

УДК 616.65–006.55–053.9

## ФАКТОР СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРОСТАТЫ

<sup>1,2</sup>Лещенко И.Г., <sup>1,2</sup>Акимов А.И.

<sup>1</sup>Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз», Самара

<sup>2</sup>НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн

«Медицинского университета «Реавиз», Самара

**Резюме.** В Самарском областном клиническом госпитале ветеранов войн в период 2000 г. по 2015 г. проведено обследование и лечение 639 больных пожилого и старческого возраста с аденомой простаты, которым выполнили изолированную аденомэктомию, трансуретральную резекцию простаты или симультанную операцию. Среди них 191 (29,9 %) больному выполнены симультанные операции. В работе представлены характер и частота доминирующих сопутствующих заболеваний у гериатрических больных с аденомой простаты в первом (2000–2006 гг.) и во втором (2007–2015 гг.) периодах исследования. Применение во втором периоде авторских лечебно-диагностических разработок с учетом сопутствующей патологии существенно повлияло на снижение ряда тяжелых интра- и послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с первым периодом.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

**Ключевые слова:** гериатрические пациенты, сочетанная патология, аденома простаты

**Для цитирования:** Лещенко И.Г., Акимов А.И. Фактор сочетанной патологии у гериатрических пациентов с аденомой простаты // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 4. – С. 74–83.

## MIXED PATHOLOGY FACTOR IN GERIATRIC PATIENTS PROSTATE ADENOMA

<sup>1,2</sup> Leshchenko I.G., <sup>1,2</sup> Akimov A.I.

<sup>1</sup>Private institution educational organization of higher education

"Medical University Reavies, Samara

<sup>2</sup>Research institutes of clinical gerontology and rehabilitation

of war veterans «Reaviz Medical University», Samara

**Abstract.** Samara Regional Clinical Hospital of War Veterans in the period from 2000 to 2015 examined and treated 639 elderly and senile patients with prostate adenoma, who underwent an isolated adenomectomy, transurethral prostate resection, or simultaneous surgery. Among them, 191 (29.9%) patients underwent simultaneous surgery. The paper presents the nature and frequency of dominant concomitant diseases in geriatric patients with prostate adenoma in the first (2000–2006) and second (2007–2015) periods of the study. Application in the second period of the author's therapeutic and diagnostic developments, taking into account concomitant pathology, significantly affected the reduction of a number of severe intra- and postoperative complications and lethality in comparison with the first period.



**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Financing.** The research was conducted without sponsorship.

**Key words:** geriatric patients, combined pathology, prostate adenoma.

**To cite:** Leshchenko I.G., Akimov A.I. Factor of combined pathology in geriatric patients with prostate adenoma // Bulletin of Medical Institute "Reaviz". – 2020. – № 4. – P. 74–83.

## Введение

Одним из важных научно-практических направлений улучшения эффективности лечения пожилых и старых мужчин с аденомой простаты является разработка современной методологии хирургической тактики при выполнении им плановых изолированных и симультанных операций [1–9]. При этом важным фактором предоперационного обследования этих пациентов является полноценная диагностика сопутствующих заболеваний, которые можно дифференцировать на две группы. К первой группе относятся хирургические и урологические заболевания, которые подлежат оперативному вмешательству, наряду с аденомой простаты. В оптимальном варианте им можно выполнить симультанную операцию. Вторую группу заболеваний представляет полиморбидный фон – сопутствующие терапевтические, неврологические, эндокринные и другие заболевания пожилого человека, приобретенные им в течение жизни. По данным различных авторов таких заболеваний в состоянии суб- и декомпенсации у гериатрического пациента может быть от 2 до 6 [1–4, 6]. В этой связи приоритетное значение приобретают вопросы, связанные с полноценной предоперационной подготовкой гериатрических больных с аденомой простаты, а также определения современных показаний и противопоказаний к плановым операциям с учетом полиморбидного фона. Тем более, что это происходит в условиях внедрения в гериатрическую практику малоинвазивных хирургических технологий, успехов совре-

менной анестезиологии и реаниматологии, эффективной профилактики послеоперационных осложнений, оптимального сопровождения послеоперационной реабилитации [1, 3–9].

**Цель исследования:** установить структуру сопутствующих заболеваний у гериатрических пациентов с аденомой простаты для эффективного проведения предоперационного обследования и улучшения результатов хирургического лечения.

