

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© М.Ю. Солюнов, М.А. Смагин, О.А. Шумков, В.В. Нимаев

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии — филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук» (Новосибирск)

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из самых часто встречающихся заболеваний мужчин старше 40 лет. Наиболее распространенным методом лечения ДГПЖ является медикаментозный, однако эффективность консервативной терапии не всегда достаточная. «Золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ на данный момент является трансуретральная резекция предстательной железы. Несмотря на малоинвазивность вмешательства, количество ранних и поздних послеоперационных осложнений остается высоким. Возможность местного (внутрипузырного) введения препарата Колегель Уролайн, созданного на основе альгината натрия, диоксида и лидокаина, составляет основу для поиска и разработки программы профилактики осложнений после трансуретральной резекции предстательной железы. Входящий в состав препарата диоксидин оказывает антисептическое действие. Препарат эффективен при инфекциях, вызванных синегнойной палочкой, вульгарным протеем, клебсиеллой, стафилококками, стрептококками, патогенными анаэробами. Диоксидин действует на штаммы бактерий, устойчивые к другим химиопрепаратам, в том числе и к антибиотикам. Дополнение гидрогелевой композиции 2 % раствором лидокаина снимает спазм периферических сосудов, способствует купированию болевого синдрома после получения повреждений или операций в течение 60–90 мин. Альгинат натрия выполняет функцию «депо» для лекарственных препаратов, обеспечивает их выход в подлежащие ткани в течение 48–72 ч. Кроме того, гель альгината натрия создает атравматичный защитный слой на поверхности слизистых, обладает эпителизирующими свойствами, способствует регенерации нормальных тканей, оказывает гемостатическое действие.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, заключающееся в анализе послеоперационного периода 59 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которым была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошел

31 пациент, которому после эвакуации резецированных участков аденоматозной ткани в мочевого пузырь вводили препарат Колегель Уролайн. После введения геля в мочевого пузырь устанавливали катетер Фолея № 18 и пережимали на 40 минут. На 4-е сутки катетер удаляли. Инстилляцию препарата проводили в течение четырех недель после операции в режиме одно введение 1 раз в неделю. В группу контроля вошли 28 пациентов, которым в послеоперационном периоде не проводили инстилляцию препарата Колегель Уролайн и назначали только стандартную антибактериальную и противовоспалительную терапию. Для оценки эффективности лечения в послеоперационном периоде проводили оценку следующих параметров: суммарный балл симптоматики по международной шкале IPSS, качество жизни пациента по анкете QoL, максимальная скорость потока мочи Q_{max} , количество остаточной мочи, количество и характер осложнений, связанных с оперативным лечением.

Результаты. В ходе исследования отмечено уменьшение баллов IPSS у всех пациентов, наиболее выраженное через 1 месяц после операции. Однако в основной группе уменьшение баллов IPSS произошло в большей степени, чем в контрольной. Ирритативная симптоматика через 1 месяц после операции у больных основной группы уменьшилась на 89,6 %, а у больных контрольной группы — на 62,3 %. Симптомы накопления в основной группе были в 1,7 раза менее выражены, чем в контрольной. Ирритативная симптоматика, сохраняющаяся после операции у больных контрольной группы, ухудшает качество их жизни. Так, качество жизни у больных контрольной группы через 1 месяц после операции было в 1,8 раза ниже, чем в основной. Изучение показателей урофлоуметрии и объема остаточной мочи после оперативного вмешательства свидетельствует о существенном улучшении состояния пациентов всех групп через 1 месяц после операции в сравнении с исходными клиническими данными. Так, в основной группе показатель Q_{max} возрос на 160 %, в группе контроля — на 117,8 %. Показатели объема остаточной мочи во всех группах нормализовались.

Выводы. Таким образом, применение препарата Колегель Уролайн в раннем послеоперационном периоде приводит к снижению иррита-

тивной симптоматики, улучшению показателей урофлоуметрии и повышению качества жизни пациентов.

РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© *В.Ю. Старцев¹, Н.В. Иванов²*

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ (Санкт-Петербург);

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Рак мочевого пузыря (РМП) — один из наиболее распространенных видов рака в мире (10-е место, Globocan-2018), который представляет собой важную проблему клинической онкологии и общественного здравоохранения. Установленные несомненные причинные факторы риска развития РМП включают пол, возраст, курение, раннюю менопаузу и профессиональное облучение (IARC, 2012; Globocan, 2018). Сахарный диабет (СД) связан с повышенным риском развития рака разных органов, включая желчные пути, легкие, гепатоцеллюлярную карциному, колоректальный рак, яичники, предстательную, поджелудочную и молочную железы, почку, пищевод, желудок, неходжкинскую лимфому, лейкоз и миелому, рак эндометрия. В многочисленных метаанализах проведена оценка связи СД с риском развития РМП, однако получены противоречивые результаты. Так, в 2013 г. H. Fang et al. сообщили о положительной связи между СД 2-го типа и риском развития РМП, который был значительным только у женщин. В противоположность этому, Z. Zhu et al. показали, что мужчины с СД имеют умеренно повышенный риск РМП, а женщины с СД — нет. X.Q. Yang et al. сообщили, что СД как фактор риска РМП не имеет гендерных различий, а Z. Zhu et al. отметили у пациентов с СД повышенную (более чем на 35 %) заболеваемость и смертность от РМП. Остается неясной, связан ли риск развития РМП с СД 2-го типа или с иными характеристиками пациента. В работе I.N. Colmers et al. (2013) установлено статистически ($p < 0,05$) значимое 13 % увеличение риска РМП за период наблюдения до 10 лет после постановки диагноза СД 2-го типа. Более подробный анализ показал, что наибольший риск РМП отмечен в первый год после верификации СД 2-го типа у контингента людей, которые редко обращались к врачам для обследования.

При анализе результатов 21 когортного исследования ($n = 13\ 505\ 643$) Y. Xu et al. (2017) показали

ассоциацию СД 2-го типа с повышенным риском РМП или смертностью от РМП в сравнении с пациентами без СД ($p < 0,001$). СД оказал влияние на прогрессирование РМП ($p = 0,005$), в то время как между СД и РМП не выявлено существенной взаимосвязи у женщин ($p = 0,119$). Многие исследователи оценивают вероятность возникновения уротелиальной карциномы с позиции патогенеза СД 2-го типа.

1. Гипергликемия при СД способствует нарушению регуляции энергетического баланса, что влияет на внутриклеточный метаболизм, ослабляет иммунную систему и, в свою очередь, стимулирует пролиферацию клеток и ингибирует апоптоз.
2. Хроническое воспаление уротелия, вызываемое воздействием интерлейкина-6, продуцируемого опухолью или инфильтрирующими воспалительными клетками, распознается как стимулятор роста РМП.
3. Избыточный вес при СД 2-го типа повышает риск развития РМП на 3,1 % на каждые 5 кг/м².
4. Влияние ряда противодиабетических препаратов (пиоглитазон и другие тиазолидиндионы). Инсулинорезистентность и факторы риска (курение, продолжительность наблюдения, наличие дренажей) существенно снижают показатели общей и раковоспецифической выживаемости больных РМП. Повышение индекса массы тела негативно сказывается на вероятности развития РМП у больных СД. У больных РМП целесообразно определять уровни глюкозы, HbA1c и СРБ в пред- и послеоперационном периоде. Использование ряда препаратов при СД (тиазолидиндионы) потенциально может приводить к увеличению заболеваемости РМП. Исследования необходимо продолжать в связи с наблюдающимся старением населения всего мира, высокой распространенностью метаболического синдрома и инсулинорезистентности, а также с учетом проявления комбинации факторов, способствующих развитию уротелиальной карциномы.