

УДК 616.65-089.87

БИПОЛЯРНАЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭНУКЛЕАЦИЯ ГИГАНТСКОЙ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫФ.А. Севрюков^{1,2}, А.Д. Кочкин¹, Д.А. Сорокин¹, Д.В. Семеновичев¹, А.В. Кнутов¹¹ Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД», (603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллиннская, 8в),² Нижегородская государственная медицинская академия, (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1)**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция.**BIPOLAR TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF GIANT PROSTATIC HYPERPLASIA**F.A. Sevryukov^{1,2}, A.D. Kochkin¹, D.A. Sorokin¹, D.V. Semenychev¹, A.V. Knutov¹¹ Road clinical hospital at the Gorkiy station of JCS 'Russian Railways', (8v Tallinskaya St. Nizhniy Novgorod 603033 Russian Federation), ² Nizniy Novgorod State Medical Academy, (10/1 Minin and Pozharskiy Sq. Nizhniy Novgorod 603005 Russian Federation)**Summary.** During the clinical examination it was shown the possibilities of bipolar transurethral enucleation conduction of benign prostatic hyperplasia of big sizes (aden extent – 440 sm³). The surgery were conducted in Nizhniy Novgorod in the urologic center of Road clinical hospital at the Gorkiy station of JCS 'Russian Railways'. In the near future as clinical experience will be gathered it will be possible to prove the clinical effectiveness and advantages of this surgical method over the traumatizing open adenomectomy that enables to boost the wide implementation in the urological practice.**Keywords:** benign prostatic hyperplasia, transurethral resection.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 4, p. 72–75.

На современном этапе развития эндоурологии эффективность трансуретральных электрохирургических вмешательств, пришедших на смену открытым операциям, можно считать доказанной. К настоящему времени для пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) разработаны алгоритм и стандарты обследования, показания к оперативному лечению и критерии оценки его эффективности.

При выборе хирургического метода определяющими параметрами являются размер железы, выраженность ирритативной и обструктивной симптоматики, наличие осложнений и интеркуррентных заболеваний. Согласно рекомендациям отечественной и зарубежных ассоциаций урологов, гиперплазия простаты объемом до 25 см³ считается малой, от 26 до 80 см³ – средней, более 80 см³ – крупной, превышающая 250 см³ – гигантской. Стандартом хирургического лечения ДГПЖ малых и средних размеров признана трансуретральная резекция (ТУР) и ее модификации – моно- и биполярные техники, при крупных и тем более гигантских размерах железы – только традиционная открытая операция [4, 9, 11].

В последние годы публикуется все больше сообщений об успешном применении при ДГПЖ больших размеров резекции гольмиевым лазером (техника

HoLEP), окклюзии или эмболизации артерий простаты, различных комбинаций эндоскопических техник [1, 3, 8, 10, 13]. Однако трудоемкость выполнения и/или недоказанная эффективность ограничивают их широкое внедрение в урологическую практику. Кроме того, остается открытым вопрос об альтернативной замене травматичной открытой аденомэктомии на эндоскопические виды вмешательств при гиперплазии очень крупных размеров.

В качестве примера успешного применения трансуретральной энуклеации простаты биполярной петлей (ТУЭБ) у пациента с гигантским объемом гиперплазированной железы приводим собственное наблюдение.

Больной А., 73 лет, поступил в урологическое отделение ДКБ на ст. Горький с жалобами на болезненное, вялое, учащенное мочеиспускание и чувство неполного опорожнения пузыря, беспокоившими его в течение 4–5 лет (к урологу не обращался). Около 3 лет назад был эпизод острой задержки мочи, который купировался с помощью спазмолитиков и тепловых процедур. Ухудшение состояния наступило за несколько месяцев до госпитализации, когда повторился приступ острой задержки мочи, на трое суток был установлен уретральный катетер, назначены альфа-блокаторы. После восстановления самостоятельного мочеиспускания пациент обследован урологом, выявлен повышенный уровень простатоспецифического антигена (до 26,8 нг/мл) и выполнена трансректальная биопсия простаты. На основании гистологического заключения диагностирована ДГПЖ и рекомендовано плановое оперативное лечение.