## Материалы и методы

В основу работы положены результаты обследования и лечения 639 больных пожилого и старческого возраста с аденомой простаты (АП), которым выполнили изолированную аденомэктомию (АЭ), трансуретральную резекцию простаты (ТУРП) или симультанную операцию (СО) в условиях Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн с 2000 г. по 2015 г. Среди них 191 (29,9 %) больному выполнены симультанные операции.

Для решения обозначенной цели исследования все больные были распределены на основные группы (ОГ) и группы сравнения (ГС). Основные отличия сравниваемых групп больных состояли во временных периодах, объемах обследования, характером предоперационной подготовки и интраоперационной анестезии и выполненных оперативных вмешательствах.

Распределение больных по периодам лечения, группам, виду и объему оперативных вмешательств приведено в таблице 1.

**Таблица 1.** Распределение больных по периодам лечения, группам, виду и объему оперативных вмешательств (n = 639)

| Распределение больных                         | Периоды обследования, годы |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
|   | 1 период (2000–2006 гг.)   | 2 период (2007–2015 гг.) |
| Группы больных, объем операции, число больных | ГС-1 (АЭ, n = 250)         | ГС-3 (АЭ, n = 58)        |
|   | ОГ-1 (АЭ-СО, n = 33)       | ОГ-3 (АЭ-СО, n = 16)     |
|   | ГС-2 (ТУРП, n = 29)        | ГС-4 (ТУРП, n = 115)     |
|   | ОГ-2 (ТУРП-СО, n = 32)     | ОГ-4 (ТУРП-СО, n = 106)  |

Примечание: ГС – группа сравнения; ОГ – основная группа; АЭ – аденомэктомия; АЭ-СО – аденомэктомия в симультанной операции; ТУРП – трансуретральная резекция простаты; ТУРП-СО – трансуретральная резекция простаты в симультанной операции.

Возраст пациентов от 60 до 89 лет. Из них в возрасте от 60 до 75 лет 41,3 % больных, а от 75 до 89 лет – 58,7 %.

При обследовании и хирургическом лечении больных учитывали как клинические рекомендации Российского общества урологов и Ассоциации медицинских обществ по качеству [10, 11], так и рекомендации ведущих отечественных специалистов [1, 6–12].

В первом периоде для прогнозирования и профилактики ранних послеоперационных эзофагогастродуоденальных кровотечений (РПЭГДК) всем пациентам выполняли ЭГДС с одновременным определением эндоскопической пристеночной рН-метрии по методу, разработанному Т.К. Дубинской и соавт. [13]. У больных с повышенной желудочной кислотностью определяли риск развития РПЭГДК и проводили их профилактику Н-2 блокаторами и ингибиторами протонной помпы. Выбор объема операции (изолированные АЭ, ТУРП или СО) осуществляли по существующим в это время показаниям и противопоказаниям к плановым операциям. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом у 44,1 % больных, под внутривенной анестезией – у 16 %, под спинальной анестезией – у 39,9 %.

Во втором периоде всем больным выполняли ЭГДС и хромогастроскопию с использованием витального красителя конго-рот [13]. Это позволяло точнее определить уровень желудочной кислотности и более эффективно проводить профилактику РПЭГДК у больных с повышенной кислотностью ингибиторами протонной помпы

(удостоверение на рационализаторские предложения № 038 и № 044 от 3.08. 2015).

У всех больных во втором периоде использовали разработанную нами новую, современную структуру показаний и противопоказаний к плановым изолированным и симультанным операциям (удостоверение на рационализаторское предложение № 044 от 3.08. 2015).

В этом периоде мы отдавали предпочтение ТУРП как при изолированной, так и при симультанной операции. При этом значительно возросло количество больных с объемом простаты более 60 см<sup>3</sup>, а также больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Все эти пациенты в течение 1–2 суток завершали предоперационную подготовку в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). У больных с ненадежным гемостазом в области ложа предстательной железы использовали «Устройство для гемостаза в области ложа предстательной железы» [3, 4, 14]. Операции у 81,4 % больных выполняли под спинальной анестезией, у 18,6 % – под эндотрахеальным наркозом.

Больные основных групп и групп сравнения были сопоставимы по возрасту, характеру и длительности основного заболевания. Все больные, перенесшие операцию по поводу АП, имели ее гистологическое подтверждение.

Важным фактором полноценного обследования и хирургического лечения наших пациентов, в отличие от других стационаров, явилось то, что в нашем урологическом стационаре с 2000 г. до 2015 г.

средний койко/день был 21, а при необходимости, по клиническим показаниям, мы могли превысить эти сроки. Это позволяло в полном объеме использовать наши диагностические и лечебные инновации.

