

## ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ С РАЗВИВИШИМСЯ МОЧЕВЫМ ПЕРИТОНИТОМ НА ФОНЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЦИСТУРЕТРОАНАСТОМОЗА

Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В.\*,  
Володичев В.В., Васильев В.Р.,  
Барсегян А.Г., Косарев Е.И.,  
Магомедов Ш.С.

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

УДК: 616381-072.1-002:612.013-021.4  
DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.21.53.027

**Резюме.** Представлено клиническое наблюдение плановой лапароскопической радикальной простатэктомии с развившимся мочевым перитонитом и формированием мочепузырно-прямокишечного свища на фоне несостоятельности цистуретроанастомоза. После проведения исследований (КТ, УЗИ) выполнен комплекс оперативных вмешательств, направленных на устранение осложненной простатэктомии. При контрольном обследовании (МРТ, КТ) данных за рецидив основного заболевания не получено. Дальнейшее послеоперационное течение протекало без особенностей.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, лапароскопическая радикальная простатэктомия, мочепузырно-прямокишечный свищ, компьютерная томография, несостоятельность цистуретроанастомоза.

Лапароскопическая радикальная простатэктомия (ЛРП) является одним из ведущих методов лечения локализованных форм рака предстательной железы. Достигнутые в последнее время успехи в развитии урологии позволили значительно улучшить результаты операции. Так, десятилетия общая выживаемость больных после операции превышает 90%. В этой связи возрастает значимость проблемы улучшения качества жизни больных, перенесших радикальную простатэктомию (РПЭ). Известно, что одним из редких осложнений РПЭ являются мочепузырно-прямокишечные свищи. Частота встречаемости мочепузырно-прямокишечных свищей составляет менее 2% после РПЭ, 0,2% после интерстициальной лучевой терапии и около 2,9% при комбинации брахитерапии и наружной лучевой терапии. Оно не является жизнеугрожающим, но приводит к резкому снижению качества жизни пациентов. До настоящего времени нет однозначного суждения относительно методов лечения подобных осложнений. Цель данного клинического наблюдения – продемонстрировать соб-

### QUALITY OF LIFE DYNAMIC AFTER LAPAROSCOPIC PROSTATECTOMY MATURED WITH URINARY PERITONITIS AND ANASTOMIC DEHISCENCE ON THE BACKGROUND

Nesterov S.N., Hanaliev B.V.\*, Volodichev V.V., Vasilev V.R., Barsegyan A.G., Kosarev E.I., Magomedov Sh.S.

Federal State Public Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation Moscow

**Abstract.** Results of laparoscopic prostatectomy matured with urinary peritonitis and vesicointestinal fistula formed, and anastomic dehiscence on the background. After the examinations (CT, ultrasound) performed a set of surgeries aimed at eliminating the complications of prostatectomy. Control examination (MRI, CT) did not provide information for the recurrence of the underlying disease. Further postoperative course was uneventful.

**Keywords:** prostate cancer, laparoscopic prostatectomy, vesicointestinal fistula, CT, anastomic dehiscence.

ственный опыт лечения данной категории больных, а также оценить качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде [1; 2; 3].

Пациент С. 64 лет, 21.05.2012 г. в плановом порядке поступил в отделение урологии на ЛРП. При поступлении жалоб нет. Из анамнеза известно, что в январе 2012 г. при плановом обследовании отмечено повышение уровня ПСА крови (общий) до 30,40 нг/мл, с целью верификации диагноза в марте 2012 г. Выполнена трансректальная биопсия предстательной железы, по результатам гистологического исследования выявлена аденокарцинома предстательной железы (6 баллов 3+3 по Глиссону).

По данным МРТ органов малого таза с контрастированием в периферической зоне предстательной железы справа определяется округлый участок пониженной интенсивности МР-сигнала на T2-ВИ, размерами до 22 × 15 мм, неравномерно накапливающий контрастный препарат в артериальную фазу.

При остеосцинтиграфии очагов патологической гиперфиксации радиофармпрепарата, характерных для мета-

статического поражения костной ткани, выявлено не было.

Диагноз: аденокарцинома предстательной железы T1cNoMo. Рекомендована ЛРП, абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству нет.