При поступлении: органы и системы без патологии, сопутствующих заболеваний не выявлено. Локальный статус: простата увеличена, симметричная, бороздка сглаженная, консистенция туго-эластичная. Per rectum: тонус сфинктера прямой кишки увеличен, патологических образований на высоте пальца не определялось, прямая кишка над простатой подвижная, поверхность органа – гладкая. Общие анализы крови и мочи без особенностей. Оценка симптомов нарушения мочеиспускания по шкале IPSS – 30 баллов, качество жизни по шкале QoL – 5 баллов. Данные урофлоуметрии: признаки инфравезикальной обструкции с максимальной скоростью потока мочи 3,5 мл/с. По данным ультразвукового исследования и внутривенной урографии размеры и функции почек не изменены, количество остаточной мочи – 420,9 мл. Простата размером 9,5×8,9×8,6 см, объемом свыше 300 см³; определялись участки фиброза, единичные кальцинаты и мелкие ретенционные кисты. Данные нисходящей цистографии: дефект наполнения, занимающий практически весь просвет мочевого пузыря.

На 3-й день после госпитализации выполнена операция методом ТУЭБ в физиологическом растворе. Хирургические манипуляции осуществлялись при помощи биполярного резектоскопа, генератора UES-40 SurgMaster (Olympus) при режимах

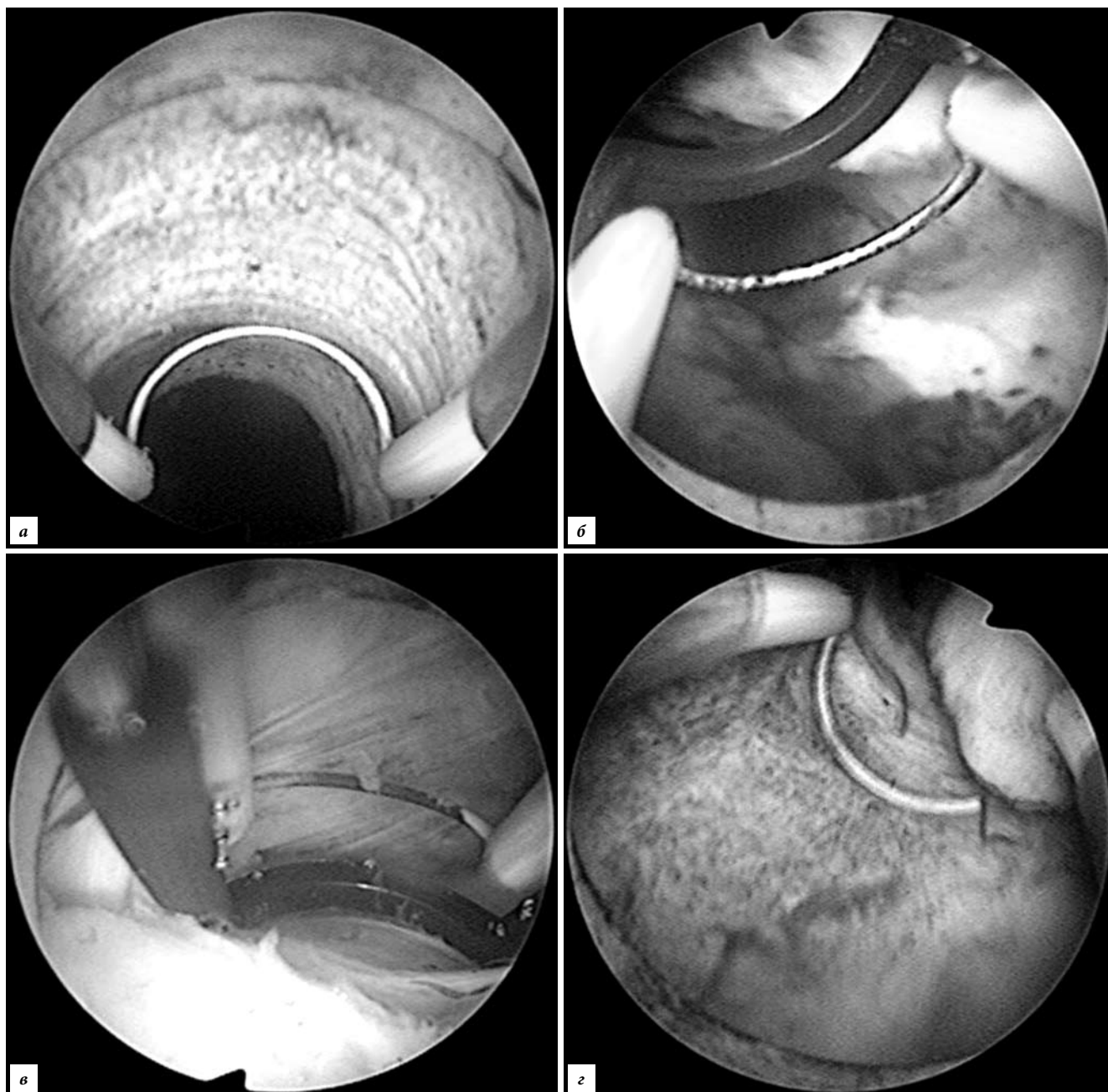


Рис. Этапы оперативного вмешательства:

