

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТА ВІДКРИТОЇ АДЕНОМЕКТОМІЇ

Головко С.В.

Клініка урології, Головний військово-медичний клінічний центр  
«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України, Київ

### Results of Treatment of Patients with Benign Prostatic Big Size Hyperplasia with Application of Transurethral Resection and Open Adenectomy

S.V. Golovko

Clinic of Urology, Main Military Medical Clinical Center  
“Main Military Clinical Hospital” of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Received: February 8, 2012

Accepted: March 17, 2012

#### Адреса для кореспонденції:

Клініка урології  
Головний військовий клінічний госпіталь  
вул. Госпітальна, 18  
Київ, 01133, Україна  
тел.: +38-044-521-95-97

#### Summary

The experience of application of transurethral resection in treatment 42 patients with benign prostatic big size hyperplasia is presented. Patients were examined in two groups: the first group after transurethral resection (42 patients) and second group — after open adenectomy (41 patients). On the scale of IPSS the reliable diminishing of indexes is marked in all groups, an increase of high speed of urination was reliable in all probed groups.

*Key words: prostatic hyperplasia, transurethral resection, IPSS.*

#### Вступ

Протягом останніх двох десятиріч трансуретральна резекція (ТУР) все ширше використовується в оперативному лікуванні пацієнтів із захворюваннями нижніх сечовивідних шляхів [1,2]. Подальше удосконалення ендоскопічного обладнання та накопичен-

ня досвіду його використання постійно розширюють можливості цього виду оперативного лікування [3,4]. У сучасній урології ТУР визнана «золотим стандартом» хірургії передміхурової залози і складає 95% оперативних втручань з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). На теперішній час ТУР застосовують при лікуванні ДГПЗ великих розмірів (більше 80 см<sup>3</sup>), що раніше було протипоказанням до її виконання [5]. Трансуретральний операційний доступ та ендоскопічний контроль операційного поля забезпечують низьку травматизацію операційної рани, ретельний гемостаз, зменшують термін післяопераційної реабілітації хворих [6,7].

*Мета роботи:* порівняти результати лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози великих розмірів із застосуванням трансуретральної резекції та відкритої аденомектомії.

## Матеріали та методи

Проаналізовані результати лікування 83 пацієнтів із доброякісною гіперплазією передміхурової залози більше 80 мл. Хворі були розподілені в 2 групи: з виконанням трансуретральної резекції (n=42) та відкритої аденомектомії (n=41) і проспективно оцінювались через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Пацієнтам, що мали підвищений рівень простатспецифічного антигену (PSA), патологічні дані пальцевого ректального дослідження (ПРД) або підозрілі зміни при ректальному ультразвуковому дослідженні (ТРУЗД), виконувалась біопсія простати. При негативних результатах пункції хворі включались до дослідження. У всіх відібраних пацієнтів вивчався анамнез захворювання, проводилось фізикальне, лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, креатинін крові, ПСА, загальний аналіз сечі, посів сечі на мікрофлору і чутливість до антибіотиків). Також були задокументовані IPSS, QoL, Qmax, об'єм залишкової сечі (ОЗС), об'єм передміхурової залози (ОПЗ) (визначений при ТРУЗД). Інтраопераційні і найближчі післяопераційні параметри включали тривалість операції (ТО); вид і об'єм іригаційної рідини; рівень гемоглобіну (Hb) на наступний день після операції; рівень натрію (Na) сироватки крові; концентрація креатиніну крові; тривалість катетеризації (ТК) і ліжко-день (ЛД). Частота інтраопераційних і післяопераційних ускладнень також досліджувалась проспективно. Всі пацієнти були повторно обстежені через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. В кожному випадку визначались показники IPSS, QoL, Qmax, ОЗС, виконувалось пальцеве ректальне дослідження.

Показанням до трансуретральної резекції була ДГПЗ будь-яких розмірів, при якій відкрита простатектомія протипоказана. ТУРП має перевагу перед відкритою операцією при:

- об'ємі передміхурової залози до 60-80 см<sup>3</sup>;
- молодому віці пацієнта, якому необхідно зберегти статеву функцію;
- ожирінні, важких супутніх захворюваннях серцево-судинної, дихальної і ендокринної систем;
- раніше перенесених операціях на сечовому міхурі, простаті, передній черевній стінці, кишечнику, а також після гіпертермії простати, термотерапії і лазерних операцій;
- «справжніх» і «хибних» рецидивах захворювання;
- тривалому застосуванні інгібіторів 5 $\alpha$ -редуктази;
- поєднанні ДГПЗ з хронічним простатитом і конкрементами простати.