После предоперационной подготовки 22.05.2012 г. пациенту выполнена ЛРП с тазовой лимфаденэктомией. Послеоперационный период протекал без особенностей, за первые сутки по страховому дренажу, установленному в малый таз, выделилось около 100 мл серозно-геморрагического отделяемого, за вторые – около 20 мл.

При гистологическом исследовании операционного материала – жировая клетчатка с лимфатическими узлами без признаков метастатического поражения. В обеих долях предстательной железы (справа более 85% доли) имеется рост мелкоацинарной аденокарциномы (7 баллов по Глиссону (3+4)) с признаками интра- и периневральной инвазии, многочисленными участками инвазии в капсулу органа и единичными участками ее прорастания с инвазией в парапростатическую жировую клетчатку и фраг-

\* e-mail: urology-andrology@yandex.ru

мент прилежащей поперечнополосатой мышечной ткани, семенные пузырьки. В коагулированной плоскости резекции без признаков опухолевого роста.

В связи с развитием на 2-е сутки послеоперационного периода симптомов раздражения брюшины, которые в динамике прогрессировали (бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащенный пульс слабого наполнения, тошнота, головокружение), изменений данных клинических анализов крови (повышение уровня креатинина крови до 236,5 мкмоль/л (50–120), мочевины 19,90 ммоль/л (1,70–8,30), Прокальцитониновый тест  $\geq 10$ , креатинин содержимого дренажа 689 мкмоль/л) пациенту проведена КТ органов брюшной полости с контрастированием. При введении контрастного вещества через мочевой катетер определяется его распространение за пределы мочевого пузыря. Контрастный препарат определяется, в том числе между петлями кишечника, в левом латеральном канале. На основании результатов инструментальных исследований решено выполнить лапаротомию, ревизию органов брюшной полости.

25.05.2012 г. выполнено: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, дренирование брюшной полости и малого таза, цистостомия. В послеоперационном периоде состояние пациента с незначительной положительной динамикой (лабораторные показатели с тенденцией к улучшению), гемодинамика стабильная, дренажи функционировали адекватно, диурез за сутки удовлетворительный. На 2-е сутки послеоперационного периода отмечено ухудшение состояния, явления интоксикации (энцефалопатия, дезориентация), решено провести релапаротомию, санацию брюшной полости.

28.05.2012 г. проведена релапаротомия, санация брюшной полости. Послеоперационный период без осложнений. 30.05.2012 г. утром при клизме с вазелиновым маслом (~100 мл) с целью стимуляции кишечника, определены признаки попадания маслянистой жидкости в мочевой пузырь. С целью верификации мочепузырно-прямокишечного свища проведена КТ с наполнением мочевого пузыря, отмечено выделение контрастного препарата из мочевого пузыря в прямую кишку. 30.05.2012 г. решено выполнить релапаротомию, сигмостомию. В послеоперационном периоде в связи с низким уровнем показателей общего белка крови, альбумина, гемоглобина и сывороточного железа проводилась гемотрансфузия и инфузия альбумина.

В связи с попаданием каловых масс в мочевой пузырь по отводящей петле сигмостомы, 16 и 17.06.2012 г. проводилось тампонирование отводящей петли сигмостомы. 18.06.2012 г. выявлена ретракция шпоры двустольной сигмостомы. 19.06.2012 г. произвели реконструкцию сигмостомы. 20.06.2012 г. пациент переведен в отделение урологии из ОАР (ИТ) для планового лечения в послеоперационном периоде. В отделении проведена комплексная симптоматическая терапия, согласованная с анестезиологами и клиническими фармакологами. Дренажи последовательно удалены. 16.07.2012 г. пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга, уролога и онколога по месту жительства.

Спустя 3 месяца после выписки из стационара проведен ряд контрольных исследований (МРТ органов малого таза, ПСА крови), по результатам которых данных за рецидив основного заболевания не получено. 15.12.2012 г. выполнена контрольная КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза – при введении контрастного препарата через установленный в мочевой пузырь катетер, далее контрастный препарат определялся в прямой кишке и в петле сигмовидной кишки, не доходя до уровня сигмостомы. Таким образом, определены показания к оперативному реконструктивному лечению мочепузырно-кишечного свища.