В работе использовали статистические методы описательной статистики, определение достоверности разницы между дан-

ными различных групп пациентов на основе расчета критерия Стьюдента.

### Результаты

Характер и частота доминирующих сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с АП в первом и во втором периодах исследования представлены в таблицах 2 и 3.

**Таблица 2.** Характер и частота доминирующих сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с АП в первом периоде исследования (n = 344)

| Нозологическая форма                               | Группы больных (n, %) |        |                  |        |                  |        |                  |        |
|--|-----------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
|  | ГС-1<br>(n = 250)     |        | ОГ-1<br>(n = 33) |        | ГС-2<br>(n = 29) |        | ОГ-2<br>(n = 32) |        |
| Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз | 212                   | 84,8 % | 29               | 87,8 % | 26               | 89,7 % | 29               | 90,6 % |
| Гипертоническая болезнь                            | 42                    | 16,8 % | 5                | 15,2 % | 5                | 17,2 % | 7                | 21,9 % |
| Нарушения сердечного ритма                         | 56                    | 22,4 % | 6                | 18,2 % | 5                | 17,2 % | 5                | 15,6 % |
| Бронхит хронический                                | 57                    | 22,8 % | 10               | 30,3 % | 8                | 27,6 % | 10               | 31,3 % |
| Дыхательная недостаточность I-II ст.               | 27                    | 10,8 % | 5                | 15,2 % | 4                | 13,8 % | 6                | 18,8 % |
| Энцефалопатия I-III ст.                            | 199                   | 79,6 % | 27               | 81,8 % | 24               | 82,8 % | 28               | 87,5 % |
| Пиелонефрит латентный или активный                 | 206                   | 82,4 % | 28               | 84,9 % | 25               | 86,2 % | 28               | 87,5 % |
| Хроническая почечная недостаточность               | 31                    | 12,4 % | 4                | 12,1 % | 4                | 13,8 % | 3                | 9,4 %  |
| Язвенная болезнь желудка и ДПК в анамнезе          | 25                    | 9,8 %  | 2                | 6,1 %  | 2                | 6,9 %  | 3                | 9,4 %  |
| Сахарный диабет (1-2 тип)                          | 37                    | 14,8 % | 5                | 15,2 % | 6                | 20,7 % | 6                | 18,8 % |

Как видно из таблицы 2 и 3, наиболее часто среди доминирующих сопутствующих заболеваний у старых людей с АП диагностируются: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (от 84,8 % до 90,6 %); энцефалопатия I-III ст. (от 77,6 % до 87,5 %); латентный или активный пиелонефрит (от 82,4 % до 87,8 %). При этом повышенное статистически значимое различие этих сопутствующих заболеваний определялось у больных ОГ-4 ( $p < 0,05$ ).

Особую группу риска составляли больные:

- с нарушением сердечного ритма (от 15,6 % до 22,5 %,  $p > 0,05$ ), что могло привести в ходе операции к остановке работы

сердца, а в послеоперационном периоде – к инфаркту миокарда;

- с язвенной болезнью желудка и ДПК в анамнезе (от 6,1 % до 9,8 %,  $p > 0,05$ ). У них существовал риск ранних послеоперационных гастродуоденальных кровотечений;

- с сахарным диабетом (от 12,5 % до 20,9 %,  $p > 0,05$ ), создающим предпосылки к возникновению гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

Применение во втором периоде наших лечебно-диагностических разработок существенно повлияло на снижение ряда тяжелых интра- и послеоперационных осложнений по сравнению с первым периодом, о чем свидетельствуют данные таблиц 4 и 5.

**Таблица 3.** Характер и частота доминирующих сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста с АП во втором периоде исследования (n = 295)