До абсолютних протипоказів виконання ТУРП відносяться:

- гострі запальні захворювання сечостатевої системи;
- коксартроз кульшових суглобів;
- камені сечоводів;
- протяжливий стриктури уретри;
- вузька уретра — діаметр уретри менше за діаметр тубуса резектоскопу;
- важкий стан хворого.

Відносні протипокази: камені сечового міхура; наявність штучного водія ритму; коагулопатії, що не коригуються; субтригональна форма росту ДГПЗ із стисненням дистальних відділів сечоводів.

Таблиця 1. Початкові характеристики двох груп

	Трансуретральна резекція	Відкрита аденомектомія
Вік пацієнта, років	72 $\pm$ 5,4	69 $\pm$ 3,7
Розміри простати, мл	87 $\pm$ 7,4	97 $\pm$ 15,1
IPSS, бали	20 $\pm$ 3,4	21 $\pm$ 3,6
QoL, бали	3 $\pm$ 1,2	3 $\pm$ 1,4
PSA, нг/мл	4,2 $\pm$ 2,4	5,3 $\pm$ 2,3
Qmax, мл/с	7,9 $\pm$ 2,1	7,4 $\pm$ 2,3
PVR, мл	88 $\pm$ 31	83 $\pm$ 32
Hb, г/л	124 $\pm$ 16	127 $\pm$ 17
Креатинін, ммоль/л	91 $\pm$ 9,2	89 $\pm$ 11,4

Примітка:

KTP — калій-титаніл-фосфатний (лазер); IPSS — International Prostate Symptom Score; QoL — якість життя; PSA — простатспецифічний антиген; Qmax — максимальна швидкість сечовипускання; PVR — об'єм залишкової сечі; Vpro — об'єм простати; Hb — гемоглобін.

Основними скаргами пацієнтів були часті позиви до сечовипускання (особливо в нічний час, через кожні 1-3 години), зменшення кількості сечі за одне сечовипускання до 50-100 мл, затримка спорожнення сечового міхура та ослаблення тиску сечі. Видільна функція нирок (за даними екскреторної урографії) була знижена у 6% хворих. Для визначення максимальної та середньої швидкостей потоку сечі виконувалась урофлоуметрія. Дослідження проводилось на урофлоуметрії «Uro-flow» (Germany).

Середня швидкість сечовипускання складала в групі ТУР — 7,9 $\pm$ 2,1 мл/сек, в групі ВА — 7,4 $\pm$ 2,3 мл/сек (таблиця 1). ТУР виконувалась за допомогою електрохірургічної установки «Storz» (Germany). Для іригації використовувалась промивна рідина «Турусол». Резекція починалась з середньої долі. Після цього вилучались тканини бокових часток від шийки сечового міхура до сім'яного горбика.

Для виконання ВА використовувався стандартний трансвезикальний доступ. Гемостаз здійснювався методом касетного шва за Новіковим. В кінці операції встановлювався трьохходовий катетер Фолея розміром 22 F і починалась іригація сечового міхура. Епіцистостома накладалась при незадовільному гемостазі.

## Результати та їх обговорення

З інтраопераційних показників враховувався час, витрачений на оперативне втручання, об'єм інтраопераційної крововтрати. В найближчому післяопераційному періоді відмічався час дренивання уретральним катетером, а також тривалість перебування хворих в стаціонарі. Результати представлені в таблиці 2.

Таблиця 2. Передопераційні показники двох груп

	Трансуретральна резекція	Відкрита аденомектомія
Втрата гемоглобіну, г/л	6 $\pm$ 3,9	13 $\pm$ 4,1
Зменшення натрію сироватки, ммоль/л	3 $\pm$ 1,2	1 $\pm$ 0,6
Час операції, хвилини	55 $\pm$ 15	50 $\pm$ 20
Вилучення катетера, години	24 $\pm$ 10	132 $\pm$ 12
Ліжко-день, години	70 $\pm$ 12	144 $\pm$ 18

Таблиця 3. Результати лікування хворих після трансуретральної резекції та відкритої аденомектомії

