

УДК 616.65 - 007.61 - 089

© О.С. ФЕДУРУК, А.Г. ІФТОДІЙ

Буковинський державний медичний університет

## Аналіз трансуретральних операцій при доброякісній гіперплазії передміхурової залози

O.S. FEDORUK, A.H. IFTODIY

Bucovynian State Medical University

### ANALYSIS OF TRANSURETHRAL RESECTIONS IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Проведено аналіз 1024 трансуретральних операцій (ТУР) з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). Проаналізовано особливості оперативної техніки, ведення доопераційного та післяопераційного періоду, субопераційні та післяопераційні ускладнення. Запропоновано новий спосіб зрошування операційного поля при ТУР, показана можливість виконання одномоментних операцій при 3 стадії ДГПЗ, обґрунтовані методи профілактики післяопераційних ускладнень. Отримані результати дозволяють розширити показання для виконання ТУР у хворих із ДГПЗ.

An analysis of 1024 transurethral resections (TUR) for benign prostatic hyperplasia (BPH) has been made. The authors have evaluated the specific characteristics of the operative technique, preoperative and postoperative regimen management, suboperative and postoperative complications. A new method of irrigation the operative field in case of TUR has been recommended, a possibility of performing single-stage operations in BPH of stage 3 has been demonstrated, preventive methods of postoperative complications have been substantiated. The obtained findings make it possible to expand indications for the purpose of performing of TUR in patients with BPH.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Малоінвазивність – один з основних напрямків розвитку сучасної оперативної урології. Швидкий розвиток ендоскопічних методів лікування в урології кардинально змінив підходи до лікування захворювань сечостатевої системи, особливо оперативного лікування хвороб передміхурової залози [1, 3]. Трансуретральна резекція простати (ТУР) на сьогодні є “золотим стандартом” у хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати (ДГПЗ) [1, 5, 6, 8]. Останніми роками розширюються показання для застосування ТУР при ДГПЗ [2, 3]. Тим часом є багато невирішених питань, до яких належать адекватний відбір та оптимізація доопераційної підготовки хворих, правильний вибір техніки та об’єму виконання операції, профілактика розвитку ТУР-синдрому, післяопераційних ускладнень та ін. [4, 7].

**Мета роботи:** аналіз проведених трансуретральних операцій із приводу ДГПЗ для розробки рекомендацій щодо поліпшення ефективності лікування хворих.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням за період з 2004 по 2009 року перебували 1024

хворих із ДГПЗ віком від 56 до 94 років, яким виконано ТУР простати. Середній вік хворих становив  $(69,3 \pm 7,8)$  року. Всім хворим в доопераційному періоді проводили комплексне урологічне обстеження, яке включало оцінку скарг хворих за шкалою IPSS, визначення індексу якості життя, загальноклінічні методи, пальцеве ректальне дослідження, УЗД простати з визначенням кількості залишкової сечі. Операції проведені резектоскопом фірми “Karl Storz” № 27Сн із системою відеомоніторного контролю під епідуральною або спинномозковою анестезією. При виконанні ТУР ДГПЗ малого та середнього розміру переважно використовували методику М. Barnes, а при великих ДГПЗ – методику R. Nesbit. Антибактеріальну терапію розпочинали за 1-2 доби до операції.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 7 % пацієнтів ТУР проведено в 1 стадії ДГПЗ, у 76 % – в 2 стадії ДГПЗ, у 17 % – в 3 стадії. У випадках ДГПЗ в 3 стадії хворим на термін від 6 до 10 днів встановлювали уретральний катетер, проводили активну антибактеріальну та інфузійну терапію і після нормалізації показників функції нирок та при відсутності запальних явищ у сечови-

дільних шляхах виконували ТУР простати з пролонгованою післяопераційною уретральною катетеризацією.

Прооперовано 7 % хворих із гострою затримкою сечі, 54 % – із хронічною затримкою сечі (ХЗС) та 39 % – із накладеною, за 1-2 місяці до ТУР, епіцистостомию (у 6 % випадків проводили троакарну епіцистостомию). Спостерігали 73 % хворих із ХЗС до 200 мл, 24 % – із ХЗС до 500 мл і 3 % – із ХЗС понад 500 мл. При об'ємі сечі, що виявляли у хворих при гострій затримці сечі, понад 1000 мл пацієнтам проводили передопераційну катетеризацію сечового міхура уретральним катетером впродовж 3-5 діб.

Середній об'єм передміхурової залози складав  $(66,9 \pm 18,6)$  см<sup>3</sup>. “Псевдо-ТУР” (видалення до 10-20 % об'єму гіперплазованої тканини) проведено у 3 % хворих; парціальну ТУР (видалення 30-80 %) – у 77 %, з яких у більшості виконана субтотальна ТУР (видалення до 70-80 %); тотальна ТУР, або трансуретральна простатектомія (видалення 90-100 % тканини ДГПЗ) – у 19 % і секторальна ТУР (видалення однієї частки ДГПЗ) – у 1 % хворих. Середня тривалість операції – 40-80 хв, максимальна – 2 год 50 хв (з видаленням 270 г ДГПЗ).

Як зрошувальну рідину під час виконання ТУР використовували 5 % розчин глюкози та 0,02 % розчин фурациліну (Пат. Укр. №27948672). Операції з використанням фурациліну з метою профілактики гнійно-запальних ускладнень нами запропоновані і проведені у 379 хворих. На нашу думку, це показано при наявності у хворих в анамнезі хронічного простатиту, явищ хронічного цистопієлонефриту та, особливо, при наявності епіцистостоми (завжди спостерігали хронічний цистит) та цукрового діабету (небажане використання розчинів глюкози або сорбіту).