а – разделение ткани простаты на три части при помощи стандартной петлевой резекции электродом для ТУР; *б* – диссекция гиперплазированной ткани железы биполярной петлей для ТУЭБ с одновременной коагуляцией сосудов; *в* – отделение ткани железы от ее капсулы (при большом объеме простаты энуклеация выполняется легко); *г* – удаление энуклеированной ткани железы с помощью петли для ТУР.

резекции – 320 Вт, коагуляции – 120 Вт. Для создания доступа, последующей резекции железы и морцелляции энуклеированной ткани применялись стандартные петлевые электроды для ТУР, для энуклеации ткани и коагуляции сосудов – электрод для ТУЭБ, состоящий из толкателя, расположенного на петле электрода для биполярной ТУР и обычного петлевого биполярного электрода. В целях снижения риска ТУР-синдрома в качестве промывной жидкости использовался физиологический раствор, подогретый до 37 °С.

Описание операции: «Резектоскоп введен в мочевой пузырь свободно, мочевой пузырь и устья мочеточников без

особенностей. Простата значительно увеличена за счет всех долей, рост узлов – смешанный. Слизистая оболочка мочевого пузыря рассечена циркулярно в области шейки и апикальной части. При помощи стандартной техники петлевой резекции железа путем продольных разрезов на 12, 5 и 7 часах условного циферблата разделена на три блока – правый, левый и средний (рис. 1). После замены электродов проведена диссекция тканей железы в проксимальном направлении от обнаженной области хирургической капсулы вокруг семенного бугорка к шейке мочевого пузыря средней и боковых долей простаты с периодической коагуляцией сосудов (рис. 2). Затем доли поочередно,

преимущественно тупым путем, свободно отделены биполярной петлей от хирургической капсулы органа (рис. 3). После наступления полного гемостаза энуклеированная часть простаты морцелирована стандартной петлей резектоскопа с последующим отмыванием резецированных фрагментов из просвета мочевого пузыря и ложа железы (рис. 4). Объем промывной жидкости – 55 л. После ревизии мочевого пузыря и контроля гемостаза установлен катетер Фолея № 22».

Время операции – 3,2 часа. Резецировано 440 см³ ткани простаты. Интраоперационная кровопотеря составила 110 мл. Трудности выполнения операции были связаны с удалением большого объема энуклеированной части железы. Гистологическое заключение по операционному материалу: во фрагментах ткани предстательной железы очаги стромальной и железистой гиперплазии с микрофокусами простатической интраэпителиальной неоплазии высокой степени в отдельных фрагментах.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, гемостатическая, инфузионная и антикоагулянтная терапия. Уретральный катетер удален на 2-е сутки, восстановлено самостоятельное свободное мочеиспускание, выраженные дизурические явления после удаления катетера наблюдались в течение 3 дней. На 4-й день в анализах мочи отмечена транзиторная протеинурия (до 6,92 г/л), лейкоцитурия и эритроцитурия, в анализах крови – повышение СОЭ до 50 мм/час.

Пациент выписан из клиники на амбулаторное долечивание на 4-й день после вмешательства в удовлетворительном состоянии. Локальный статус: жалобы на незначительные рези в конце акта мочеиспускания, моча удерживалась полностью. Контрольное обследование в клинике через месяц после операции не выявило органических (склеротических), функциональных и инфекционно-аллергических осложнений. Пиковая скорость потока мочи – 20,9 мл/с, объем остаточной мочи – 32,6 мл (в пределах нормы), суммарный индекс по шкале IPSS снизился до 6 баллов, по шкале QoL – до 1 балла. На основании полученных данных результат оперативного лечения оценен как хороший.

