

Післяопераційні ускладнення трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози

О.С. ФЕДОРУК, А.Г. ІФТОДІЙ

Буковинський державний медичний університет

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL RESECTION OF BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATE

O.S. FEDORUK, A.H. IFTODIY

Bucovynian State Medical University

Проаналізовано післяопераційні ускладнення при оперативному лікуванні різних стадій доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) методом її трансуретральної резекції (ТУР). Показано характерні післяопераційні ускладнення для кожної стадії ДГПЗ. Розроблені заходи попередження ускладнень ТУР простати як під час оперативного втручання, так і в післяопераційному періоді.

The authors have carried out the analysis of postoperative complications at surgical treatment of different stages of benign hyperplasia of prostate by means of the method of its transurethral resection. Specific postoperative sequelae for each stage of benign hyperplasia of prostate have been demonstrated. Measures for preventing the complications of transurethral resection have been developed both in the process of surgical interference and during the postoperative period.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Протягом останнього десятиріччя трансуретральна резекція (ТУР) широко використовується в оперативному лікуванні захворювань нижніх сечовивідних шляхів [1-3]. Застосування ендоскопічних малоінвазивних оперативних втручань дозволило значно розширити показання до лікування у хворих із тяжкими супутніми захворюваннями. Подальше удосконалення ендоскопічного обладнання та накопичений досвід його використання постійно розширюють можливості цього виду оперативного лікування [1-3, 5-11].

У сучасній урології ТУР визнана “золотим стандартом” хірургії передміхурової залози і складає 95 % оперативних втручань із приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) [2, 12-14]. На даний час ТУР застосовується при лікуванні ДГПЗ великих розмірів (більше 80 см³), що раніше було протипоказанням до її виконання [12]. ТУР-операційний доступ та ендоскопічний контроль операційного поля забезпечують низьку травматизацію операційної рани, ретельний гемостаз, зменшують термін післяопераційної реабілітації хворих [4, 9].

Післяопераційні ускладнення розподіляються на ранні та віддалені [5, 11]. До ранніх ускладнень відно-

сять: ТУР-синдром, ранні післяопераційні кровотечі, гострий уретрит, “уретральну лихоманку”, перфорація капсули простати [6, 9]. До пізніх ускладнень відносять: стриктури уретри, меатостеноз, ретроградну еякуляцію, стриктури шийки сечового міхура, пізні післяопераційні кровотечі [5-7]. Летальність у ранньому післяопераційному періоді складає до 1,18 % і, здебільшого, пов’язана з супутньою серцево-судинною і легеневою патологією [6, 14].

Мета роботи: провести аналіз післяопераційних ускладнень при оперативному лікуванні ДГПЗ методом ТУР для розробки рекомендацій щодо поліпшення ефективності лікування хворих.

Матеріали і методи. В урологічному відділенні ЛШМД м. Чернівці протягом 2007-2009 рр. прооперовано 454 хворих на ДГПЗ методом ТУР. Вік пацієнтів коливався від 56 до 94 років. Пацієнтів із I стадією ДГПЗ – 73 (1 група), з II стадією – 229 (2 група), з III стадією – 152 (3 група). Прооперовано 5 % хворих із гострою затримкою сечі, 55 % – із хронічною затримкою сечі (ХЗС) та 40 % – із накладеною, за 1-2 місяці до ТУР, епіцистостома (у 6 % випадків виконана троакарна епіцистостомія). Середній об’єм передміхурової залози складав

(74,9±16,2) см³. Хворим було проведено клінічні, лабораторні (клінічні, біохімічні аналізи крові та сечі), сонографічні обстеження (УЗД нирок, сечового міхура, простати, вимірювання залишкової сечі).

Результати досліджень та їх обговорення.

При аналізі ускладнень з'ясовані певні закономірності їх виникнення залежно від стадії розвитку ДГПЗ. ТУР-синдром частіше розвивався у пацієнтів із III стадією ДГПЗ, це пов'язано зі значним об'ємом тканини, що видаляється, та, як на-

слідок, з тривалим часом оперативного втручання. Післяопераційна дизурія була більш вираженою у хворих із позаміхуровим ростом ДГПЗ.

