

Пшихачев А. М., Акопян Г. Н., Краснов А.О.

Современные аспекты лечения мочекаменной болезни у больных раком предстательной железы

Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека., г. Москва

Pshihachev A.M., Akopian G.N., Krasnov A.O.

Modern aspects of treatment of urolithiasis in patients with prostate cancer

Резюме

Цель исследования. Определить тактику лечения больных мочекаменной болезнью (МКБ) и раком предстательной железы (РПЖ). Материалы и методы. За период с 2006 по 2015 гг. среди больных РПЖ у 54 (3,4%) выявлена сопутствующая МКБ. У 36 (2,2%) пациентов из них на момент госпитализации имелись показания к хирургическому лечению по поводу обоих заболеваний. У 19 больных из 36 (52,8%) камень располагался в почке, у остальных 17 (47,2%) – в мочеточнике. У 1 больного определялись камни мочеточников с обеих сторон. Еще у 1 больного был камень мочеточника с одной стороны и камень противоположной почки. Результаты. Ведущие клинические проявления у большинства пациентов (75%) были обусловлены МКБ. 9 пациентов не отмечали никаких клинических проявлений, связанных с МКБ. У большинства больных (72,2%) первоначально хирургическое лечение проведено по поводу камней мочевыводящих путей. Одномоментное хирургическое вмешательство по поводу обоих заболеваний не проводилось ни у кого из пациентов. Ведущим методом лечения рака простаты была радикальная простатэктомия (РПЭ) (86,1%), а камня почки – перкутанная нефролитотомия (63,2%). При камнях мочеточника одинаково часто выполнялась контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) или ДУВЛ – по 7 (41,2%) больных. У 2 больных с высоким онкологическим риском после РПЭ выявлен биохимический рецидив. У 5 больных, оперированных по поводу камня почки, и 2 больных, оперированных по поводу камня мочеточника, выявлены истинные рецидивы камня в промежутках от 1 до 4 лет. Обсуждение. При лечении пациентов РПЖ низкого и промежуточного риска прогрессирования в сочетании с МКБ в первую очередь показано освобождение мочевыводящих путей от конкрементов. При высоком риске прогрессирования онкологического процесса и предполагаемом длительном процессе излечения больного от конкрементов, целесообразно в первую очередь хирургическое вмешательство по поводу РПЖ, при необходимости после дренирования верхних мочевых путей.

Ключевые слова: рак предстательной железы, рак простаты, лапароскопическая радикальная простатэктомия, эндовидеохирургическая простатэктомия, мочекаменная болезнь, камень почки, камень мочеточника, камень мочевого пузыря, перкутанная нефролитотомия, контактная уретеролитотрипсия, дистанционная ударно-волновая литотрипсия

Summary

This article is devoted to the tactics of treatment of patients with kidney stone disease (KSD) and patients with prostate cancer. The statistical analysis of frequency of patients with prostate cancer and related KSD is shown. The results of tactics of surgical treatment of patients with prostate cancer combined with KSD are highlighted. Interconnectedness of risk of recurrence of stone formation or prostate cancer with combined character of the disease features, surgical treatment in connection with this combination is analyzed. The effectiveness and safety of conduction of simultaneous surgical operations concerning prostate cancer (laparoscopic radical prostatectomy, computer assisted surgery prostatectomy) and KSD (percutaneous nephrolithotomy, contact ureterolithotripsy, extracorporeal shock wave lithotripsy) is assessed in this article.

Key words: surgical treatment of prostate cancer, kidney stone disease, kidney stone, ureter stone, bladder stone.

Введение

Частота возникновения МКБ в общей популяции по данным разных авторов варьирует в пределах от 1 до 20% [1-3]. По распространенности в мире РПЖ занимает 3 место среди онкологических заболеваний и 1 место у мужчин с раком в США [4]. Проблема лечения пациентов с камнями верхних мочевыводящих путей и

РПЖ представляет большую трудность в плане выбора очередности хирургического лечения [5]. В целом, наблюдается недостаточное количество научных публикаций о том, какой должна быть лечебно-диагностическая тактика в отношении больных РПЖ в сочетании с МКБ, что требует проведения дополнительных и более полных исследований.