В 2008–2010 гг. на базе урологического центра ДКБ по результатам оценки эффективности различных модификаций эндохирургических вмешательств при ДГПЖ был разработан и внедрен алгоритм отбора пациентов на эндоскопическое лечение. В частности, при объеме предстательной железы 80–250 см³, риске кровотечения, тяжелой сопутствующей патологии, наличии кардиостимулятора рекомендуется ТУЭБ. В то же время увеличение железы свыше предельно допустимого объема изначально расценивалось нами как ограничение для эндоскопических операций и во избежание периоперационных осложнений таким пациентам проводилось открытое вмешательство.

Однако по прошествии ряда лет эти ограничения были пересмотрены, так как в клинике постепенно накапливается опыт выполнения ТУЭБ при размерах простаты, значительно превышающих крупные. Поскольку таких пациентов поступает немного – не более 3% от всех нуждающихся в оперативном лечении ДГПЖ – к настоящему моменту выполнено порядка 50 подобных операций, и во всех случаях – с положительными результатами. Расширенный литературный поиск показал, что при гигантских ДГПЖ, как

представлено в вышеописанном клиническом случае, эндоскопических трансуретральных операций пока еще нигде и никем не проводилось [2, 12, 14, 15].

Резюмируя вышесказанное, можно обобщить, что сейчас еще рано говорить о завершенном поиске альтернативной замены травматичной открытой аденомэктомии в случае гигантской гипертрофии простаты. В то же время результаты, полученные нами на предыдущих этапах апробации техники ТУЭБ при размерах ДГПЖ свыше 200 см³ [5, 6, 7], и представленное наблюдение убедительно свидетельствуют о том, что данный оперативный метод является предпочтительным в современном арсенале эндохирургических технологий. По мере накопления клинического материала появится возможность научно доказать его преимущества и высокую клиническую эффективность.

В качестве рекомендации обращаем внимание специалистов на то, что ввиду технических трудностей, связанных с необходимостью удаления большого объема ткани железы, вышеназванный хирургический метод следует использовать только после приобретения достаточного опыта выполнения операций подобного типа.

Литература

1. Курбатов Д.Г., Дубский С.А., Ситкин И.И. [и др.] Рентгенэндоваскулярная окклюзия артерий простаты – альтернативный инновационный метод лечения больных с аденомой предстательной железы больших размеров // Урология. 2013. № 2. С. 35–41.
2. Мартов А.Г., Ергаков Д.В., Андронов А.С. [и др.] Трансуретральная электроэнуклеация доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология. 2014. № 5. С. 95–101.
3. Мартов А.Г., Максимов В.А., Яровой С.Ю. [и др.] Трансуретральная гольмиевая энуклеация аденомы предстательной железы // Урология. 2011. № 1. С. 38–43.
4. Рекомендации совещания совета экспертов по лечению аденомы предстательной железы / под. ред. Лопаткина Н.А., Трапезниковой М.Ф., Аляева Ю.Г. [и др.]: Материалы пленума правления Российского общества урологов. М., 2009. 17 с.
5. Севрюков Ф.А., Накагава К. Использование биполярной трансуретральной энуклеации для лечения доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров // Современные технологии в медицине. 2012. № 3. С. 46–49.
6. Севрюков Ф.А. Методика прогнозирования результатов трансуретральной энуклеации предстательной железы больших размеров // Московский хирургический журнал. 2012. № 3. С. 38–42.
7. Севрюков Ф.А., Серебряный С.А. Случай успешной трансуретральной энуклеации аденомы простаты очень больших размеров // Экспериментальная и клиническая урология. 2012. № 3. С. 102–104.
8. Яковец Е.А., Неймарк А.И., Карпенко А.А. [и др.] Эмболизация артерий предстательной железы в лечении больных аденомой предстательной железы с высоким хирургическим риском // Андрология и генитальная хирургия. 2010. № 1. С. 38–43.
9. American Urological Association guideline: management of benign prostatic hyperplasia. Revised, 2010. URL: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care> (дата обращения: 02.08.2014).
10. Asimakopoulos A.D., Mugnier C., Hoepffner J.L. [et al.] The surgical treatment of a large prostatic adenoma – the laparoscopic approach – a systematic review // J. Endourology. 2012 Vol. 26, No. 8. P. 960–967.

