

Позадилобковая простатэктомия — взгляд в прошлое

С.Н. Шамраев^{1,3}, П.С. Серняк¹, Ю.А. Виненцов¹, В.Г. Кобец², А.Н. Кнышенко¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

³ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк

Позадилобковая простатэктомия выполнена у 3421 больного. Она имеет ряд преимуществ перед другими открытыми вмешательствами по поводу гиперплазии предстательной железы. Позадилобковая простатэктомия открывает широкий доступ к предстательной железе, что позволяет создать везикоуретральный анастомоз, осуществить надежный гемостаз и исключает ятрогенную травму мочевого пузыря. В статье представлен анализ ранних и поздних послеоперационных осложнений, летальности у пациентов, перенесших позадилобковую простатэктомию.

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, позадилобковая простатэктомия, результаты лечения.

Хирургическое удаление гиперпластических узлов предстательной железы (ПЖ) является радикальным методом лечения гиперплазии предстательной железы (ГПЖ) [1, 2]. Значительное место в этом занимает позадилобковая простатэктомия (ППЭ). При данном хирургическом вмешательстве создается хорошая видимость операционного поля, существует меньший риск внутриоперационного кровотечения, исключается ятрогенная травма детрузора и, главное, формируется уретроцистоанастомоз, восстанавливается нормальная анатомия везикоуретрального сегмента.

Цель исследования: представить анализ результатов ППЭ при ГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 1989–2012 годов нами прооперированы 6774 больных с ГПЖ. При этом ППЭ проведена 3421 (50,5%) пациенту. Больные обследованы согласно протоколам оказания урологической помощи. Субъективные признаки инфравезикальной обструкции мы оценивали с помощью международного опросника IPSS с оценкой качества жизни. Проводили пальцевое ректальное исследование ПЖ, урофлоуметрию, лабораторные исследования; ультрасонографию почек, мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, а также исследование ПЖ трансректальным датчиком. Определяли уровень простатоспецифического антигена. При подозрении на рак ПЖ проводили мультифокальную трансректальную биопсию.

Большинство пациентов были в возрасте от 61 до 80 лет (80,2%). У большинства из них выявлено до 10 сопутствующих заболеваний. У 83,0% оперированных нами больных были осложненные формы ГПЖ. Чаще имели место осложнения инфекционно-воспалительного характера. Нередко наблюдали пациентов, у которых количество остаточной мочи превышало 2000 мл. У 7,8% больных имели место камни мочевого пузыря, у 7,7% была полная задержка мочеиспускания. У 27,3% больных была тяжелая степень инфравезикальной обструкции. Этим пациен-

там не представлялось возможным выполнить достоверно урофлоуметрию. Каждый третий пациент имел выраженную эктазию верхних мочевых путей. У 26,1% больных до операции выявлены компенсированная и интермиттирующая стадии хронической почечной недостаточности.

ППЭ мы проводили при объеме ПЖ от 100 см³ до 274 см³ (объем ПЖ в среднем составил 158±12 см³), при наличии дилатации верхних мочевых путей, при камнях мочевого пузыря размером более 3 см, когда возможность их эндоскопического удаления приводит к увеличению времени вмешательства и экономических затрат. 243 (7,1%) больным вмешательство выполнено по ургентным показаниям на высоте полной задержки мочеиспускания. Это вмешательство дополняли эпицистостомией в тех наблюдениях, когда имели место гнойно-воспалительные процессы в мочевой системе или атония мочевого пузыря в результате большого количества остаточной мочи. В 146 (4,3%) наблюдениях ППЭ выполнена больным, у которых была эпицистостома. 58 (1,7%) пациентам симультанно проведена экстравезикальная резекция дивертикула мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

ППЭ исключает ятрогенную травму детрузора, обеспечивает широкий доступ к ПЖ, что позволяет сформировать уретроцистоанастомоз и восстановить везикоуретральный анастомоз, осуществить надежный гемостаз.

Выполнение ППЭ традиционным методом побудило нас к совершенствованию хирургического пособия. Отличительной особенностью нашего вмешательства от ППЭ по Миллину является формирование шейки с фиксацией слизистой оболочки мочевого пузыря непосредственно перед наложением уретроцистоанастомоза. Диаметр сформированного отверстия равняется примерно 30 по шкале Шарьера, что способствует хорошему удержанию мочи и снижает риск развития склероза шейки мочевого пузыря и развития стриктуры мочеиспускательного канала. Переднюю стенку ПЖ ушиваем двухэтажным швом.

Наиболее сложным этапом ППЭ и формирования везикоуретрального анастомоза является наложение швов на мочеиспускательный канал. Нами усовершенствована техника формирования везикоуретрального анастомоза. Сконструирован аппарат (патент Украины на изобретение № 12640, патент России на изобретение № 2214799), с помощью которого выполняем равномерное одномоментное прошивание мочеиспускательного канала по ее периметру пятью лигатурами после энуклеации гиперпластических узлов [3]. Швы второго этажа могут быть как одиночными, так и обвивными. Мочевой пузырь дренируем уретральным катетером до семи дней. Целесообразно выполнение нашей модификации ППЭ при объеме ПЖ более 100 см³ и внепузырной или смешанной форме ее рос-

та. При данных показаниях есть возможность надежного формирования тканевого валика и его прошивания аппаратом для наложения швов на мочеиспускательный канал, обеспечивается герметичность везикоуретрального анастомоза и хорошая адаптация раневых поверхностей мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря. Аппаратный шов мочеиспускательного канала был выполнен у 47 пациентов.