02.04.2013 г. в плановом порядке госпитализирован в отделение урологии «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» для проведения оперативного лечения. 03.04.2013 г. выполнено разобщение мочепузырно-прямокишечного свища комбинированным доступом, резекция выпадающей части сигмовидной кишки с формированием двустольной сигмостомы, устранение параколомической грыжи, дренирование брюшной полости и пресакрального пространства. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей, проводилась психиатрическая терапия, на фоне которой состояние пациента оставалось стабильным. Дренажи удалены. Цистостомический дренаж удален, произведено заживление цистостомического свища. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание. С целью контроля 26.04.2013 г. выполнена диагностическая цистоскопия, по результатам которой область ранее ушитого свища не дифференцировалась. В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение уролога по месту жительства.



Рис. 1. КТ-признаки мочепузырно-прямокишечного свища.

Госпитализирован в отделение урологии НМХЦ им. Н.И.Пирогова через 6 месяцев для обследования. При контрольной КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза – признаков пузырно-кишечной фистулы не выявлено. При МРТ органов малого таза данных за рецидив основного заболевания не получено. Уровень ПСА крови (общий) от 04.06.2014 г. – 0,2 нг/мл. При урофлоуметрии от 05.06.2014 г.: выделенный объем – 477 мл, макс. скорость потока – 25,4 мл/с, время мочеиспускания – 25 с. Переведен в отделение хирургии, где проведена реконструктивно-восстановительная операция: устранение колостомы, сигмостомия по Мельникову.

Таким образом, представлено клиническое наблюдение и опыт ведения пациента после ЛРП, осложнившимся мочевым перитонитом на фоне несостоятельности цистуретроанастомоза с формированием мочепузырно-прямокишечного свища. Данный случай показывает, что, несмотря на столь грозные осложнения, развившиеся у пациента, неоднократные релапаротомии, благодаря мультидисциплинарному подходу к данной категории пациентов, удаётся эффективно справляться с такими послеоперационными осложнениями ЛРП, как несостоятельность цистуретроанастомоза и мочепузырно-прямокишечный свищ. В итоге, после реконструктивных операций, уровень качества жизни пациента сопоставим с качеством жизни пациентов без осложнений, и может быть сопоставим с дооперационным уровнем.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Абдуллин, И.И. Сравнительная оценка различных способов формирования уретровезикального анастомоза при лапароскопической радикальной простатэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – Т. 18; № 6. – С. 3-6. [Abdullin, I.I. Sravnitel'naya ocenka razlichnykh sposobov formirovaniya uretrovezikal'nogo anastomoza pri laparoskopicheskoy radikal'noy prostatahktomii // Endoskopicheskaya hirurgiya. – 2012. – Т. 18; № 6. – С. 3-6].
2. Кочкин, А.Д., Новиков, А.Б., Галлямов, Э.А., Сзврюков, Ф.А., Биктимиров, Р.Г., Попов,

С.В., Сергеев, В.П., Преснов, К.С., Мещанкин, И.В., Санжаров, А.Е., Орлов, И.Н., Болгов, Е.Н., Володин, Д.И. Лапароскопическая радикальная простатэктомия и максимальное сохранение перипростатической анатомии // Вопросы урологии и андрологии. – 2017. – Т. 5; № 1. – С. 34-38. [Kochkin, A.D., Novikov, A.B., Gallyamov, E.A., Szvryukov, F.A., Biktimirov, R.G., Popov, S.V., Sergeev, V.P., Presnov, K.S., Meshchankin, I.V., Sanzharov, A.E., Orlov, I.N., Bolgov, E.N., Volodin, D.I. Laparoskopicheskaya radikal'naya prostatahktomiya i maksimal'noe sohranenie peripro-

statischej anatomii // Voprosy urologii i andrologii. – 2017. – Т. 5; № 1. – С. 34-38].