| Нозологическая форма                               | Группы больных (n, %) |        |                  |        |                   |        |                   |        |
|--|-----------------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|
|  | ГС-3<br>(n = 58)      |        | ОГ-3<br>(n = 16) |        | ГС-4<br>(n = 115) |        | ОГ-4<br>(n = 106) |        |
| Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз | 49                    | 84,5 % | 14               | 87,5 % | 98                | 85,2 % | 95                | 89,6 % |
| Гипертоническая болезнь                            | 10                    | 17,2 % | 3                | 18,8 % | 21                | 18,3 % | 18                | 17,0 % |
| Нарушения сердечного ритма                         | 13                    | 22,5 % | 3                | 18,8 % | 24                | 20,9 % | 20                | 18,9 % |
| Бронхит хронический                                | 15                    | 25,9 % | 5                | 31,3 % | 32                | 27,8 % | 28                | 26,4 % |
| Дыхательная недостаточность I-II ст.               | 8                     | 13,8 % | 2                | 12,5 % | 17                | 14,8 % | 17                | 16,0 % |
| Энцефалопатия I-III ст.                            | 45                    | 77,6 % | 13               | 81,3 % | 93                | 80,9 % | 90                | 84,9 % |
| Пиелонефрит латентный или активный                 | 50                    | 86,2 % | 14               | 87,5 % | 101               | 87,8 % | 92                | 86,8 % |
| Хроническая почечная недостаточность               | 8                     | 13,8 % | 2                | 12,5 % | 17                | 14,8 % | 13                | 12,3 % |
| Язвенная болезнь желудка и ДПК в анамнезе          | 6                     | 10,3 % | 1                | 6,3 %  | 8                 | 7,0 %  | 8                 | 7,6 %  |
| Сахарный диабет (1-2 тип)                          | 9                     | 15,5 % | 2                | 12,5 % | 24                | 20,9 % | 17                | 16,0 % |

**Таблица 4.** Послеоперационные осложнения и летальность среди гериатрических больных с аденомой простаты в 1 периоде лечения (2000–2006 гг.)

| Осложнения, летальность                    | АЭ               |      |                 |      | ТУРП            |     |                 |      |
|--|------------------|------|-----------------|------|-----------------|-----|-----------------|------|
|  | ГС-1,<br>n = 250 |      | ОГ-1,<br>n = 33 |      | ГС-2,<br>n = 29 |     | ОГ-2,<br>n = 32 |      |
|  | n                | %    | n               | %    | n               | %   | n               | %    |
| Местные:                                   |                  |      |                 |      |                 |     |                 |      |
| Кровотечение из ложа простаты              | 13               | 5,1  | -               | -    | 1               | 3,6 | 1               | 3,1  |
| Нагноение операционной раны                | 3                | 1,2  | -               | -    | -               | -   | -               | -    |
| Острый эпидидимит                          | 2                | 0,8  | 2               | 6,2  | -               | -   | -               | -    |
| Стриктура задней части уретры              | 1                | 0,4  | -               | -    | -               | -   | -               | -    |
| Уретрит                                    | 1                | 0,4  | 1               | 3,1  | 1               | 3,6 |                 |      |
| Спонтанный разрыв мочевого пузыря          | -                | -    | -               | -    | -               | -   | 1               | 3,1  |
| Всего                                      | 20               | 7,9  | 3               | 9,3  | 2               | 7,2 | 2               | 6,2  |
| Общие:                                     |                  |      |                 |      |                 |     |                 |      |
| РПЭГДК                                     | 6                | 2,4  | 1               | 3,1  | -               | -   | -               | -    |
| Послеоперационная пневмония                | 6                | 2,4  | 1               | 3,1  | -               | -   | -               | -    |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 7                | 2,8  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| Инфаркт миокарда                           | 4                | 1,6  |                 | -    | -               | -   | 1               | 3,1  |
| Отек лёгких                                | 3                | 1,2  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| ТЭЛА                                       | 1                | 0,4  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| Тромбофлебит вен нижних конечностей        | 4                | 1,6  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| Острый гнойный пиелонефрит                 | 1                | 0,4  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| Обострение хронического пиелонефрита       | 2                | 0,8  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| ХПН, терминальная стадия, уремия           | 3                | 1,2  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| Прогрессирующая почечная недостаточность   | 1                | 0,4  |                 | -    | -               | -   | -               | -    |
| ДВС-синдром                                | 1                | 0,7  |                 | -    | -               | -   | 1               | 3,1  |
| Острая задержка мочеиспускания             |                  |      | 1               | 3,1  | -               | -   | -               | -    |
| Всего                                      | 39               | 15,6 | 3               | 9,3  | 2               | 7,2 | 2               | 6,2  |
| Итого                                      | 59               | 23,5 | 6               | 18,5 | 2               | 7,2 | 4               | 12,4 |
| Летальность                                | 11               | 4,5  | 3               | 9,3  | -               | -   | -               | -    |

Примечание: ГС – группа сравнения; ОГ – основная группа; РПЭГДК – ранние послеоперационные эзофагогастроудоденальные кровотечения; ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии; ХПН – хроническая почечная недостаточность; ДВС – диссеминированное внутрисосудистое свертывание.

