

Проста залобкова простатектомія та трансуретральна резекція в лікуванні доброякісної гіперплазії та інцидентального раку передміхурової залози

І.В. Барало

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ретроспективний аналіз історій хвороб 1408 хворих на гіперплазію передміхурової залози та інцидентальний рак, яким протягом останніх 10 років виконували залобкову простатектомію та трансуретральну резекцію передміхурової залози показав, що ранній післяопераційний період більш важко перебігає у хворих з гістологічно верифікованим раком. Автор дійшов висновку про необхідність більш ретельної доопераційної діагностики раку та виконання таким пацієнтам радикальної простатектомії.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, інцидентальний рак передміхурової залози, залобкова простатектомія, трансуретральна резекція передміхурової залози.

На сьогодні лікарям за наявності симптомів нижніх сечових шляхів у чоловіків усе частіше доводиться стикатися з такими розмірами гіперплазованої передміхурової залози (ПЗ), які при виникненні показань до хірургічного лікування згідно з діючими протоколами надання допомоги урологічним хворим, вимагають застосування відкриті операції. Лапароскопічний і ретроперитонеоскопічний доступ при хірургічному лікуванні гіперплазії ПЗ розробляють і використовують обмежено в провідних клініках, тому і дотепер актуальним залишається вдосконалення техніки відкритих хірургічних втручань у цієї категорії хворих [3, 4].

Діагностування раку ПЗ в стадії T₁ складне, особливо за наявності гострої затримки сечі, коли на догоспітальному етапі хворого декілька раз оглядали ректально та катетеризували або був встановлений постійний уретральний катетер. Інтерпретувати в таких випадках збільшений до сумнівного рівень простатоспецифічного антигену (ПСА) достовірно, як зумовлений карциномою, важко. Чекати результатів пункційної біопсії 7–10 діб і відкладати ургентну операцію до гістологічної верифікації діагнозу також недоцільно. Якщо хворий готується до планової операції, то зрозуміло, що часу досить для повного обстеження, проте певний відсоток пацієнтів з раком ПЗ мають нормальний рівень ПСА. Отже, як і раніше, коли визначення ПСА було недоступне, так і зараз, у певної частки хворих рак ПЗ діагностують лише в післяопераційний період з отриманням результатів гістологічного дослідження пухлини [5]. У такій ситуації, коли до операції у лікарів не виникало думки про карциному ПЗ, а діагноз встановлюється завдяки результатам гістологічного дослідження, називають інцидентальним раком ПЗ (ІРПЗ) [7, 8]. Імовірно припустити, що безпосередні

результати операцій при гістологічно доведеної доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) та ІРПЗ повинні мало відрізнятися.

З метою перевірки цієї гіпотези провели ретроспективний порівняльний статистичний аналіз результатів хірургічного лікування хворих на ДГПЗ та ІРПЗ в стадіях T_{1a}N₀M₀ та T_{1b}N₀M₀, діагностований в післяопераційний період за матеріалами гістологічного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В урологічній клініці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (ВНМУ) для хірургічного лікування хворих на ДГПЗ застосовують трансуретральну електрохірургію при розмірах ПЗ за даними трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД) до 60 см³ (до 30 см³ – трансуретральна інцизія ПЗ (ТУІПЗ)), 30–60 см³ – трансуретральна резекція ПЗ (ТУРПЗ)), більше 60 см³ – відкриті операції як надлобковим черезміхуровим, так і залобковим позаміхуровим доступом [2]. Черезміхурову простатектомію (ЧП) застосовують, як правило, за наявності надлобкової норичі, а залобкову простатектомію (ЗП) у хворих з гострою затримкою сечовипускання та при збереженому сечовипусканні за плановими показаннями.

Для статистичного аналізу створено ретроспективну вибірку сукупність історій хвороб пацієнтів, яким в урологічній клініці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова з приводу ДГПЗ та ІРПЗ виконували протягом останніх 10 років одномоментні ЗП та ТУРПЗ. Вивчали всі без виключення історії хвороб. Головними показниками для порівняння обрали тривалість післяопераційного перебування хворих в стаціонарі та частоту зареєстрованих в картках стаціонарних хворих ускладнень. Статистичний аналіз виконували на персональному комп'ютері Fujitsu Siemens 1,86 ГГц, 448 МБ ОЗУ за допомогою статистичного пакета Microsoft Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У вибірку сукупність увійшли 1408 пацієнтів, яким проводили прості ЗП у 946 випадках і ТУРПЗ у 462 випадках. У групі пацієнтів, яким виконували відкриті операції, гістологічне дослідження виявило аденокарциному в 91 випадку (9,6%), у групі ТУРПЗ – 39 випадків (8,5%).