3. Перепечай, В.А., Васильев, О.Н. Лапароскопическая радикальная простатэктомия // Вестник урологии. – 2018. – Т. 6; № 3. – С. 57-72. [Perepchaj, V.A., Vasil'ev, O.N. Laparoskopicheskaya radikal'naya prostatahktomiya // Vestnik urologii. – 2018. – Т. 6; № 3. – С. 57-72].

## ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Епифанов С.А.\*, Скуредин В.Д.,  
Чикорин А.К.

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

УДК: 617.52+616.716.1/4-001.45 «362»  
DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.28.72.028

**Резюме.** Описаны современные принципы лечения пациентов с минно-взрывной травмой челюстно-лицевой области на примере пострадавшего после террористического акта в одном из городов РФ. Травма носила сочетанный и комбинированный характер, включая повреждения не только челюстно-лицевой области, но и ЛОР-органов, глаз, конечностей. Специализированная помощь, включающая комплексную одноэтапную реконструкцию костных и мягких тканей челюстно-лицевой области, оказана в кратчайшие сроки, что позволило избежать повторных, многоэтапных хирургических вмешательств и вернуть пациента к привычной жизни в короткий срок.

**Ключевые слова:** минно-взрывная травма, челюстно-лицевая область, перелом челюсти, реконструктивная хирургия.

Актуальность минно-взрывной травмы в мирное время сегодня высока как никогда. Любой локальный боевой конфликт оставляет за собой своеобразный «след» – заложенные мины, неразорвавшиеся фугасы. Эти боеприпасы могут сохранять потенциальную опасность детонирования в течение многих лет после прекращения боевых действия. Афганистан по-прежнему удерживает первое место в мире по количеству жертв противопехотных мин, хотя в 2015 г. оно увеличилось всего на 14 человек в сравнении с 2014 г. Десятка самых неблагополучных стран мира в 2015 г. выглядела следующим образом: Афганистан – 1310 человек, Ливия – 1004 человека, Йемен – 988 человек, Сирия – 864, Украина – 589 человек, Колумбия – 221

### BLAST-INDUCED TRAUMA OF MAXILLO-FACIAL REGION IN PEACETIME

Epiphanov S.A.\*, Skuredin V.D., Chikorin A.K.

Federal State Public Institution «National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation Moscow

**Abstract.** This paper depicts the condition and modern treatment of patient with blast-induced trauma of maxillo-facial region after one of the terroristic attack, that took place in Volgograd at the end of 2013. The patient had a complex pathology, not only jaw fracture, but brain trauma, hearing loss, burns of the face and ears, minor traumas of hands and legs, tracheostomy. The operation was done on the next day after the blast. The operation was done with the use of modern technologies (endoscopy, navigation etc.). It's primary aim was total and one-stage reconstruction of the jaw fracture and skin wounds. It helped to shorten the period of rehabilitation and the patient was discharged from hospital in a very satisfying condition.

**Keywords:** blast-induced trauma, maxilla-facial region, jaw fracture, reconstructive surgery.

человек, Мали – 167 человек, Мьянма – 159 человек, Пакистан – 132 человека, Камбоджа – 111 человек, Судан – 104 человека. Такие данные содержатся в ежегодном отчете Организации по мониторингу противопехотных мин и кассетных боеприпасов, участвующей в международной кампании по полному запрещению использования противопехотных мин [2]. Другой опасностью остаются террористические акты. Терроризм в современном мире технологичен, жесток и масштабен. В 2016 г. в мире было совершено 1787 терактов различной величины. Статистика их жертв терроризма в мире зафиксировала 13 759 убитых и 16 683 раненых [6]. Большинство из них погибло в результате взрывов бомб, заложенных боевиками в многолюдных ме-

стах. Наша страна занимает третье место среди основных регионов, подверженных атакам террористов.

29 декабря 2013 г. прогремел взрыв в здании железнодорожного вокзала станции Волгоград I. По данным СМИ в результате теракта погибли 18 человек и ранено 45 (по данным Информационного Агентства России ТАСС). На место происшествия был вызван сотрудник отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Пироговского Центра для усиления бригады врачей. Неотложная помощь раненым оказана на месте. С целью оказания специализированной медицинской помощи часть пациентов, признанных транспортабельными, была эвакуирована в московские стационары.

\* e-mail: epiphanoff@gmail.com