**Таблица 5.** Послеоперационные осложнения и летальность среди гериатрических больных с аденомой простаты во 2 периоде лечения (2007–2015 гг.)

| Осложнения, летальность                    | АЭ              |      |                 |      | ТУРП             |     |                  |     |
|--|-----------------|------|-----------------|------|------------------|-----|------------------|-----|
|  | ГС-3,<br>n = 58 |      | ОГ-3,<br>n = 16 |      | ГС-4,<br>n = 115 |     | ОГ-4,<br>n = 106 |     |
|  | n               | %    | n               | %    | n                | %   | %                | %   |
| Местные:                                   |                 |      |                 |      |                  |     |                  |     |
| Кровотечение из ложа простаты              | 1               | 1,7  | -               | -    | 3                | 2,7 | 2                | 1,8 |
| Уретрит                                    | 1               | 1,7  | -               | -    | 2                | 1,8 | 2                | 1,8 |
| Острый эпидидимит                          | 1               | 1,7  |                 |      | 2                | 1,8 | 2                | 1,8 |
| Всего                                      | 3               | 5,1  | -               | -    | 7                | 6,3 | 6                | 5,6 |
| Общие:                                     |                 |      |                 |      |                  |     |                  |     |
| Послеоперационная пневмония                | 1               | 1,7  | -               | -    | 1                | 0,9 | -                | -   |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 2               | 3,4  | -               | -    | -                | -   | -                | -   |
| Инфаркт миокарда                           | 2               | 3,4  | -               | -    | -                | -   | -                | -   |
| Отёк лёгких                                | 4               | 6,8  | 1               | 6,2  |                  |     |                  |     |
| Острая задержка мочеиспускания             | -               | -    | -               | -    | 1                | 0,9 | -                | -   |
| Обострение хронического пиелонефрита       | 2               | 3,4  | -               | -    | 2                | 1,8 | -                | -   |
| Недержание мочи                            | -               | -    | 1               | 6,2  | -                | -   | 1                | 0,9 |
| Острая почечная недостаточность            | 1               | 1,7  | 1               | 6,2  | -                | -   | -                | -   |
| Всего                                      | 12              | 20,7 | 3               | 18,6 | 4                | 3,6 | 1                | 0,9 |
| Итого                                      | 15              | 25,8 | 3               | 18,6 | 11               | 9,9 | 7                | 6,5 |
| Летальность                                | 5               | 8,5  | 1               | 6,2  | -                | -   | -                | -   |

Примечание: ГС – группа сравнения; ОГ – основная группа.

У наших пациентов во втором периоде по сравнению с первым периодом удалось избежать таких тяжелых послеоперационных осложнений, как тромбофлебит вен нижних конечностей; ранние послеоперационные гастродуоденальные кровотечения; тромбоэмболия легочной артерии; хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия, уремия; прогрессирующая почечная недостаточность; дессиминированное внутрисосудистое свертывание крови.

Кроме этого, при выполнении симультанных операций у больных ОГ-4, несмотря на более тяжелый исходный полиморбидный фон, общее число послеоперационных осложнений было статистически значимо меньше, чем у больных ОГ-2 (6,5 % и 12,4 %,  $p < 0,05$ ).

Клинический пример. Больной С., 81 год, переведен из терапевтического отделения СОКГВВ в урологическое отделение госпиталя 04.06.07 г. с диагнозом: АП II ст. Камень мочевого пузыря. Хрониче-

ский пиелонефрит, активная фаза. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН II. Гипертоническая болезнь II ст. риск III. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический дуоденит, ремиссия. Рак прямой кишки. Функционирующий anus preternaturalis. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей II ст., окклюзия ПБА с 2-х сторон. Базалиома кожи лица T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. Липома поясничного отдела. Атеросклероз. ДЭП II-III ст. вестибуло-атактический синдром. Поясничный остеохондроз, люмбагия.

Обследование: ОАК от 06.07.07 г.: эр. –  $3,22 \cdot 10^{12}$ /л, гем. – 100 г/л, ц.п. – 0,85, лейкоц. –  $3,84 \cdot 10^9$ /л, п/я – 1 %, СОЭ-30 мм/ч. БАК от 06.07.07 г.: сахар крови 4,8 ммоль/л, билирубин 17,1 ммоль/л, мочевины 6,0 ммоль/л, креатинин 124,1 ммоль/мл, общий белок – 55,4 г/л, ПТИ – 101 %. RW от 16.05.07 г. – отр. Группа крови В (III) Rh(+) положительная. Маркеры гепатитов В и С не обнаружены от 08.06.07 г.

ОАМ от 06.07.07 г.: уд.вес 1012, реакция – кисл., белок – 0,15, сахар – отр. эр. свеж. – 4–6 и выщ. – 5–7 в п/з, эпит. плоск. – 3–4 в п/з.