11. De la Rosette J., Alivizatos G., Madersbacher S. [et al.] Guidelines on benign prostatic hyperplasia. European Association of Urology, 2007. P. 5–59.
12. Hiraoka Y., Shimizu Y., Iwamoto K. [et al.] Trial of complete detachment of the whole prostate lobes in benign prostate hyperplasia by transurethral enucleation of the prostate // Urol. Int. 2007. Vol. 79, No. 1. P. 50–54.
13. Kuntz R.M., Lehrich K., Ahyai S.A. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial // Eur. Urol. 2008. No. 53. P. 160–166.
14. Shimizu Y., Hiraoka Y., Iwamoto K. [et al.] Measurement of residual adenoma after transurethral resection of the prostate by transurethral enucleation technique // Urol. Int. 2005. Vol. 74, No. 2. P. 102–107.
15. Zhu G., Xie C., Wang X. [et al.] Bipolar plasmakinetic transurethral resection of prostate in 132 consecutive patients with large gland: three-year follow-up results // Urology. 2012. No. 79. P. 397–402.

Поступила в редакцию 15.10.2015.

Биполярная трансуретральная энуклеация гигантской аденомы простаты

Ф.А. Севрюков^{1,2}, А.Д. Кочкин¹, Д.А. Сорокин¹, Д.В. Семенов¹, А.В. Кнутов¹

¹ Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД», (603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллиннская, 8в), ² Нижегородская государственная медицинская академия, (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1)

Резюме. На материале клинического наблюдения показаны возможности выполнения биполярной трансуретральной энуклеации доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров (объем железы – 440 см³). Операция проведена в Нижнем Новгороде на базе урологического центра Дорожной клинической больницы на ст. Горький ОАО «РЖД». В ближайшем будущем по мере накопления клинического материала будет возможно научно доказать клиническую эффективность и преимущества данного оперативного метода перед травматичной открытой аденомэктомией, что позволит ускорить его широкое внедрение в урологическую практику.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция.

УДК 615.07:615.03:614.27

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ОТПУСКА ЛЬГОТНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН

Е.В. Елисеева, Е.С. Манеева, В.А. Еремеева, И.И. Шмыкова

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: обеспечение необходимыми лекарственными средствами, ABC/VEN-анализ, рандомизированные контролируемые исследования.

CLINICAL AND PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF MEDICINES FOR BENEFIT-ENTITLED CITIZENS

E.V. Eliseeva, E.S. Maneeva, V.A. Eremeeva, I.I. Shmykova
Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Background. Medicines, purchased under the program of providing benefit-entitled citizens of Primorsky territory with demandable medicines in 2014, were analyzed.

Methods. It was carried the ABC/VEN-analysis of purchase structure of medicines.

Results. It was found that the 25 Group A medicines was spent 80 % and 42 Group B medicines – 15 % and 83 Group C medicines – 5 % of funds. 24 Group A medicines (96 %) belonged to class V of the 25 medicines, according to the criteria VEN-analysis, and only one medicine – to the class E. In the Group B 33 of the 42 medicines (78.6 %) belonged to class V, 5 medicines (11.9 %) – to the class E and 4 medicines (9.5 %) – to the class N. In Group C 55 of 83 medicines (66.3 %) belonged to the class V, 19 medicines (22.9 %) – to the class E medicines and 9 (10.8 %) – to the class N.

Conclusions. VEN-analysis showed that the class V (Vital) includes 112 medicines (74,7 %) of 155, the class E (Essential) includes 25 medicines (16,7 %), and the class N (Non-essential) includes 13 medicines (8,6 %). The results of ABC/VEN-analysis allow enhancing efficiency of decision-making process in provision of medicines. The data of the analysis can be used in the process of planning the list of medicines for benefit-entitled citizens.

Keywords: providing with demandable medicines, ABC/VEN-analysis, random controlled analyses.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 4, p. 75–78.

Реализация программы обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (ЛС), более известной как программа дополнительного лекарственного обеспечения позволяет пациентам получить доступ к современным фармакологическим препаратам для лечения серьезных заболеваний. Значительное количество наименований в перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 г. № 2782), предоставляет врачу большую свободу выбора и позволяет улучшить доступность и эффективность медицинской помощи для льготных категорий населения, которые раньше были лишены возможности получать ЛС с доказанной эффективностью [1]. Несмотря на определенные положительные изменения в системе льготного обеспечения, сохранились существенные несовершенства, связанные с нерациональным использованием лекарств [4]. Одним из путей решения проблемы оптимизации назначения препаратов в системе обеспечения необходимыми ЛС (ОНЛС) является применение клинико-фармакологического анализа [5, 9].

Целью настоящей работы стала оценка клинической и экономической рациональности закупок ЛС по программе ОНЛС с применением клинико-фармакологического анализа. Для достижения этой цели были поставлены задачи: мониторинг закупок, оценка их