

УДК: 617-089.844

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРЕТРО-РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ТРАНССФИНКТЕРНЫМ ДОСТУПОМ (ОПЕРАЦИЯ ЙОРКА-МАСОНА)

Комлева Карина Александровна¹, Мурзин Михаил Олегович^{1,3}, Демидов Сергей Михайлович^{1,3}, Франк Михаил Александрович^{2,3}

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики

²Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Среди серьёзных осложнений после радикальной простатэктомии выделяют случаи образования уретроректальных свищей (УРС). Повреждение прямой кишки и мочеточника встречается в 0,6 – 2,9 % и 0,2 % случаях соответственно. Проблема борьбы с УРС актуальна по сей день в связи с тем, что стандартизированного подхода для лечения УРС нет. **Цель исследования** – оценить отдалённые результаты лечения уретроректальных свищей у пациентов после радикальной простатэктомии трансфинктерным доступом. **Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ 5 случаев лечения пациентов с УРС, проходившие лечение в Городской клинической больнице №40 г. Екатеринбурга с 2018 года, которым была выполнена операция Йорка-Масона. В 4 случаях повреждение прямой кишки было диагностировано интраоперационно. Всем пациентам в срок от 3 – 12 месяцев после формирования патологического сообщения была выполнена трансфинктерная фистулопластика. **Результаты.** Во всех случаях после реконструктивно-пластической операции удалось добиться удовлетворительного функционального результата, не было выявлено нарушений удержания стула и мочи. **Выводы.** Трансфинктерный доступ является оптимальным для визуализации свища и бережной диссекции ткани вокруг свищевого хода.

Ключевые слова: уретро-прямокишечный свищ; трансфинктерный доступ; операция Йорка-Масона.

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF URETHRO-RECTAL FISTULAS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY WITH TRANSSPHINCTER ACCESS (YORK-MASON OPERATION)

Komleva Karina Alexandrovna¹, Murzin Mikhail Olegovich^{1,3}, Demidov Sergey Mikhailovich^{1,3}, Frank Mikhail Alexandrovich^{2,3}

¹Department of Oncology and Radiation Diagnostics

²Department of Urology, Nephrology and Transplantology

Ural State Medical University

³City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Among the significant complications after radical prostatectomy, the formation of urethrorectal fistulas (URF) stands out. Damage to the rectum and ureter occurs at rates of 0.6-2.9 % and 0.2 %, respectively. This issue of combatting URF remains relevant to this day, as there is no standard approach for treating URF. **The aim of the study** is to evaluate the experience of treating urethro-rectal fistulas in patients who have undergone radical prostatectomy through transsphincteric approach. **Material and methods.** A retrospective analysis of six cases of urethrorectal fistula treatment at City Clinical Hospital 40 in Yekaterinburg from 2018 to the present, which underwent York Mason's operation, was conducted. In four cases, intraoperative damage to the rectum was identified. Transsphincteric fistuloplasty was performed on all patients between 3 and 12 months following the formation of the abnormal tract. **Results.** In all cases after reconstructive plastic surgery, a satisfactory functional outcome was achieved, without any issues with stool or urine retention. **Conclusion.** Transsphincter approach is optimal for visualization of the fistula and gentle dissection of tissue around the fistula

Keywords: urethrorectal fistula; transsphincteric approach; York-Mason operation

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время радикальная простатэктомия (РПЭ) является единственным методом лечения РПЖ, который продемонстрировал преимущества в выживаемости по сравнению с консервативным лечением [2]. Из тяжёлых интраоперационных осложнений является повреждение прямой кишки, которое встречается в 0,2 % случаев [1]. Результатом

повреждения прямой кишки во время РПЭ может стать формирование уретроректального свища (УРС).

Уретроректальный свищ – это патологическое сообщение между мочеиспускательным каналом и прямой кишкой, которое занимает особое место среди мочекишечных свищей. Во-первых, наряду с пузырно-кишечными свищами это наиболее часто встречающийся вариант мочекишечной фистулы. Во-вторых, уретроректальная фистула встречается только у мужчин, поскольку у женщин между мочеиспускательным каналом и прямой кишкой расположено влагалище. Это редкое осложнение, однако оно резко снижает качество жизни пациентов [3].

Спонтанные закрытия УРС после цистостомии и отведения кала путём наложения колостомы встречаются крайне редко, вследствие этого до 83 % пациентов нуждаются в оперативном лечении [4].