Середній вік хворих на рак ПЗ виявився більшим, ніж у хворих на ДГПЗ. У табл. 1 наведено порівняння за середнім віком хворих залежно від виконаної операції і гістологічної будови пухлини.

Таблица 1
Середній вік оперованих хворих з різною гістологічною будовою видаленої пухлини ПЗ

Вид операції	Вік хворих		Критерій імовірності відмінностей (Стьюдента)
	ДГПЗ	ІРПЗ	
ТУРПЗ	68,09±0,35	68,48±0,94	p=0,35
ЗП	68,31±0,23	69,64±0,65	p=0,03

Таблица 3
Післяопераційний ліжкодень після ТУРПЗ і ЗП у хворих на ДГПЗ та ІРПЗ

Вид операції	Післяопераційний ліжкодень		Критерій імовірності відмінностей (Стьюдента)
	ДГПЗ	ІРПЗ	
ТУРПЗ	7,5±0,22	8,9±0,89	p=0,05
ЗП	10,1±0,13	11,27±0,52	p=0,01

Таблица 2
Частота ускладнень раннього післяопераційного періоду у хворих на ДГПЗ та ІРПЗ

Вид операції	Кількість ускладнень				Критерій χ^2 (Пірсона)
	ДГПЗ		ІРПЗ		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
ТУРПЗ	25	5,9	5	12,8	0,415
ЗП	32	3,74	3	3,29	0,828

Як видно з даних табл. 1 різниця статистично достовірна в групі хворих, яким проводили ЗП.

Відомості не про всі ускладнення в післяопераційний період наведені в карті стаціонарного хворого. Але навіть аналіз документально зазначених в історіях хвороб даних, наведених в табл. 2, наводить на певні роздуми.

У порівнянні з нульовою гіпотезою критерій χ^2 (Пірсона) демонструє беззаперечну статистично достовірно більшу частоту ускладнень при виявленні аденокарциноми, в порівнянні з пацієнтами, у яких виявляли гіперплазію.

Якщо ускладнення і можна приховати, то абсолютним арбітром, що дає змогу зробити висновок про те, у яких хворих стаціонарний етап лікування перебігає легше, є показник тривалості післяопераційного перебування хворого на ліжку, який наведений у табл. 3.

Отже, як свідчать дані табл. 3, післяопераційний ліжко-день триває довше у хворих на ІРПЗ, що вказує на вищий ступінь важкості хвороби і більшу частоту післяопераційних ускладнень у цієї категорії хворих у порівнянні з хворими на ДГПЗ.

ВИСНОВКИ

1. Якщо рак передміхурової залози (ПЗ) не розпізнаний доопераційно, навіть в стадії T1N0M0, ранній післяопераційний період після ТУРПЗ та ЗП у таких хворих перебігає важче.

Сведения об авторе:

Барало Игорь Витальевич – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 21009, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (097) 283-43-54. E-mail: Ibaralo@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кудрявцев Ю.В., Сивков А.В. Морфологические изменения в ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии // Экспериментальная и клиническая урология. – № 1, 2010. – С. 18–22.
2. Методика гемостаза при внепузырной позадлобковой аденомэктомии / Пивоваров П.И., Гурский Б.Ф., Максимов В.Д., Горючий В.И. // Урология и нефрология, № 2. – 1991. – С. 37–41.
3. Открытая простатэктомия в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Возианов А.Ф., Пасечников С.П., Клименко Я.Н., Грицай В.С. // Здоровье мужчины, № 1 (24). – 2008. – С. 196–199.
4. Переверзев А.С. Сохранят ли урологи в арсенале лечения открытую аденомэктомию? // Здоровье мужчины, № 4 (31). – 2009. – С. 230–234.
5. Jones J.S., Follis H.W., Johnson J.R. Probability of finding T1a and T1b (incidental) prostate cancer during TURP has decreased in the PSA era T1a and T1b cancer have decreased in the PSA era // Prostate Cancer and Prostatic Diseases, № 12 (1 April, 2008). – P. 57–60.
6. Millin T. Retropubic prostatectomy. A new extravesical technique. Report on 20 cases // Lancet. – 1945. – № 2. – P. 693–696.
7. Prevalence of incidental prostate cancer in the general population: a study of healthy organ donors. / Yin M., Bastacky S., Chandran U., Becich M.J., Dhir K. // J. Urology, 2008 March, 179 (3). – P. 892–895.
8. Radical prostatectomy for incidental (stage T1aT1b) prostate cancer: analysis of predictors for residual disease and biochemical recurrence / Capitanio U., Scantoni V., Frenshie M., Briganti A. et al. // European urology, July 2008, volume 54, issue 1, P. 118–125.

Статья поступила в редакцию 30.05.2013