Цель исследования: определить тактику лечения больных МКБ и РПДЖ.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2015 гг. в клинике Урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова 1602 больным проведено хирургическое лечение по поводу РПДЖ, среди которых у 54 (3,4%) выявлена сопутствующая МКБ. У 36 (2,2%) больных из этой группы на момент госпитализации имелись показания к хирургическому лечению по поводу обоих заболеваний. Возраст пациентов раком простаты в сочетании с МКБ составил от 51 до 73 лет. У 19 больных из 36 (52,8%) камень располагался в почке, у остальных 17 (47,2%) – в мочеточнике. У 16 (44,4%) пациентов камень почки или мочеточника располагался справа, у остальных 20 (55,6%) – слева. У 1 больного определялись камни мочеточников с обеих сторон. Еще у 1 больного был камень мочеточника с 1 стороны и камень почки, требующий хирургического лечения, с противоположной стороны. Коралловидный камень почки определялся у 4 больных, у 2 – камни почки имели множественный характер. У 2 больных помимо камня почки и РПДЖ определялись камни мочевого пузыря, еще у 2 пациентов камень мочеточника также сочетался с камнями мочевого пузыря. Уровень ПСА крови у больных этой группы был в пределах 3,5 – 25,3 нг/мл. Объем простаты составлял от 21 до 85 см³.

Результаты и обсуждение

На момент обращения в клинику ведущие клинические проявления у большинства пациентов (75%) были обусловлены МКБ. Среди них: почечная колика – у 14 больных, различного характера (не острая) боль в поясничной области со стороны локализации камня – у 9 больных, острый obstructивный пиелонефрит – у 4 больных. 9 пациентов не отмечали никаких клинических проявлений, связанных с МКБ. Наиболее часто почечная колика отмечалась у больных с камнем мочеточника, чем с камнем почки: 52,9% и 26,3% соответственно. В то же время бессимптомное течение МКБ было выявлено чаще у больных с камнем почки: 42,1% и 5,9% соответственно. Жалобы на частые позывы к мочеиспусканию отмечали 8 пациентов, из них у 4 поллакиурия была обусловлена камнем интраурального отдела мочеточника. Симптомы инфравезикальной обструкции в виде затрудненного мочеиспускания вялой струей отмечали 18 пациентов и были связаны с увеличенным объемом предстательной железы. Из 4 больных с сопутствующим камнем мочевого пузыря 2 отмечали закладывание струи мочи. Макрогематурия не наблюдалась ни у кого из пациентов.

В зависимости от характера и локализации конкрементов, клинических проявлений заболеваний и стадии рака простаты характер и очередность лечебных мероприятий в отношении больных данной группы различалась. У большинства больных (72,2%) первоначально хирургическое лечение проведено по поводу камней мочевыводящих путей, что было обусловлено клиническими проявлениями МКБ: у 52,6% больных камнем почки

и 94,1% камнем мочеточника. Одномоментное хирургическое вмешательство по поводу обоих заболеваний не проводилось ни у кого из пациентов. Ведущим методом лечения рака простаты была РПЭ, которая выполнена 31 (86,1%) больному (у 19 больных – открытая, у 12 – лапароскопическая). Остальным 5 (13,9%) больным выполнена сфокусированная высокой интенсивности ультразвуковая абляция простаты (ВИФУ-терапия). У 4 больных ВИФУ-терапия выполнена после трансуретральной электрорезекции (ТУР) простаты. Открытые хирургические вмешательства по поводу рака простаты выполнялись преимущественно до внедрения в клинику эндовидеохирургических методов лечения. После освоения данной методики лишь 1 больному выполнена открытая радикальная простатэктомия. Методы лечения по поводу МКБ различались в зависимости от локализации камня в мочевыводящих путях. Ведущим методом лечения больных по поводу камня почки была перкутанная нефролитотомия (ПНЛ), которая выполнена 12 (63,2%) больным. ДУВЛ по поводу камня почки выполнена 6 (31,6%) больным. При камнях мочеточника одинаково часто выполнялась КУЛТ или ДУВЛ – по 7 (41,2%) больных.

