

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.65–007.61–006.03–089.168

ДОСВІД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

В. В. Скиба, О. В. Вітренко, Ю. В. Бурдим

Центр хірургії,
Київська міська клінічна лікарня № 1

EXPERIENCE OF OPERATIVE TREATMENT OF BENIGN HYPERPLASIA OF THE PROSTATE GLAND

V. V. Skyba, O. V. Vitrenko, Yu. V. Burdym

Center for Surgery,
Kyiv City Clinical Hospital No 1

Протягом 10 років аденомектомія з використанням черезміхурового доступу виконана у 123 пацієнтів (1-ша група), трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози (ПЗ) – у 179 пацієнтів (2-га група), позадулобкова простатектомія – у 220 (3-тя група). Вік пацієнтів від 52 до 90 років. Аденомектомію з застосуванням черезміхурового доступу та ТУР ПЗ виконували за стандартною технологією.

Для виконання позадулобкової простатектомії застосували доступ через хірургічну капсулу аденоми ПЗ з використанням новітньої технології електрозварювання живих тканин, джерел живлення та інструментів виробництва французької фірми «LigaSure», епідуральної анестезії.

При використанні стандартних оперативних технологій у хворих часто виникають ускладнення, зокрема, кровотеча з ложа ПЗ, що потребує накладання гемостатичних швів. Такі маніпуляції не завжди забезпечують остаточний гемостаз, виникає тампонада сечового міхура згустками крові з необхідністю виконання повторного оперативного втручання, виражений больовий синдром. Больовий синдром, як правило, виникає при видаленні катетера, це потребує застосування наркотичних анагетиків, що спричиняє післяопераційний психоз у пацієнтів похилого віку. Використання запропонованої методики дозволяє досягти остаточного гемостазу, забезпечити майже безкровне оперативне втручання, уникнути тяжких ускладнень; під час черезміхурової простатектомії та ТУР ПЗ руйнується шийка сечового міхура, що в подальшому зумовлює утворення післяопераційної стриктури перетинчастої частини сечівника та шийки сечового міхура, потребує виконання складних оперативних втручань. Крім того, при пошкодженні внутрішнього та зовнішнього м'язів-замикачів сечівника у хворих виникає нетримання сечі та, як наслідок, інвалідизація.

При використанні запропонованої методики сечівник та шийка сечового міхура не пошкоджуються.

Виникає питання: чи можливе використання діатермії при виконанні позадулобкової простатектомії. Досвід показує, що при використанні діатермії виникають опіки тканин, ішемія країв рани, сечо-міхурово-ректальна норича, неспроможність швів капсули аденоми ПЗ. Ускладненням після застосування діатермії є утворення сечової норичі. Це зумовлює утворення сечових затьоків та тривале загоєння рани. При електрозварюванні тканин та гемостазі з використанням електрозварювання тканини життєздатні, що підтверджують результати гістологічного дослідження.

Крововтрата під час виконання черезміхурової простатектомії становила у середньому (300 ± 68) мл, ТУР ПЗ – (100 ± 50) мл, позадулобкової простатектомії – (20 ± 12) мл. Тривалість оперативного втручання у 1-й групі у середньому ($60 + 20$) хв, у 2-й групі – (50 ± 10) хв, у 3-й групі – (40 ± 10) хв.

Пацієнтам 1-ї групи дозволяли ходити через 24 год, 2-ї групи – через 16 – 18 год, 3-ї групи – через 4 – 6 год після операції.

Позадулобкова аденомектомія є радикальним методом лікування доброякісної аденоми ПЗ. В останні 10 років не спостерігали рецидивів аденоми ПЗ, в той час, як після виконання ТУР ПЗ рецидив виник у 2 хворих.

Знеболювання з застосуванням наркотичних препаратів в 1-й групі здійснювали протягом 3 діб, у 2-й та 3-й групах – протягом 1 доби.

Після виконання позадулобкової простатектомії пацієнтів мобілізували через 4 – 6 год.

Сечу виводили через катетер Фолея в 1-й групі – протягом 7 – 8 діб, в 2-й групі – 3 діб, в 3-й групі – до 3 діб.

Еритроцитурію, цитурію спостерігали в 1-й групі протягом 2 міс після операції, в 2-й групі – до 1 міс, в 3-й групі – до 7 діб.

Оперативне втручання з використанням позадулобкового доступу виконували у більш тяжко хворих, за тяжких супутніх захворювань та великих розмірів аденоми ПЗ.

Обробляли передню поверхню капсули аденоми ПЗ, що забезпечувало досягнення остаточного гемостазу.

Після видалення аденоми ПЗ капсулу зашивали ниткою «Вікріл-0».

Сприятливий перебіг післяопераційного періоду багато в чому зумовлений збереженням шийки сечового міхура.

Таким чином, застосування апарата «LigaSure» дозволило використовувати як метод вибору позадулобковий доступ для видалення аденоми ПЗ будь-якої величини та консистенції за більш сприятливих умов виконання операції та перебігу післяопераційного періоду, ніж при застосуванні стандартного способу.

Проведені рентгенографічні (уретероцистографія), функціональні (урофлуометрія) дослідження для оцінки функціональності сечоміхурово-уретрального сегмента.

Використання методу електрозварювання за допомогою апарата «LigaSure» під час виконання урологічних операцій дає змогу здійснювати найскладніші втручання, впроваджувати нові методики, оперувати безкровно та малотравматично, відсутність рецидивів свідчить про радикальність операції.