УЗИ от 17.05.07 г. – диффузные изменения печени по типу хронического гепатоза, изменения стенки желчного пузыря, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, жидкостная структура в левой почке, конкремент мочевого пузыря около 4 см, увеличение объема простаты (4,9×6,7×5,6 см). Остаточной мочи – 92 мл.

КТ брюшной полости от 21.05.07 г.: конкремент мочевого пузыря, аденома простаты. ЭГДС от 05.06.07 г: антральный атрофический гастрит, умеренный дуоденит.

ПСА от 18.05.07 г.: 5,9 мкг/л.

Ректороманоскопия от 18.05.07 г.: на осмотренном участке патологии не выявлено.

ЭКГ от 18.06.07 г.: Синусовый ритм, брадикардия, полугоризонтальное положение ЭОС.

Больному предполагали выполнить малоинвазивную симультанную операцию с использованием контактной ударноволновой литотрипсии (КУВЛ) для фрагментации и удаления камня мочевого пузыря и ТУР аденомы простаты. Однако в ходе КУВЛ острый край одного из фрагмента раздробленного камня повредил оставшуюся после ТУР ткань простаты и возникло кровотечение. В ход операции внесена коррекция. Выполнена цистостомия. Оказалось, что в мочевом пузыре было 12 камней, которые удалены. Наложены гемостатические швы на кровоточащие сосуды. В итоге в ходе симультанной операции выполнены: вазотомия слева, справа, контактная литотрипсия в мочевом пузыре, ТУР аденомы простаты, одномоментная чреспузырная АЭ, эпицистостомия. В послеоперационном периоде развился послеоперационный цистит, который купирован адекватной терапией. Мочепузырный свищ закрылся самостоятельно, рана зажила первичным натяжением. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание естественным путем. Гистология № 19983: аде-

номатозностромальная гиперплазия предстательной железы.

Медикаментозная терапия: ципролет, ципринол, заноцин, метрогил, фурагин, бетасерк, сорбифер, ГИК, этамзилат, кетонал, фраксипарин.

Рекомендовано: наблюдение и лечение у уролога и терапевта по месту жительства. Употребление препаратов: уроантисептиков и фторхинолонов (ципролет или заноцин, или цифран, или тованик), макролидов (ромамицин), нитрофуранов (фурамаг, марагин, фуразолидон) курсами по 10 дней каждого месяца в течение полугода, фитоуросептиков (урологический сбор, почечный чай, брусничный лист, трава пол-пала) – каждые 20 дней каждого месяца в течение полугода. Альфа-1-адреноблокаторы (дальфаз ретард 5 мг по 1 таб. 2 раза в день или дальфаз СР 10 мг по 1 таб. на ночь, или омник, или сетегис) постоянно в течение полугода. Контрольное обследование в урологическом отделении СОКГВВ через полгода.

В приведенном клиническом наблюдении при обследовании у больного С. выявлено восемь сопутствующих заболеваний. Кроме этого, была допущена диагностическая ошибка: по данным УЗИ у него выявлен лишь один камень в мочевом пузыре. Это привело к тактической ошибке, так как оперирующий уролог по совокупности данных предоперационного обследования планировал выполнить малоинвазивную симультанную операцию с использованием ТУР простаты и КУВЛ. Однако возникшее интраоперационное кровотечение вследствие непредвиденной технической ошибки (ранение ткани простаты) побудило изменить план операции – выполнить чреспузырную АЭ, попутно удалив 12 камней из мочевого пузыря. Таким образом, в условиях гериатрического урологического стационара больному В. при исходном полиморбидном фоне удалось провести эффективную предоперационную подготовку и выполнить сложную симультанную операцию с хорошим результатом.

### Обсуждение

В последние годы в связи с внедрением в урологическую практику новых технологий, совершенствованием хирургических приемов и анестезиологического обеспечения расширяются показания для выполнения изолированных и симультанных операций гериатрическим больным с АП. Однако это, несомненно, прогрессивное явление в мировой и отечественной медицине, должно базироваться на объективных критериях, определяющих возможность выполнения такого рода оперативных вмешательств [1–9, 12, 14–17].