Розвиток таких ускладнень, як стриктури уретри, меатостеноз та стриктури шийки сечового міхура, не залежав від стадії ДГПЗ (табл. 1). На нашу думку, їх виникнення залежить від попередніх супутніх запальних захворювань органів сечостатевої системи (уретрит, баланопостит, цистит, куперит, простатит).

Таблиця 1. Ускладнення ТУР простати з приводу ДГПЗ при різних стадіях розвитку хвороби

Ускладнення	I стадія ДГПЗ (n=73)	II стадія ДГПЗ (n=229)	III стадія ДГПЗ (n=152)
Стриктури уретри	1 (1,36 %)	2 (0,87 %)	1 (0,65 %)
Післяопераційна макрогематурія	23 (35,5 %)	41 (17,9 %)	34 (22,36 %)
Ранні післяопераційні кровотечі	1 (1,36 %)	10 (4,36 %)	9 (5,92 %)
Пізні післяопераційні кровотечі	-	1 (0,43 %)	2 (1,31 %)
Загострення хронічного піелонефриту	3 (4,1 %)	5 (2,18 %)	5 ()
Загострення хронічного простатиту	6 (5,47 %)	4 (1,74 %)	2 (1,31 %)
Загострення хронічного циститу	14 (19,17 %)	27(11,79 %)	19 (12,5 %)
Гострий уретрит та “уретральна лихоманка”	9 (12,32 %)	25 (10,91 %)	14 (9,21 %)
ТУР-синдром	-	2 (0,87 %)	3 (1,97 %)
Орхоепідидиміт, фунікуліт	-	2 (0,87 %)	3 (1,97 %)
Меатостеноз	4 (5,47 %)	3 (1,31 %)	3 (1,97 %)
Нетримання сечі	-	2 (0,87 %)	2 (1,31 %)
Стриктура шийки сечового міхура	-	2 (0,87 %)	1 (0,65 %)

Примітка. n – число спостережень.

Ризик операційних ускладнень, включаючи кровотечі та травму капсули з екстравазацією іригаційної рідини, різко зростає при збільшенні тривалості операції (більше 1 год) і напряду пов'язаний з об'ємом передміхурової залози. При розмірах простати понад 80 см³ операційний ризик значно збільшується.

Нетримання сечі спостерігали лише у 4 хворих (у 2 хворих самостійно припинилось через 3 і 5 місяців після операції), що було пов'язано із субопераційним пошкодженням зовнішнього сфінктера сечового міхура.

Відмічено, що кількість післяопераційних запальних ускладнень була набагато меншою у тих хворих, яким проведено субтотальну ТУР або трансуретральну простатектомію. Це можна пояснити тим, що при патоморфологічному дослідженні тканини простати та візуально під час виконання операції явища хронічного гнійно-калькульозного простатиту виявлялись у 73 % хворих і видалення максимального об'єму гіперплазованої тканини значно зменшувало небезпеку післяопера-

ційного запалення залишених ділянок та ліквідувало джерело інфікування сечового міхура, нирок та уретри.

Пізні післяопераційні кровотечі були зумовлені наявністю в міхурі залишеного шматочка резекованої тканини простати або відторгненого післяопераційного струпа (внаслідок надмірної вапоризації або коагуляції всієї поверхні простатичного ложа в кінці операції), що призводило до порушень у системі згортання крові в ранньому післяопераційному періоді.

Орхоепідидиміт і фунікуліт частіше ускладнювали післяопераційний період хворих із 3 стадією ДГПЗ. Післяопераційні орхоепідидиміти частіше виникали після операцій, які супроводжувались пошкодженням капсули простати. З метою профілактики післяопераційного орхоепідидиміту нами впродовж останніх 2 років всім хворим після ТУР простати (247 хворих) проводили вазорезекцію. У 238 хворих проведена двобічна вазорезекція, у 9 хворих – однібічна у зв'язку з відсутністю протилежного яєчка. В жодного з цих 247 хворих у післяопера-

раційному періоді не спостерігали явищ орхоепідиміту, що дозволяє нам рекомендувати проведення вазорезекції після ТУР простати.