У післяопераційному періоді всім хворим встановлювали триходовий уретральний катетер Фолея на термін від 1 до 6 діб із постійним промиванням сечового міхура 0,02 % розчином фурациліну впродовж 1-3 діб. Термін уретрального дренивання сечового міхура здебільшого залежав від кількості залишкової сечі, виявленої до операції, та наявності епіцистостоми (по закінченні операції епіцистостомічний дренаж видаляли та уретральний катетер тримали до повного загоєння епіцистостомічного отвору). У більшості хворих уретральний катетер видаляли через 1-2 доби після операції. За добу до видалення катетера і впродовж 4-5 діб після видалення в комплекс медикаментозного лікування включали  $\alpha$ -адреноблокатор “Омнік Окас” або “Кардура” (4 мг 1 раз на добу) з метою зменшення післяопераційної дизурії. Адекватне сечовипус-

кання після видалення уретрального катетера відновлювалося у всіх хворих. У 10 хворих, яким була проведена паліативна ТУР, після видалення уретрального катетера виникла гостра затримка сечі (хворим повторно встановлено катетер на 2-4 доби, після чого сечовипускання нормалізувалося). “Хибні” рецидиви ДГПЗ спостерігали у 5 хворих через 1-3 роки після операції, яким проведено повторну ТУР.

Післяопераційну помірну макрогематурію спостерігали впродовж 2-6 діб у 46 % хворих. У частини хворих макрогематурія зберігалась впродовж 2-3 тижнів. У 9 хворих спостерігали ранні післяопераційні кровотечі (через 3-10 год після операції), у 6 з яких проведена повторна трансуретральна коагуляція судин ложа простати. У 43 хворих виникли пізні післяопераційні кровотечі (у середньому на 10-16 добу післяопераційного періоду), які у 4 хворих ліквідовані шляхом трансуретральної коагуляції, у 6 – уретрального дренивання із зрошенням сечового міхура, а у решти – гемостатичною терапією. ТУР-синдром діагностовано у 2,2 % хворих субопераційно і у 1,2 % хворих у післяопераційному періоді. У 34 хворих перебіг післяопераційного періоду ускладнився розвитком орхіепідидиміту, у 32 – загостренням хронічного пієлонефриту, у 25 – загостренням хронічного простатиту. Післяопераційний остейт лобкових кісток діагностовано в 1 хворого, нетримання сечі – у 4 пацієнтів (у 2 хворих самостійно припинилось через 3 і 5 місяців після операції), стриктури шийки сечового міхура та уретри – у 24 хворих. Післяопераційна помірна дизурія зафіксована впродовж 4-12 діб у 49 % пацієнтів.

З метою профілактики післяопераційного орхіепідидиміту ми впродовж останнього року всім хворим після ТУР простати (117 хворих) проводили вазорезекцію. У 108 хворих проведена двобічна вазорезекція, у 9 пацієнтів – однібічна у зв'язку з відсутністю протилежного яєчка. В жодного з цих 117 хворих у післяопераційному періоді не спостерігали явищ орхіепідидиміту, що дозволяє нам рекомендувати проведення вазорезекції після ТУР простати.

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 виявляли у 73 % хворих і видалення максимального об'єму гіперплазованої тканини значно зменшувало небезпеку післяопераційного запалення залишених ділянок і ліквідо-

увало джерело інфікування сечового міхура, нирок та уретри. Орхіепідидиміти частіше виникали після операцій, які супроводжувались пошкодженням капсули простати. Післяопераційна дизурія була більш вираженою у хворих із позаміхуровим ростом ДГПЗ.

**Висновки.** 1. Отримані результати дозволяють розширити показання для виконання ТУР у хворих з ДГПЗ.

2. Незадовільні результати ТУР ДГПЗ, субопераційні ускладнення здебільшого 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 запальних ускладнень рекомендуємо використання фурациліну як зрошувальної рідини під час ТУР та проведення двобічної вазорезекції.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанов А.Ф., Пасечніков С.П. Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы // Лікування та діагностика. – 2004. – № 1. – С. 10-16.
2. Кан Я.Д., Кирилов С.А., Тадеєв В.В. Сравнительная характеристика роторезекции и трансуретральной резекции в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Урология. – 2004. – № 5. – С. 76-80.
3. Люлько О.В., Люлько О.О., Забашний С.І. та ін. Ускладнення відкритих і трансуретральних простатектомій, їх профілактика і лікування // Урологія. – 2007. – Т. 8, № 1. – С. 8-20.
4. Bodo G., Casetta G., Piana P. et al. Surgical treatment of benign prostatic hypertrophy and Kelami syndrome // Minerva Urol. Nefrol. – 2004. – Vol. 47, № 2. – P. 81-83.

5. Ceresoli A., Seveso M., Zanetti G. et al. Treatment of urinary incontinence in the patient operated on for benign prostatic hyperplasia // Arch. Ital. Urol. Androl. – 2007. – Vol. 65, № 5. – P. 555-558.
6. Dormia E., Minervini M.S., Malagola G. et al. Radical versus conservative therapy in prostatic adenoma. Open adenectomy // Arch. Ital. Urol. Androl. – 2004. – Vol. 67, № 1. – P. 47-51.
7. Fiorelli C., Mottola A. The post-adenectomy dysuria-hematuria syndrome // Minerva. Urol. Nefrol. – 2006. – Vol. 46, № 3. – P. 143-152.
8. Sulser T. Die benigne Prostatahyperplasie: Prostatektomie und Alternativen // Ther. Umsch. – 2008. – Vol. 52, № 6. – P. 383-392.

Отримано 14.09.09