Методы лечения больных РПДЖ в сочетании с МКБ обобщены в таблице 1.

Динамическое наблюдение в течение 2-10 лет проводилось у 33 больных. Судьбу 3 больных выяснить не удалось. Среди 33 больных у 2 больных с высоким онкологическим риском, которым проводилась открытая РПЭ, в послеоперационном периоде выявлен биохимический рецидив в сроки 6 месяцев и 9 месяцев соответственно, в связи с чем обоим проведена дистанционная лучевая терапия в сочетании с максимальной андрогенной блокадой. У 3 больных, оперированных по поводу камня почки, и 2 больных, оперированных по поводу камня мочеточника, выявлены истинные рецидивы камня в промежутках от 1 до 4 лет, по поводу которых 4 из них подвергнуты повторному хирургическому вмешательству. У пятого пациента конкремент мочеточника отошел самостоятельно на фоне почечной колики.

Обсуждение. Анализ хирургического лечения больных раком простаты в сочетании с МКБ выявил, что клинические проявления и характер камня мочевыводящих путей оказывали первоочередное влияние на выбор тактики лечения пациентов. Всем пациентам проводились поэтапные вмешательства, у большинства из них (72,2%) первым этапом хирургическое вмешательство осуществлено по поводу конкрементов. Проведение хирургического лечения в первую очередь по поводу рака простаты осуществлялось у 2 больных с высоким риском прогрессирования онкологического заболевания после купирования острого воспалительного процесса на фоне дренирования верхних мочевых путей катетером-стентом или нефростомическим дренажом, а также у 8 больных с камнем почки без нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей. У 3 больных из 8, несмотря на отсутствие клинических проявлений камня почки перед операцией по поводу РПДЖ, в послеоперационном периоде в сроки 5 дней, 12 дней и 6 недель произошла миграция камня

Таблица 1. Методы лечения больных раком простаты в сочетании с МКБ.

Метод лечения		Количество больных	
1 этап	2 этап	Абс.	%
Рак простаты + камень почки			
ПНЛ	РПЭ	5	13,8
ДУВЛ	РПЭ	4	11,1
РПЭ	ПНЛ	5	13,8
РПЭ	ДУВЛ	1	2,8
РПЭ	КУЛТ	1	2,8
ТУР простаты + ВИФУ-терапия	ПНЛ	1	2,8
Рак простаты + камень мочеочника			
ПНЛ	РПЭ	1	2,8
ДУВЛ	РПЭ	3	8,3
КУЛТ	РПЭ	5	13,8
Литодиэ	РПЭ	1	2,8
РПЭ	КУЛТ	1	2,8
ДУВЛ	ВИФУ-терапия	1	2,8
КУЛТ + ТУР простаты	ВИФУ-терапия	1	2,8
Рак простаты + камень почки + камень мочевого пузыря			
ДУВЛ	Цистолитотрипсия+ТУР простаты+ВИФУ-терапия	1	2,8
Цистолитотрипсия+ТУР простаты + ВИФУ-терапия	ПНЛ	1	2,8
Рак простаты + камень мочеочника + камень мочевого пузыря			
Цистолитотрипсия + КУЛТ	РПЭ	1	2,8
Цистолитотрипсия + ПНЛ	РПЭ	1	2,8
Рак простаты + камень мочеочника + камень почки			
ДУВЛ с обеих сторон	РПЭ	1	2,8
Рак простаты + камень мочеочника с обеих сторон			
ДУВЛ с обеих сторон	РПЭ	1	2,8

почки в мочеочник с развитием почечной колики, а у 1 больного – с развитием острого обструктивного пиелонефрита. Данное обстоятельство заставило изменить заранее запланированную тактику лечения в отношении камней почек у всех больных. По данным Ю.Г. Аляева и соавт. [6] после ТУР простаты по поводу гиперплазии у больных с сопутствующим бессимптомным камнем почки у 3,8% в послеоперационном периоде произошла миграция конкремента в мочеочник с развитием острого обструктивного пиелонефрита. В наших наблюдениях миграция бессимптомного камня почки в мочеочник и развитие острого обструктивного пиелонефрита в послеоперационном периоде после РПЭ наблюдались у 37,5% и 12,5% больных соответственно. У всех больных до операции наблюдались симптомы инфравезикальной обструкции с наличием остаточной мочи в мочевом пузыре. Высокий процент миграции камня в послеоперационном периоде вероятнее всего связан с восстановлением уродинамики не только нижних, но и верхних мочевых путей после РПЭ.