В этой связи оперирующие урологи должны учитывать ряд важных особенностей старого пациента и факторы риска, влияющие на возникновение послеоперационных осложнений и летальности. К ним относятся:

- прогрессирование возрастных функциональных и морфологических изменений органов и систем (снижается эластичность сосудов, гидрофильность тканей, ухудшается мозговая кровоток, развивается дистрофия миокарда и др.) [3, 4, 8, 9];
- последствия перенесенных тяжелых соматических заболеваний (инфаркт миокарда, пневмония, гепатиты и др.) [3, 4, 8, 9];
- одновременное существование нескольких проблемных урологических и хирургических заболеваний (аденома простаты, водянка яичка, грыжи передней брюшной стенки и др.) [3, 4, 8, 9];
- полиморбидность – одна из важных проблем гериатрической урологии – это одновременное наличие у старых людей нескольких заболеваний в различных стадиях. При этом возникает синдром взаимного отягощения, ибо взаимовлияние нескольких заболеваний представляет значительные диагностические трудности, влияет на выбор лечения. Наиболее часто полиморбидность включает атеросклеротические поражения сосудов сердца и головного мозга, артериальную симптоматическую гипертензию и гипертоническую болезнь, эмфизему лёгких, хронические заболева-

ния органов пищеварения с секреторной недостаточностью, ЖКБ, злокачественные опухолевые заболевания, хронический пиелонефрит, СД, аденому простаты, артрозы, остеохондроз позвоночника и депрессию [1–9, 12, 14–17].

К настоящему времени имеются лишь немногочисленные публикации о частоте сопутствующей доминирующей патологии у гериатрических больных, оперированных по поводу АП. В них показано, что у этих пациентов атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз выявлен от 83,6 до 92,4 % случаев, гипертоническая болезнь от 10,8 до 21,5 %, нарушения сердечного ритма от 17,1 до 24,3 %, хронический бронхит от 22,7 до 30,4 %, дыхательная недостаточность I-II ст. от 10,3 до 19,3 %, энцефалопатия I-III ст. от 65,4 до 96,4 %, латентный или активный пиелонефрит от 83,4 до 96,4 %, хроническая почечная недостаточность I-II ст. от 10,8 до 13,2 %, язвенная болезнь желудка и ДПК в анамнезе от 4,3 до 10,8 %, сахарный диабет (1 и 2 тип от 14,9 до 20,6 %) [3, 4, 8, 9]. Как видно из приведенных выше материалов, наши данные, в целом, совпадают с сообщениями этих авторов.

Установлено влияние сопутствующих заболеваний на послеоперационную летальность. Так, наличие у пожилого пациента одного сопутствующего заболевания увеличивало послеоперационную летальность в 2 раза, двух – в 4 раза, трех и более – почти в 17 раз. В процентном отношении это выражалось следующим образом: в группе больных без сопутствующих заболеваний (1303) послеоперационная летальность составила 5,9 %; с одним (835) – 9,7 %; с двумя (148) – 20,3 %; три и более (58) – 72,8 % [4, 6, 14].

Целенаправленное изучение и совершенствование вопросов сопутствующих заболеваний при хирургическом лечении гериатрических пациентов позволило уменьшить послеоперационную летальность у пожилых больных в 10 раз: с 37,7 до 3,1 % [4, 6, 14].



Таким образом, наши наблюдения и материалы других авторов указывают на то, что к каждому гериатрическому пациенту с АП нужен индивидуальный подход. Во-первых, это относится к качеству его предоперационного обследования, во-вторых, к эффективному купированию сопутствующей патологии, переводя ее из стадии субкомпенсации в стадию компенсации. Только такая лечебная тактика позволит избежать многих тяжелых послеоперационных осложнений и летальных исходов [15–17].

### Выводы

1. Индивидуальная тактика лечения больных пожилого и старческого возраста с АП должна включать в предоперационном периоде диагностику как сопутствующих урологических и хирургических заболеваний, так и соматическую патологию (сердечно-сосудистые, легочные, невроло-

гические, эндокринные и другие заболевания).

2. В ходе предоперационной подготовки гериатрических больных с АП, нуждающихся в плановых изолированных и симультанных вмешательствах, необходимо добиваться перевода сопутствующих соматических заболеваний из стадии субкомпенсации в стадию компенсации.

3. Для окончательного принятием решения о выборе хирургической тактики у гериатрических больных с АП необходимо использовать современную структуру показаний и противопоказаний к плановым изолированным и симультанным операциям, что позволяет существенно снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов, а также значительно улучшить качество жизни этой категории больных.