Цель исследования – оценить отдалённые результаты лечения УРС у пациентов после РПЭ трансфинктерным доступом (операция Йорка-Масона).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу данного исследования положен ретроспективный анализ результатов диагностики, лечения и динамического наблюдения в отдалённом послеоперационном периоде 5 мужчин, которым в урологическом отделении ГАУЗ СО ГКБ № 40 с 2018 г. по 2022 г. было проведено хирургическое лечение методом Йорка-Масона УРС. В исследование были включены пациенты мужского пола, которые перенесли РПЭ. Пациенты, у которых был диагностирован УРС другой этиологии из исследования, исключались.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов варьировал от 62 до 70 лет ($62 \pm 0,8$ года). Во всех случаях пациенты перенесли РПЭ по поводу локализованного рака предстательной железы. Медиана простат-специфического антигена (ПСА) составила – 8,48 нг/мл. В двух наблюдениях была выполнена позадилоная, в трёх – лапароскопическая радикальная простатэктомия (Таблица 1). Лишь в четырёх случаях интраоперационно было диагностировано повреждение стенки прямой кишки, последняя ушивалась двурядным швом. Патологические сообщения были сформированы в ближайшем послеоперационном периоде. Манифестация свища случалась на 5 – 7 сутки после РПЭ. В четырёх случаях были установлены кишечная и мочевиная стомы тотчас с появлением клинических симптомов, в одном – формирование свища произошло без наложения стом. Во всех случаях первым симптомом манифестации была «необоснованная» фебрильная лихорадка. В дальнейшем на 3 – 4 сутки появлялись такие патогномичные симптомы, как пневматурия и фекалурия.

Всем пациентам в срок от 3 – 12 месяцев после формирования патологического сообщения была выполнена трансфинктерная фистулопластика. Интраоперационно пациентам устанавливался уретральная дренаж. Пребывание пациентов в клинике в послеоперационном периоде составило 9 дней. Заживление происходило на фоне цистостомического дренажа, так как на вторые сутки уретральная катетер удался. У двух пациентов из пяти в раннем послеоперационном периоде развился острый пиелонефрит, который успешно купировался консервативно. На 31 сутки у одного больного был диагностирован парапроктит, ввиду отсутствия у последнего колостомы. В результате пациенту была выполнена колостомия. Через 6 месяцев при выполнении проктографии был диагностирован рецидив свища. В одном случае у пациента был сформирован трансфинктеральный лигатурный свищ, последний был успешно иссечён через 2 месяца.

Четырём пациентам через 30 дней были удалены цистостомические дренажи и восстановлено самостоятельное мочеиспускание. У пациентов наблюдается полное удержание мочи. Средний объём мочи, который могли накопить пациенты составил 256 ± 35 мл. Среднее значение максимальной скорости потока мочи при выполнении урофлоуметрии составил – $17,5 \pm 2$ мл/с.

Перед восстановлением целостности кишечного тракта в обязательном порядке оценивался уровень простат-специфического антигена, выполнялась проктография, ирригоскопия, МРТ органов малого таза для оценки состояния тканей между мочевым

пузырём и прямой кишкой. Реконструкция ЖКТ выполнялась через три месяца после закрытия цистостомического дренажа (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика пациентов

№ пациента	Вид перенесенной ПЭ	Вариант отведения мочи	Вариант отведения кала	Наличие рецидива УРС	Недержание кала	Недержание мочи
1	ПРПЭ	цистостома	колостома	нет	нет	нет
2	ПРПЭ	нет	нет	рецидив	нет	нет
3	ЛРПЭ	цистостома	колостома	нет	нет	нет
4	ЛРПЭ	цистостома	колостома	нет	нет	нет
5	ЛРПЭ	цистостома	колостома	нет	нет	нет

*ПРПЭ – позадилоная радикальная простатэктомия; ЛРПЭ – лапароскопическая радикальная простатэктомия

ОБСУЖДЕНИЕ

Одной из основных причин возникновения УРС является одновременная травма мочеиспускательного канала и прямой кишки, что может произойти во время РПЭ.

В литературе описано большое количество методов оперативного лечения данного осложнения. В своей работе мы применяли методику трансфинктерного закрытия УРС, предложенную английским хирургом А.У. Mason в 1960 году. Процедура была описана как новая хирургическая техника доступа к ниже-ампулярному отделу прямой кишки с использованием заднего трансфинктерного доступа [5].

Во всех наших наблюдениях манифестация свища случалась на 5 – 7 сутки после операции. Первым симптомом было появление «необоснованной» лихорадки, а через 2 – 3 суток появлялись такие патогномичные симптомы, как пневматурия и фекалурия. В результате появления классической триады симптомов – гипертермия, пневматурия и фекалурия в 4 случаях пациентам было выполнено наложение сигмостомы и цистостомы. У одного больного формирование свища случилось после выписки из стационара, он отмечал неконтролируемое выделение мочи из прямой кишки. В последнем случае пациент поступил в отделение без предварительно наложенных коло- и цистостом. В результате у этого больного был диагностирован рецидив свища через 6 месяц. Повторное вмешательство было успешно проведено через год.

