

© Отажонов О.Р., *Раззокберганаева Д.О.

УДК 616.65.04-002.18.45

Отажонов О.Р., *Раззокберганаева Д.О.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

(г. Ургенч, Республика Узбекистан)

*Хорезмский филиал Республиканского Специализированного Центра Урологии

(г. Ургенч, Республика Узбекистан)

rach_ter@rambler.ru

Работа является фрагментом НИР кафедры общей хирургии с травматологией и урологией на тему «Распространенность урологических заболеваний в Южном Приаралье», номер госрегистрации АД, С-7654390.

Вступление. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) давно занимает прочное место, как одно из наиболее частых заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. По данным аутопсий, она гистологически обнаруживается у 20% мужчин в возрасте 40 лет, до 40% - в возрасте 50 - 60 лет, до 70% - у 61-70 летних и до 80% - у мужчин 71-80 лет [2].

Для хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы предложено множество способов [1]. Обычно хирург оперирует тем способом, которым лучше владеет. По нашему мнению, наиболее целесообразным является использование хирургом в своей практике всех известных методов операций с целенаправленным отбором больных для каждого из них.

Факторами, определяющими показания и противопоказания к различным методам оперативного лечения, являются: функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей, размер и форма роста аденомы, конституционные особенности больного, тяжесть общего состояния больного и наличие интеркуррентных заболеваний.

На УЗИ или с помощью трансректальной сонографии определяются объём, размеры, вес, форма роста ДГПЖ и количество остаточной мочи, исследуется функциональное состояние почек, выполняются основные уродинамические исследования, стадия заболевания определяется по шкале IPSS [1, 2, 5].

Выбор оперативного вмешательства осуществляется, исходя из следующих принципов:

1. ТУР простаты – масса аденомы до 40 граммов при трансректальной сонографии, функция мочевого пузыря не нарушена, отсутствуют изменения верхних мочевых путей;

2. Чреспузырная аденомэктомия одномоментная или в 2 этапа – больные с ДГПЖ с любой формой роста, нарушением функции мочевого пузыря, ретенцией верхних мочевых путей, почечной недостаточностью, камни, дивертикулы, опухоли мочевого пузыря [1, 3, 4].

Цель исследования – установить особенности отдаленных результатов хирургического лечения доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Объект и методы исследования. С 2008 по 2014 гг. в Хорезмском филиале Республиканского Специализированного Центра Урологии находился на лечении 281 больной с ДГПЖ в возрасте от 55 до 86 лет. Оперативному лечению подверглось 244 больных. Из них: 24 больным произведена 2-х этапная аденомэктомия простаты, 199 больным – одномоментная аденомэктомия простаты, 21 больному – ТУР простаты. Из 244 оперированных больных 23 больным произведено тампонирование ложи простаты с установлением надлобкового дренажа, 25 больным - гемостаз осуществлен катетером Фоле, остальным 196 больным произведено глухое ушивание мочевого пузыря по методу профессора Ткачука В.Н., после предварительной остановки кровотечения временным тампонированием ложи простаты. Дренирование мочевого пузыря у этих больных произведено двумя силиконовыми дренажами, введенными через уретру и фиксированными к коже передней брюшной стенки в виде «поплавка» с установлением промывной системы для орошения мочевого пузыря. Для орошения мочевого пузыря использован стерильный раствор фурациллина.

Результаты исследований и их обсуждение. При наблюдении в послеоперационном периоде, где среднее пребывание больного на стационаре у больных с тампонированием ложи простаты с установлением надлобкового дренажа составило 17-18 дней, у больных с катетером Фоле - 14-15 дней, у больных с глухим ушиванием мочевого пузыря - 10-11 дней и, соответственно, медикаментозные расходы зависели от койко-дней.

Ранние послеоперационные осложнения в виде кровотечения из ложи простаты наблюдались у 4-х больных с тампонированием ложи простаты после удаления тампона, у 3-х больных - с катетером Фоле, у 5 больных - с глухим ушиванием мочевого пузыря. Повторных операций не произведено, т.к. кровотечение остановилось после применения гемостатиков (АКК, дицинон и др.). Расхождение раны у больных с глухим ушиванием мочевого пузыря не наблюдалось, у 5 больных с тампонированием ложи простаты рана зажила вторичным заживлением.