Причиной ранних и поздних послеоперационных осложнений ППЭ является неадекватный метод хирургического вмешательства, когда не учтена локализация гиперпластических узлов. Имеют значение погрешности хирургической техники: чрезмерное удаление мочеиспускательного канала, травматичная энуклеация и неполное удаление аденоматозных узлов, недостаточный гемостаз ложа ПЖ, использование неадекватного шовного материала и уретрального катетера, диаметр которого не соответствует мочеиспускательному каналу. Развитию склеротических изменений шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала способствует ненадлежащий уход за больным после операции, неадекватное дренирование мочевого пузыря, недостаточная антибактериальная терапия и несвоевременное удаление уретрального катетера [4].

В ранний послеоперационный период у больных, перенесших ППЭ, наиболее часто диагностировались инфекционно-воспалительные осложнения (15,6%). В настоящее время применение качественных антибактериальных препаратов позволило уменьшить их количество до 5,1%. Кровотечение из ложа ПЖ наблюдали у 4,7% прооперированных больных.

Послеоперационная летальность в период 1989–1993 годов составила 2,2%, а за период 2009–2012 годов – 0%. Наиболее частыми причинами смерти были уросепсис – 29,6%, инфаркт миокарда – 21,5%, тромбоз эмболия легочной артерии – 12,3%, хроническая почечная недостаточность – 8,2%, другие причины – 28,4%.

Мочеиспускание после ППЭ восстановилось в среднем через 7,5 дня, средний койко-день составил – 9,0±0,5 дня.

В поздний послеоперационный период осложнения отмечены у 124 (3,6%) пациентов. В основном это были инфекционно-воспалительные осложнения (эпидидиморхит, обострение хронического пиелонефрита). Послеоперационные стриктуры мочеиспускательного канала развились у 25 (0,7%) больных, что привело к выполне-

нию восстановительных вмешательств на мочеиспускательном канале (внутренняя оптическая уретротомия, пластика мочеиспускательного канала по Хольцову). Недержание мочи в течение 3 мес наблюдалось у 85 (2,5%) пациентов. При последующих контрольных осмотрах жабды на недержание мочи отсутствовали.

ВЫВОДЫ

ППЭ имеет ряд преимуществ, которые заключаются в широком доступе к ПЖ, что позволяет создать везикоуретральный анастомоз, осуществить надежный гемостаз и исключает ятрогенную травму мочевого пузыря. Овладение техникой ППЭ позволило нам быстро перейти к выполнению радикальной простатэктомии по Волшу при раке ПЖ.

Залобкова простатектомія – погляд у минуле

С.М. Шамраєв, П.С. Серняк, Ю.О. Віненцов, В.Г. Кобець, О.М. Книщенко

Залобкова простатектомія виконана у 3421 хворого. Вона має низку переваг перед іншими відкритими втручаннями з приводу гіперплазії передміхурової залози. Залобкова простатектомія відкриває широкий доступ до передміхурової залози, що дозволяє створити везикоуретральний анастомоз, здійснити надійний гемостаз і виключає ятрогенну травму сечового міхура. У статті наведено аналіз ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, летальності у пацієнтів після залобкової простатектомії.

Ключові слова: гіперплазія передміхурової залози, залобкова простатектомія, результати лікування.

Retropubic prostatectomy – looking back

S.N. Shamrayev, P.S. Sernyak, Yu.A. Vinentsov, V.G. Kobets, A.N. knyshenko

Retropubic prostatectomy performed in 3421 patients. It has several advantages over other open interventions regarding benign prostate hyperplasia. Retropubic prostatectomy opens wide access to the prostate gland, which allows you to create vesicourethral anastomosis, implement reliable hemostasis and excludes lead to injury of the bladder. The article presents an analysis of the early and late postoperative complications, lethality in patients undergoing retropubic prostatectomy.

Key words: hyperplasia prostate, retropubic prostatectomy, the results of the treatment.

Сведения об авторе

Шамраев Сергей Николаевич – Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (062) 385-95-03

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров В.П., Кареньков Д.Г. Наш опыт 3000 аденомэктомий // Здоровье мужчины / Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов. – Харьков, 2004. – С. 114–118.
2. Камалов А.А., Гуцин Б.Л. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология, 2004. – № 1. – С. 30–34.
3. Шамраев С.М. Модифікація залобкової простатектомії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1999. – 16 с.
4. Серняк П.С., Віненцов Ю.О., Золочевський С.А. Наші результати хірургічного лікування гіперплазії передміхурової залози. / Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Вип. 67. Книга 2. – Запоріжжя, 2004. – С. 99–103.