Перед оперативным лечением всем пациентам проводился пальцевой ректальный осмотр и ректороманскопия. Основными задачами этих простых методов исследования являются: 1) оценка размера свища, 2) расстояние от края заднепроходного отверстия до свища, 3) краёв свища, 4) слизистой прямой кишки. В том случае, если слизистая прямой кишки имеет признаки воспалительного процесса, то применялась следующая противовоспалительная терапия: ванночки, микроклизмы с масляными растворами, препараты 5-аминосалициловой кислоты. Свищевой ход, как правило, открывался в ниже-ампулярном отделе прямой кишки на 4 – 5 см выше заднепроходного отверстия.

Диагностическая уретроцистоскопия также является важным методом исследования. При выполнении уретроцистоскопии мы оценивали расстояние от края свища до устьев мочеточников. Во всех случаях свищевое отверстие располагалось в зоне перехода шейки мочевого пузыря в мочеиспускательный канал и находилось существенно ниже устьев обоих мочеточников. Для того, чтобы оценить состояние тканей между мочевым пузырём, мочеиспускательным каналом и прямой кишкой мы выполняли магнито-резонансную

томографию. В среднем длина свищевого отверстия составляла $1,1 \pm 0,2$ см, диаметр варьировал от 0,8 до 1,5 см.

Во время хирургического вмешательства во всех случаях устанавливался уретральный катетер для адекватного ушивания мочеиспускательного канала. Во всех наблюдениях на 30 сутки было восстановлено самостоятельное мочеиспускание. Восстановление целостности толстой кишки выполнялось через три месяца после проведенной операции Йорка-Масона.

Срок наблюдения за пациентами составил более 12 месяцев. Важным результатом операции Йорка-Масона является не только закрытие патологического сообщения между мочеиспускательным каналом и прямой кишкой, а также сохранение механизмов удержания мочи и кала. Все пациенты самостоятельно копят и удерживают мочу в мочевом пузыре, что подтверждено ультразвуковой оценкой наполненного мочевого пузыря и урофлоуметрией. Целостность нижних мочевых путей подтверждена диагностической уретроцистоскопией. Ни в одном из наших наблюдений пациенты не предъявляли жалобы на недержание кала и газов.

ВЫВОДЫ

1. Транссфинктерный доступ является оптимальным для визуализации свища и бережной диссекции ткани вокруг свищевого хода с соблюдением всех правил хирургии свищей.

2. Такой подход позволяет эффективно «закрыть» патологическое сообщение, сохраняя нормальную функцию сфинктера мочеиспускательного канала и прямой кишки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Чибичян М. Б. Открытая позадилонная радикальная простатэктомия / М. Б. Чибичян // Вестник урологии. – 2018. – №. 1. – С. 81-93.
2. Клиническая онкоурология: [Монография] / [Бухаркин Б.В., Давыдов М.И., Карякин О.Б. и др.] ; Под ред. Б.П. Матвеева ; Рос. онкол. науч. центр им. Н.Н. Блохина РАМН. - Москва : Вердана, 2011 (ООО АБВ-пресс). – 934 с.
3. Рябинский В. С. Мочекишечные свищи / В. С.Рябинский, В. Н. Степанов // Медицина. – 1986. – С. 71 – 139.
4. Пронягин С. В. Вакуум-аспирационная система в лечении ретроректального свища после лапароскопической радикальной простатэктомии / С. В.Пронягин., К. В.Стегний, Е. Р. Двойникова [и др.] // ТМЖ. 2023. №2 (92).
5. Успешное лечение ятрогенных ретроректальных свищей после радикальной простатэктомии задним сагиттальным трансфинктерным доступом (операция Йорка-Масона): 10-летний опыт/ О. Б. Лоран [и др.] // Анналы хирургии. – 2016. – Т. 21. – №. 1-2. – С. 114-119.

Сведения об авторах

К.А. Комлева* – ординатор

М.О. Мурзин – кандидат медицинских наук, доцент

С.М. Демидов – доктор медицинских наук, профессор

М.А. Франк – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

К.А. Komleva* – Postgraduate student

М.О. Murzin – Candidate of Sciences (Medicine), associate professor

С.М. Demidov – Doctor of Sciences (Medicine), professor

М.А. Frank – Doctor of Sciences (Medicine), professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

karina-komleva@bk.ru

УДК 61

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ТАНЦОРОВ

Култышева Екатерина Юрьевна, Гордиенко Иван Иванович

Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Независимо от направления танцевальной деятельности все танцоры испытывают сильные нагрузки на опорно-двигательный аппарат. Проявление тех или иных патологий связано со спецификой танцевальных движений разных направлений. Особое значение приобретают микротравмы во время тренировок и выступлений. С течением времени накопленные микротравмы приводят к возникновению макропатологии. По частоте травм у танцоров коленный сустав занимает второе место после голеностопного. **Цель исследования –**