Отдаленные результаты. Из 244 оперированных больных на повторный осмотр через 2 и 3 года явились 203 (83,2%) больных. Остальные 41 (16,8%) больных на повторный осмотр явились только через 1-3 месяца, а потом - не явились. Из 203 больных с тампонирующей ложью простаты с установлением надлобкового дренажа на повторный осмотр через 2 и 3 года явились 12 больных (5,9%), с тампонирующей ложью простаты с катетером Фоле - 17 больных (8,4%) (из них - 12 больных произведена ТУР простаты) и с глухим ушиванием мочевого пузыря - 174 больных (85,7%).

Из 12 больных после ТУР простаты выявлен рецидив ДГПЖ у 7 больных с ирритативными симптомами, остальные больные на повторный осмотр не явились.

У 12 больных традиционной аденомэктомией с тампонирующей ложью простаты с установлением надлобкового дренажа у 3-х больных выявлен склероз шейки мочевого пузыря, у 1 го больного выявлена стриктура простатического отдела уретры, у 2-х больных - недержание мочи, у 6 больных - со стороны мочевыводящих путей патологий не выявлено.

Виды остановки кровотечения после операции, его отдаленные результаты представлены в таблицах (табл. 1, 2, 3).

У 5 больных традиционной аденомэктомией с тампонирующей ложью простаты с катетером Фоле у 1 го больного выявлена стриктура простатического отдела уретры, у 1 го больного - склероз шейки мочевого пузыря, у 3-х больных - со стороны мочевыводящих путей патологий не выявлено.

Из 174 пациентов с глухим ушиванием мочевого пузыря у 8 больных выявлена стриктура простатического отдела уретры, у 7 больных - недержание мочи, у 6 больных - склероз шейки мочевого пузыря, и у 17 больных выявлена эректильная дисфункция. У 132 больных, после аденомэктомии с глухим ушиванием мочевого пузыря, патологий со стороны мочевыводящих путей не выявлено.

Выводы. При оказании хирургической помощи больным с ДГПЖ за период последних 6 лет, мы, благодаря применению метода аденомэктомии, разработанному профессором В.Н.Ткачуком:

- а) сократили сроки лечения больных (от 17-18 к/д до 10-11 к/д);
- б) снизили расходы на медикаменты;
- в) значительно снизили послеоперационные осложнения;
- г) улучшили качество жизни больных.

Литература

1. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии / Под ред. акад. Н.А. Лопаткина. – М. : «Медицина», 1998. – Т. 3. - 672 с.
2. Материалы 5-го Международного Совещания по ДГП. Рекомендации Международного Научного Комитета: Диагностика и лечение симптомов нижнего мочевого тракта у пожилых мужчин. Париж. 2000 г.
3. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы / А.С. Портной. – М. : «Медицина», 1989. - 256 с.
4. Танаго Э. Урология по Дональду Смиту / Под ред. Э. Танаго и Дж. Маканинча. Пер. с англ. – М. : «Практика», 2005. – 819 с.
5. Тиктинский О.А. Урология и андрология в вопросах и ответах / Под ред. О.А. Тиктинского, В.В. Михайличенко. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 384 с.

Таблица 1

Тампонирующая ложья простаты с установлением надлобкового дренажа

№	Виды осложнения	Количество	Осложнения в %
1	Рецидив ДГПЖ	-	-
2	Стриктура уретры	1	8,3
3	Недержание мочи	2	16,7
4	Склероз шейки мочевого пузыря	3	25
5	Эректильная дисфункция	-	-
Всего		6	50

Таблица 2

Тампонирующая ложья простаты с катетером Фоле

№	Виды осложнения	Количество	Осложнения в %
1	Рецидив ДГПЖ	-	-
2	Стриктура уретры	1	20
3	Недержание мочи	-	
4	Склероз шейки мочевого пузыря	1	20
5	Эректильная дисфункция	-	-
Всего		2	40

Таблица 3

Временное тампонирующая ложья простаты с глухим ушиванием мочевого пузыря

№	Виды осложнения	Количество, п	Осложнения в %
1	Рецидив ДГПЖ	-	-
2	Стриктура уретры	8	4,6
3	Недержание мочи	7	4,1
4	Склероз шейки мочевого пузыря	6	3,5
5	Эректильная дисфункция	17	9,8
Всего		38	22

Перспективы дальнейших исследований. Ранняя диагностика и профилактика доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

УДК 616.65.04-002.18.45

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Отажонов О.Р., Раззокберганова Д.О.

