569-9056(02)80393-1.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Ханалиев Б.В., Нестеров С.Н., Барсегян А.Г., Косарев Е.И.*
ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.42.14.025

Резюме. Представлено описание клинического наблюдения трансуретральной резекции простаты у пациента, длительно страдающим дизурическими явлениями ввиду наличия доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция предстательной железы, качество жизни, клинический случай.

THE EFFECTIVENESS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE IN A PATIENT WITH LONG-TERM LOWER URINARY TRACT SYNDROME

Khanaliev B.V., Nesterov S.N., Barsegyan A.G., Kosarev E.I.*
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. This article presents a clinical case of transurethral resection of the prostate in a patient with long-term dysuria due to benign prostatic hyperplasia.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate gland, quality of life, case report.

Актуальность

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одной из самых распространённых патологий среди мужчин. Данное заболевание наблюдается у половины мужчин старше 50 лет [1; 2]. Примерно у 40–60% пациентов, страдающих ДГПЖ, заболевание осложняется симптомами нижних мочевых путей (СНМП) [3].

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) термин, объединяющий в себя симптомы накопления и опорожнения мочевого пузыря, и симптомы, возникающие при и после акта мочеиспускания [4]. В мире распространённость СНМП оценивается в пределах от 14,8% среди мужчин 40–49 лет до 38,4% среди мужчин от 80 лет и старше [5]. Около 50% муж-

чин с СНМП сообщают как о симптомах накопления, так и симптомах нарушения выведения мочи [6]. Хотя в большинстве случаев СНМП не несут угрозы для жизни, они значимо ухудшают качество жизни [8]. Считается, что определённую роль в патогенезе СНМП играют изменения физиологии предстательной железы и мочевого пузыря. Например, ДГПЖ может приводить к обструкции простатической части уретры, приводя к компенсаторным изменениям в детрузоре мочевого пузыря.

В случаях выраженной симптоматики и неэффективности медикаментозной терапии наиболее оптимальной тактикой лечения является хирургическое вмешательство [7]. Золотым стандартом в хирургическом лечении ДГПЖ

является трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР-ПЖ), которая в значительной степени улучшает качество жизни пациентов. В первую очередь, ТУР-ПЖ приводит к элиминации структурной патологии, которая приводит к СНМП.

Описан случай эффективной трансуретральной резекции предстательной железы у пациента, страдающим СНМП на протяжении 10 лет.

Пациент И., 55 лет в феврале 2019 г. в плановом порядке госпитализирован в отделение урологии «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России для проведения трансуретральной резекции предстательной железы.

С 2009 г. пациент отмечает мочеиспускание вялой струей, ночное мо-

* e-mail: tuka93@bk.ru

Ханалиев Б.В., Нестеров С.Н., Барсегян А.Г., Косарев Е.И.
 ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА,
 ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩЕГО СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

чеиспускание до 3 раз. Самостоятельно принимал альфа-блокаторы без положительного клинического эффекта. Ухудшение состояния с декабря 2018 г., когда отметил появление болей при мочеиспускании, прерывистое мочеиспускание вялой струей, ночное мочеиспускание до 15 раз. При обследовании: УЗИ предстательной железы от 18.12.2019 г.: объем простаты 31 см³, объем остаточной мочи 50 см³. Общий ПСА крови — 0,74 нг/мл от 29.11.2019 г. Урофлоуметрия от 21.12.2019 г. — Q max — 9 мл/сек, объем выделенной мочи — 64 мл. При уретроскопии данных за наличие стриктур уретры не выявлено (Рис. 1).

На догоспитальном этапе пациент проходил анкетирование SF-36 при котором выявлено снижение как физического, так и психологического компонента здоровья до 34,3 и 23,6 баллов соответственно.

Пациенту выполнена трансуретральная резекция предстательной железы биполярным резектоскопом. Уретральный катетер удалён на 4-е сутки после оперативного вмешательства. При контрольной урофлоуметрии на 5-е сутки после операции отмечено выраженное повышение максимальной скорости потока до 25 мл/с, объем выделенной мочи 264 мл. При УЗ-контроле остаточной мочи в полости мочевого пузыря не выявлено. При динамическом наблюдении в период восстановления самостоятельного мочеиспускания пациент не отмечал ночного пробуждения, вызванного позывом к мочеиспусканию.