### Литература / References

- 1 Urologiya, nacional'noe rukovodstvo / pod red. akad. RAMN N.A. Lopatki-na. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 1024 s.
- 2 Briskin B.C. Geriatricheskie aspekty hirurgii // Klinicheskaya hirurgiya: nacional'noe rukovodstvo: v 3 t. / pod red. B.C. Savel'eva, A.I. Kirienko. – M.: GEOTAR-Media, 2008. – Т. I. (Seriya «Nacional'nye rukovodstva»). – S. 467–478.
- 3 Lysov N.A., Leshchenko I.G., Yakovlev O.G. Simul'tannye operacii v hirurgicheskoy praktike. – Samara: ООО «AZIMUT», 2017. – 416 s.
- 4 Yakovlev O.G., Leshchenko I.G., Slivkin V.V. Simul'tannye urologicheskie operacii u veteranov vojn. – Samara: ООО «AZIMUT», 2012. – 163 s.
- 5 Bunatyan A.A., Mizikov V.M. Anesteziologiya: nacional'noe ruk. / pod red. A.A. Bunatyana, V.M. Mizikova. – M.: GEOTAR-Media, 2011. – 1104 s.
- 6 Leshchenko I.G., Galkin R.A. Rukovodstvo po hirurgicheskim boleznyam. – 2-e izd, pererab. i dop. – Samara: ООО «Ofort», 2016. – 494 s.
- 7 Leshchenko I.G., Yakovlev O.G., Bratchikov O.I., Shatohina I.V. Sistemnyj podhod pri vypolnenii izolirovannyh i simul'tannyh operacij u bol'nyh starshih vozrastnyh grupp s adenomoy prostaty. // Urologiya. – 2017. – № 3. – S. 65–72.
- 8 Alyaev Yu.G. Bolezni predstatel'noj zhelezy. Rukovodstvo. – M.: Medforum, 2009. – 268 s.
- 9 Glybochko P.V., Alyaev Yu.G. Prakticheskaya urologiya. – M.: GEOTAR-Media, 2012. – 432 s.
- 10 Klinicheskie rekomendacii. Urologiya / pod red. akad. N.A. Lopatkina. – M.: GEOTAR-Media, 2007. – 368 s.
- 11 Mel'kina L.I. i dr. Ul'trazvukovaya diagnostika soputstvuyushchih urologicheskikh za-bolevanij u geriatricheskih pacientov s adenomoy prostaty // Vestnik Medicin-skogo universiteta «Reaviz». – 2018. – № 4. – S. 46–49.
- 12 Glybochko P.V., Alyaev Yu.G., Grigor'eva N.A. Urologiya. Ot simptomov k diagnozu i lecheniyu: illyustrirovannoe rukovodstvo. – M.: GEOTAR-Media, 2014. – 142 s.
- 13 Leshchenko I.G. i dr. Usovershenstvovannyj metod prognozirovaniya riska i profilaktiki ezofagogastroduodenal'nyh krvotечenij v geriatricheskoj urologii // Urologiya. – 2016. – № 1. – S. 52–57.
- 14 Leshchenko I.G., Shatohina I.V. Sobstvennye materialy po simul'tannym operaciyam v urologicheskoy praktike // Simul'tannye operacii v hirurgicheskoy praktike. – Samara: ООО «AZIMUT», 2017. – S. 362–400.

- 15 Leshchenko I.G., Bratchikov O.I., Shatohina I.V., Akimov A.I. Klinicheskaya effektivnost' sovremennoj struktury pokazanij i protivopokazanij pri hirurgicheskom lechenii pozhilyh pacientov s adenomoy prostaty // Vestnik Medicinskogo universiteta «Reaviz». – 2018. – № 3. – S. 90–96.
- 16 Leshchenko I.G., Bratchikov O.I., Shatohina I.V., Akimov A.I. Transuretral'naya rezeckiya adenomy prostaty – operaciya vybora u geriatricheskikh bol'nyh // Vestnik Medicinskogo universiteta «Reaviz». – 2018. – № 4. – S. 32–41.
- 17 Leshchenko I.G., Bratchikov O.I., Shatohina I.V., Akimov A.I. Opredelenie individual'noj lechebnoj taktiki s uchetom pokazanij i protivopokazanij dlya vypolneniya planovyh izolirovannyh i simul'tannyh operacij u geriatricheskikh bol'nyh adenomoy prostaty // Urologiya. – 2018. – № 5. – S. 52–57.

#### **Авторская справка**

**Лещенко Игорь  
Георгиевич**

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, профессор кафедры хирургических болезней с курсом урологии, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия  
заведующий научно-методическим отделом, НИИ клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия

**Акимов Алексей  
Игоревич**

аспирант кафедры хирургических болезней с курсом урологии, Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия  
младший научный сотрудник отдела хирургической и урологической реабилитации ветеранов войн НИИ клинической гериатрии и реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «Реавиз», Самара, Россия