Резюме. Вивчені віддалені результати хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози у 203 хворих. Отримані дані виявили високу ефективність при наданні хірургічної допомоги хворим з ДГПЗ завдяки застосуванню методу аденомектомії, розробленому професором В.Н. Ткачуком. Дренування сечового міхура у даних хворих виконано двома силіконовими дренажами, введеними через уретру і фіксованими до шкіри передньої черевної стінки у вигляді «поплавця» зі встановленням промивної системи для зрошування сечового міхура. Це привело до значного скорочення термінів лікування хворих, значного зниження післяопераційних ускладнень, зниження витрат на медикаменти та поліпшенню якості життя хворих.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хірургічне лікування, аденомектомія, глухе ушивання сечового міхура, ускладнення.

УДК 616.65.04-002.18.45

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Отажонов О.Р., Раззокберганова Д.О.

Резюме. Изучены отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 203 больных. Полученные данные выявили высокую эффективность при оказании хирургической помощи больным с ДГПЖ благодаря применению метода аденомэктомии, разработанному профессором В.Н.Ткачуком. Дренирование мочевого пузыря у этих больных произведено двумя силиконовыми дренажами, введенными через уретру и фиксированными к коже передней брюшной стенки в виде «поплавка» с установлением промывной системы для орошения мочевого пузыря. Это привело к значительному сокращению сроков лечения больных и значительному снижению послеоперационных осложнений, снижению расходов на медикаменты, улучшению качества жизни больных.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хирургическое лечения, аденомэктомия, глухое ушивание мочевого пузыря, осложнения.

UDC 616.65.04-002.18.45

Long-Term Outcomes of Surgical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia

Ataganov A.R., Razakbergenova G.F.

Abstract. 281 patients with BPH, aged 55 to 86 yrs received treatment at Khorezm branch of the Republican Specialized Urology Center during the period from 2008 to 2014. 244 patients underwent surgical treatment. Among them: 24 patients underwent two-stage prostatic adenomectomy; 199 patients underwent single-stage prostatic adenomectomy; 21 patients underwent transurethral resection of prostate (TURP). 23 patients from 244 operated ones underwent plugging of prostate bed with suprapubic draining; hemostasis for 25 patients was secured by the Foley catheter; the rest 196 patients underwent blind suture of the bladder according to Professor Tkachuk V.N., after preliminary arrest of bleeding by temporary plugging of prostate bed. Bladder drainage in these patients was made by two silicone drains, entered through the urethra and fixed to the skin of the anterior abdominal wall in the form of a "float" with installing of washing system for irrigation of the bladder. The bladder was irrigated by sterile furacin solution.

203 (83,2%) patients from 244 ones, who underwent surgery, came to repeat medical examination in 2 and 3 years. The remaining 41 (16.8%) patients came to repeat medical examination only in 1-3 months without follow up medical checkup. 12 patients (5.9%) from 203 with prostate bed plugging with suprapubic draining, 17 patients (8,4%) with plugging of prostate bed by Foley catheter (among which 12 patients underwent TURP) and 174 patients (85,7%) with blind suture of the bladder came to repeat medical examination in 2 and 3 years.

BPH recurrence was revealed in 7 patients with irritative symptoms among 12 patients who underwent TURP; the other ones did not come to repeat medical examination.

Among 12 patients with traditional adenomectomy with prostate bed plugging with suprapubic draining, sclerosis of the bladder neck was revealed in 3 patients; prostatic urethra stricture was revealed in 1 patient; involuntary urination was revealed in 2 patients; 6 patients showed no pathology of urinary tracts.

Among 5 patients with traditional adenomectomy with plugging of prostate bed by Foley catheter, prostatic urethra stricture was revealed in 1 patient; sclerosis of the bladder neck was revealed in 1 patient; 3 patients showed no pathology of urinary tracts.

Among 174 patients with blind suture of the bladder, prostatic urethra stricture was revealed in 8 patients; involuntary urination was revealed in 7 patients; sclerosis of the bladder neck was revealed in 6 patients and erectile dysfunction was revealed in 17 patients. 132 patients, who underwent adenomectomy with blind suture of the bladder, showed no pathology of urinary tracts.

Conclusions. For the last 6 years during the surgery, indicated for BPH, the following outcomes were reached due to application the adenomectomy technique, developed by Professor Tkachuk V.N: patients' treatment time was reduced (from 17-18 p/d up to 10-11 p/d); expenditure on medicines were reduced; postoperative complications were significantly reduced; quality of life of patients was improved.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, surgical treatment, adenomectomy, blind suture of the bladder, complication.

Рецензент – проф. Саричев Л.П.

Статья найдшла 02.06.2015 р.