В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение уролога по месту жительства. В качестве оценки эффективности проводимого лечения, через 30 суток и 6 месяцев после операции (в амбулаторном порядке)

пациент прошёл повторное анкетирование с последующим проведением урофлоуметрии и определением остаточной мочи. При повторном анкетировании через 30 дней выявлено увеличение баллов РН и МН до 45,29 и 45,31, соответственно. При урофлоуметрии отмечено стойкое повышение Qmax до 20 мл/с, объем выделенной мочи составлял 230 мл. При анкетировании пациента через 6 месяцев, значения физического и психологического компонентов здоровья также составляли 45,29 и 45,31 баллов, соответственно. При контрольной урофлоуметрии Qmax составлял до 21 мл/с, объем выделенной мочи при УЗ-исследовании выявлено не было (Рис. 2).

Наличие ДППЖ снижает качество жизни пациента, влияя на физическое и психологическое здоровье. Инструментальные методы диагностики наряду с опросником SF-36 позволяют объективно и достоверно оценить состояние здоровья больного до и после оперативного вмешательства, даже в отдаленные сроки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что ТУР-ПЖ привело к стойкому улучшению качества жизни у пациента. Рецидивов дизурических явлений за время наблюдения у данного пациента отмечено не было (Рис. 3).

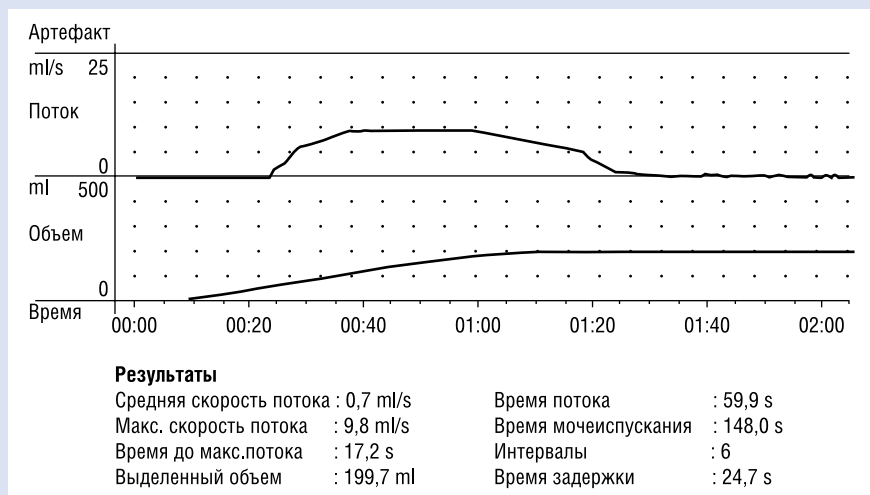


Рис. 1. Урофлоуметрия пациента до операции.

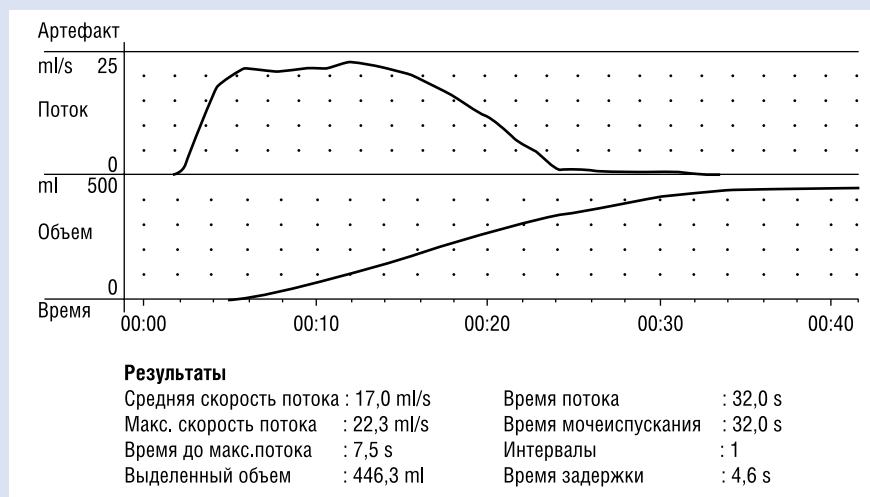


Рис. 2. Урофлоуметрия на следующий день после удаления уретрального катетера.