Передопераційна санація хронічних запальних процесів сечостатевої системи значно зменшувала кількість післяопераційних ускладнень запального характеру. Мінімальна кількість післяопераційних ускладнень спостерігалась при застосуванні дводобової передопераційної антибіотикотерапії цефтріаксоном та ципрофлоксацином у стандартних дозах (двічі на добу). Використання офіційних композитних препаратів (Instillagel) для інстиляції в уретру та змащення тубуса резектоскопа зменшувало вірогідність утворення стриктур уретри, меатостенозу та уретритів.

Летальних наслідків під час проведення ТУР простати та у післяопераційному періоді не спостерігалось.

Висновки. 1. Найбільш частими ускладненнями ТУР простати є післяопераційна макрогема-

турія, ранні післяопераційні кровотечі та запальні захворювання уретри, сечового міхура і простати.

2. Незадовільні результати ТУР ДГПЗ та більшість післяопераційних ускладнень переважно є результатом недостатньої передопераційної підготовки хворих та помилок в операційній техніці.

3. У виборі об'єму ТУР перевагу слід віддавати виконанню трансуретральної простатектомії.

4. Для профілактики післяопераційних епідидимітів та ускладнень запального характеру рекомендуємо проведення двобічної вазорезекції, передопераційної санації будь-яких запальних захворювань сечостатевої системи та дводобової передопераційної антибіотикотерапії.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є подальше вдосконалення оперативної техніки трансуретральної резекції простати, розробка методик доопераційної підготовки хворих, вивчення етіології післяопераційних ускладнень із метою їх профілактики та раннього лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мазо Е.Б. Простатическая интраэпителиальная неоплазия. – М.: Геотар-мед, 2005. – 78 с.
2. Пасечников С.П., Возіанов С.О. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (епідеміологія, удосконалення системи медичної допомоги) // Урологія. – 2004. – № 4. – С. 27-33.
3. Ткачук В.Н., Лукьянов А.Э. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – С. Пб.: СпецЛит., 2003. – 109 с.
4. Al-Singary W., Arya M., Patel H.R. Bladder neck stenosis after transurethral resection of prostate: does size matter? // Urol. Int. – 2004. – Vol. 73, № 3. – P. 262-265.
5. Brown O.A. Understanding postoperative hyponatremia // Urol. Nurs. – 2004. – Vol. 24, № 3. – P. 197-201.
6. D'Addessi A., Porreca A., Foschi N., Racioppi M. Thick loop prostatectomy in the endoscopic treatment of benign prostatic hyperplasia: results of a prospective randomised study // Urol. Int. – 2005. – Vol. 74, № 2. – P. 114-117.
7. Issa M.M., Young M.R., Bullock A.R. et al. Dilutional hyponatremia of TURP syndrome: a historical event in the 21st century // Urol. – 2004. – Vol. 64, № 2. – P. 298-301.
8. Kamat N. Transurethral resection of prostate and suprapubic ballistic vesicolithotripsy for benign prostatic hyperplasia with

- vesical calculi // J. Endourol. – 2004. – Vol. 18, № 5. – P. 512.
9. Kanik E.A., Erdem E., Abidinoglu D. et al. Can the outcome of transurethral resection of the prostate be predicted preoperatively? // Urol. – 2004. – Vol. 64, № 2. – P. 302-305.
10. Okamura K., Ozawa H., Kinukawa T. A questionnaire survey for TURP hospitalization by clinical path // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 2004. – Vol. 95, № 7. – P. 800-808.
11. Ruzic B., Tomaskovic I., Trnski D. et al. Systemic stress responses in patients undergoing surgery for benign prostatic hyperplasia // BJU Int. – 2005. – Vol. 95, № 1. – P. 77-80.
12. Shimizu Y., Hiraoka Y., Iwamoto K. Measurement of residual adenoma after transurethral resection of the prostate by transurethral enucleation technique // Urol. Int. – 2005. – Vol. 74, № 2. – P. 102-107.
13. Stewart P.A. Treatment of transurethral resection syndrome with intravenous 29,2 % saline // BJU Int. – 2007, Nov. – Vol. 94, № 7. – P. 1141-1142.
14. Wilson J.R., Urwin G.H. The changing practice of transurethral prostatectomy: a comparison of cases performed in 1990 and 2000 // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2008. – Vol. 86, № 6. – P. 428-431.