В послеоперационном периоде после морфологического исследования макропрепаратов стадия РПДЖ и степень дифференцировки опухоли по Глиссону изменились у 11,1% больных и 19,4% больных соответственно, причем у всех больных в сторону повышения. Однако, никаких доказательств, свидетельствующих о сложностях диагностики стадии рака простаты на дооперационном этапе в связи с сопутствующей МКБ, мы не обнаружили. Тем не менее, данное обстоятельство необходимо учитывать при выборе тактики лечения больных раком простаты.

В послеоперационном периоде рецидив рака простаты наблюдалось у 6,1% пациентов, истинный рецидив МКБ – у 15,2% больных, не превышающие мировые статистические данные. Мы не получили данных, свидетельствующих о взаимосвязи риска рецидива камнеобразования или рака простаты с сочетанным характером заболевания или особенностями хирургического лечения в связи с этим сочетанием.

Заключение

В отличие от больных раком мочевого пузыря в сочетании с МКБ, где в большинстве случаев рекомендуется в первую очередь избавление от онкологического процесса [7], при лечении пациентов РПДЖ низкого и промежуточного риска, у хирургов имеется достаточно времени для освобождения мочевых путей от конкрементов без риска прогрессирования онкологического заболевания. При лечении пациентов РПДЖ низкого и промежуточного риска прогрессирования в сочетании с МКБ в первую очередь показано освобождение мочевыводящих путей от конкрементов. При высоком риске прогрессирования онкологического процесса и предполагаемом длительном процессе избавления больного от конкрементов, целесообразно в первую очередь хирургическое вмешательство по поводу РПДЖ, при необходимости после дренирования верхних мочевых путей. В раннем послеоперационном периоде по возможности следует избегать выполнение трансуретральных вмешательств, которые могут привести к повреждению пузырно-уретрального анастомоза. После РПЭ у больных с бессимптомным камнем почки

в послеоперационном периоде необходим динамический УЗИ контроль состояния ВМП в связи с высоким риском миграции конкремента и развития острого обструктивного пиелонефрита. При наличии у больных РПЖ и МКБ сопутствующего камня мочевого пузыря, хирургическое лечение по поводу МКБ следует сочетать с цистолитотрипсией, что позволит избавиться от необходимости выполнения эндоскопического вмешательства перед вторым этапом вмешательства по поводу РПЖ. Эффективность и

безопасность одномоментных операций по поводу РПЖ и МКБ требуют дальнейшего изучения. ■

А. М. Пишихачев, Г. Н. Акопян, А. О. Краснов, Кафедра урологии ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, Москва; Автор, ответственный за переписку - А.М. Пишихачев – к.м.н., врач-уролог, e-mail: pshich@yandex.ru

Литература:

1. *Trinchieri A. Epidemiology of urolithiasis: an update. Clin Cases Miner Bone Metab, 2008. 5(2): p. 101-6.*
2. *Scales C., Smith A., Hanley J., Saigal C. Prevalence of kidney stones in the United States. Eur Urol. 2012. 62(1): p. 160-5.*
3. *Coe F., Evan A., Worcester E. Kidney stone disease. J Clin Invest, 2005. 115(10): p. 2598-608.*
4. *Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D., Forman D., Bray F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer, 2015. 136(5): p. E359-86.*
5. *Ilić M., Vlainac H., Marinković J. Case-control study of risk factors for prostate cancer Br J Cancer, 1996. 74(10): p. 1682-6.*
6. *Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Аскарлов М.С. Лечение пациентов мочекаменной болезнью при сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – М., 2008. – № 3. – С. 53-57.*
7. *Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Пишихачев А.М., Сорокин Н.И., Дымов А.М. Определение тактики лечения больных раком мочевого пузыря в сочетании с гиперплазией простаты. // Урология. – М., 2016. – №5 – С. 92-96.*