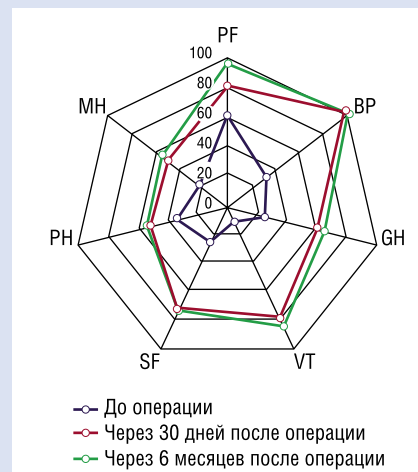


Рис. 3. Уровень качества жизни в соответствии с опросником SF-36 у данного пациента до оперативного вмешательства, через 30 суток и через 6 месяцев. PF — физическое функционирование, RH — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP — интенсивность боли, GH — общее состояние здоровья, VT — жизненная активность, SF — социальное функционирование, RE — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Chapple CR, Wein AJ, Abrams P, et al. Lower urinary tract symptoms revisited: a broader clinical perspective. *Eur Urol.* 2008;54(3):563-566. Doi: 10.1016/j.eururo.2008.03.109.
2. Gharaee-Kermani M, Kasina S, Moore BB, et al. CXС-type chemokines promote myofibroblast phenocconversion and prostatic fibrosis. *PLoS One.* 2012; 7(11):e49278.23. Doi: 10.1371/journal.pone.0049278.
3. Na R, Helfand BT, Chen H, et al. 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.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn.* 2002;21:167-178. Doi: 10.1067/mob.2002.125704.
5. Lee SW, Chan EM, Lai YK. The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7:7984. Doi: 10.1038/s41598-017-06628-8.
6. Sexton CC, Coyne KS, Kopp ZS, et al. The overlap of storage, voiding and postmicturition symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden: EpiLUTS. *BJU Int.* 2009;103 Suppl 3:12-23. Doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.08369.x.
7. Qian X, Liu H, Xu D, et al. 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. Lee CL, Kuo HC. Pathophysiology of benign prostate enlargement and lower urinary tract symptoms: current concepts. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi.* 2017;29:79-83. Doi: 10.4103/tcmj.tcmj2017.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРИНОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ. ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Крайнюков П.Е.¹, Николенко В.К.¹,
Колодкин Б.Б.^{1,3}, Химченко Ю.В.¹,
Огинский Д.Ю.², Кондаков Е.В.*³

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.33.28.026

¹ ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

² ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России», Москва

³ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Резюме. Описаны особенности хирургического лечения невринома глубокой ветви малоберцового нерва. Показана информативность ультразвуковой диагностики на этапе предоперационного планирования.

Ключевые слова: невринома, хирургическое лечение, ультразвуковая диагностика.

SURGICAL TREATMENT OF PERIPHERAL NERVES WITH NEURIN. INFORMATIVE ULTRASOUND DIAGNOSTICS

Krajnyukov P.E.¹, Nikolenko V.K.¹, Kolodkin B.B.^{1,3}, Himchenko Yu.V.¹, Oginskij D.Yu.², Kondakov E.V.*³

¹ P.V. Mandryka Medical Educational and Scientific Clinical Centre, Moscow

² Medical and rehabilitation center of the Ministry of economic development of Russia, Moscow

³ Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. Features of surgical treatment of deep branch fibular nerve neurinoma are described. The informative value of ultrasound diagnostics at the stage of preoperative planning is shown.

Keywords: neurinoma, surgical treatment, ultrasound diagnostics.

Шваннома (невринома, нейролеммома) — медленно растущая, однородная, чаще доброкачественная опухоль, которая развивается из шванновских клеток нервной оболочки. Обычно встре-

чается в виде единичного образования, локализуется чаще на стибательной поверхности конечностей. Местом развития опухоли могут служить самые разные нервы конечностей или нервные стволы

сплетений [1]. Опухоли периферических нервов чаще всего доброкачественные опухоли, поражающие основной ствол нерва или его ветви. Классически доброкачественные опухоли периферических

* e-mail: pursuitforse@gmail.com