Показник	Післяопераційне спостереження							
	1 місяць		3 місяці		6 місяців		12 місяців	
	ТУР	ВА	ТУР	ВА	ТУР	ВА	ТУР	ВА
IPSS	12±2,5	12±3	10±2,3	10±2,4	9±2,6	9±2,7	8±1,9	8±1,7
QoL	2±1,4	2±1,2	1±1,3	2±0,4	1±1,1	1±0,7	1±0,9	1±0,5
Qmax, мл/с	14,4±2,4	12,5±2,6	15±2,1	15,1±3,4	15±2,3	15,6±2,6	16±3,4	14,6±1,6
PVR, мл	24±18,4	32,5±15,4	19±18,1	21±23,4	18±17,1	12,5±13	17±15,6	11,4±12
Розміри простати, мл	35±4,6	10±7,1	32±4,3	10±7,2	32±3,7	10±6,1	30±3,5	9±5,1
PSA, нг/мл	2,5±1,6	2±2,3	2,5±1,4	2±1,2	2,4±1,3	2±1,2	2,4±1,2	2±0,9

Враховувались наявність і характер ускладнень. В терміни 1, 3, 6 і 12 місяців пацієнти, що були включені до дослідження, обстежувались амбулаторно. При кожному відвідуванні оцінювались показники симптомів порушення сечовипускання за міжнародною шкалою IPSS, якість життя QoL, максимальна швидкість сечовипускання Qmax, кількість залишкової сечі, об'єм і стан передміхурової залози.

В групі хворих, прооперованих із застосуванням ТУР, тривалість операції склала в середньому 55±15 хвилини при вихідному об'ємі ДГПЗ 87±7,4 см<sup>3</sup>. Крововтрата під час операції склала 188,5±9,4 мл. Вилучення уретрального катетера в середньому здійснювалось через 24±10 годин. Тривалість перебування хворого в стаціонарі після монополярної резекції в середньому склала 70±12 годин. Через 12 місяців після операції сума балів за шкалою IPSS знизилась з 20±3,4 балів до 8±1,9; оцінка якості життя (QoL) зменшилась від 3±1,3 до 1±0,5 балів. Об'єм передміхурової залози зменшився від 87±7,4 до 30±2,5 см<sup>3</sup>. Максимальна швидкість сечовипускання (Qmax) збільшилась в середньому від 7,9±2,1 мл/с перед операцією до 16±3,4 мл/с через рік після операції. Об'єм залишкової сечі знизився від 88±31 мл до 17±15,6 мл (таблиця 3).

Після стандартної трансуретральної резекції виражена кровотеча, що потребувала гемо трансфузії, не спостерігалась. Нетримання сечі в ранньому післяопераційному

періоді було відмічено у 4 пацієнтів. Це ускладнення регресувало самостійно протягом 1 місяця (таблиця 4).

**Висновки**

Трансуретральна резекція простати є ефективним хірургічним методом лікування при великих розмірах доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Перевагою перед відкритою аденомектомією є її малоінвазивність та менший реабілітаційний період. Однак дана методика має ряд ускладнень та недоліків, що обумовлює необхідність подальшого розвитку малоінвазивних методів лікування при даній патології.

**Література**

1. Пасечников С.П., Возіанов С.О. (2000) Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (епідеміологія, удосконалення системи медичної допомоги). Урологія. 4: 27-33
2. Ткачук В.Н., Лук'янов А.Э. (2003) Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. (С.-Пт.). «СпецЛит». 109 с.
3. Al Singary W., Arya M., Patel H.R. (2004) Bladder neck stenosis after transurethral resection of prostate: does size matter? Urol. Int. Vol. 73; 3: 262-265
4. Brown O.A. (2004) Understanding postoperative hyponatremia. Urol. Nurs. Vol. 24; 3: 197-201
5. D'Addressi A., Porreca A., Foschi N. (2005) Thick loop prostatectomy in the endoscopic treatment of benign prostatic hyperplasia: results of a prospective randomised study. Urol. Int. Vol. 74; 2: 114-117
6. Gratzke C., Schlenker B., Seitz M. et al. (2007) Complications and early postoperative outcome after open prostatectomy in patients with benign prostatic enlargement: results of a prospective multicenter study. J. Urol. 177: 1419-1422
7. Helfand B., Mouli S., Dedhia R., McVary K. (2006) Management of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia with open prostatectomy: results of a contemporary series. J. Urol. 176: 2557-2561

Таблиця 4. Післяопераційні ускладнення

Ускладнення	Трансуретральна резекція	Відкрита аденомектомія
Передопераційна гемотрансфузія	0	8
ТУР-синдром	0	-
Госпітальна пневмонія	0	1
Тривала дизурія	5	7
Інфекція сечових шляхів (підтверджених бактеріологічно)	11	14
Рекатетеризація сечового міхура	5	10
Реоперації (стриктури уретри, контрактура шийки сечового міхура, апікальна резекція)	3	3
Післяопераційна летальність	0	0
Всього	14	19