

УДК 616.65-002-006-089.87-089

Нуъмонов Ё.А., Бобоев Р.А.

Кафедра хирургии и урологии

Андижанский государственный медицинский институт

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Резюме: Наиболее часто пациенты с наличием симптомов нижних мочевых путей тяжелой степени (по шкале IPSS), которые резистентны к консервативной терапии, а также пациенты с наличием осложнений доброкачественной гиперплазии предстательной железы являются кандидатами на оперативное лечение. Долгие годы трансуретральная резекция гиперплазии предстательной железы является «золотым стандартом» оперативного лечения (с точки зрения эффективности), однако возникновение поздних осложнений стимулировали исследователей к разработке новых методов лечения. Открытая аденомэктомия (чаще всего чреспузырная), рекомендованная Европейской Ассоциацией Урологов как эффективный метод лечения пациентов с объемом железы >80 см³, характеризуется длительным пребыванием в стационаре и серьезными осложнениями, такими как массивная кровопотеря, инфекция, стриктура уретры и склероз шейки мочевого пузыря. Целью данной обзорной статьи было изучение факторов риска развития поздних осложнений после открытой аденомэктомии и трансуретральной резекции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Ключевые слова: трансуретральная резекция, открытая аденомэктомия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Nu'monov E.A., Boboev R.A.

Department of Surgery and Urology

Andijan State Medical Institute

PREVENTION AND TREATMENT OF LATE COMPLICATIONS OF ADENOMECTOMY

Resume: Most often, patients with severe lower urinary tract symptoms (according to the IPSS scale) who are resistant to conservative therapy, as well as patients with complications of benign prostatic hyperplasia, are candidates for surgical treatment. For many years, transurethral resection of prostatic hyperplasia has been the "gold standard" of surgical treatment (in terms of effectiveness), but the occurrence of late complications stimulated researchers to develop new treatment methods. Open adenomectomy (most often percutaneous), recommended by the European Association of Urologists as an effective method of treating patients with a gland volume >80 cm³, is characterized by a long stay in the hospital and serious complications, such as massive blood loss, infection, urethral stricture and sclerosis of the bladder neck. The purpose of this review article was to study the risk factors for the development of late complications after open adenomectomy and transurethral resection in benign prostatic hyperplasia.

Keywords: transurethral resection, open adenomectomy, benign prostatic hyperplasia

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) вследствие широкой распространенности среди мужчин старшего возраста представляет собой важную медико-социальную проблему. Так, в возрастном диапазоне 51–60 лет она встречается приблизительно у 42 % мужчин, 61–70 лет – у 70 %, 81–90 лет – у 90 % [3,6].

Несмотря на широкомасштабное внедрение за последние десятилетия в практику хирургического лечения ДГПЖ различных малоинвазивных технологий, открытая аденомэктомия не потеряла свое значение, прежде всего, при аденомах больших размеров.

В связи с высокой стоимостью оборудования, длительной кривой обучения и отсутствием рандомизированных исследований по изучению отдаленных результатов, малоинвазивные вмешательства все еще нельзя

рассматривать как полноценную альтернативу открытой аденомэктомии при ДГПЖ больших размеров [2,4]. Поэтому не случайно в рекомендациях ведущих мировых урологических ассоциаций именно открытая операция признается основным методом лечения при больших размерах предстательной железы [1,5].

По мнению P. Rigatti и A. Cestari [7], открытая аденомэктомия может успешно конкурировать с малоинвазивными методами хирургического лечения при условии совершенствования хирургической техники и минимизации кожного разреза наряду с использованием всех возможностей современного электрохирургического оборудования, позволяющих повысить эффективность и безопасность вмешательства.

С учетом отмеченных обстоятельств актуальным представляется оптимизация подходов к открытым методикам оперативного лечения при большом объеме ДГПЖ, чему и посвящено настоящее исследование по анализу результатов внедрения в практику модифицированной нами техники позадилоной аденомэктомии (ПАЭ).

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения больных с поздними осложнениями чреспузырной аденомэктомии на основе разработки новых подходов к профилактике и лечению этих осложнений.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное рандомизированное клиническое исследование, включающее 80 пациентов, проходивших лечение в урологическом отделении КЛИНИКЕ АГМИ с 2019 по 20229 г.

Результаты исследования. Частота обструктивных осложнений после чреспузырной аденомэктомии за последние 8 лет составила 10,04%. Структура инфравезикальных обструкций: склероз шейки мочевого пузыря - 55,8%, склероз шейки мочевого пузыря в сочетании с предпузырем - 23,3%, стриктура заднего отдела уретры - 14%, предпузырь - 6,9%.

Причинами формирования склероза шейки мочевого пузыря после чреспузырной аденомэктомии являются объем аденомы менее 100 мм³,

наличие хронического воспаления в предстательной железе, использование в качестве метода гемостаза ушивания ложа аденомы.

Морфологические исследования позволили установить особенности и этапы формирования рубцовой ткани в шейке мочевого пузыря после чреспузырной аденомэктомии: в сроки до двух недель (ранний этап) коллагеновые волокна тонкие и не имеют определенной направленности; в сроки от двух недель до трех лет (поздний этап) - расположение коллагеновых волокон четко направленное и упорядоченное.

Выбор различных видов вмешательств по восстановлению проходимости мочеиспускательного канала при обструктивных осложнениях аденомэктомии зависит от степени упорядоченности, толщины и направленности коллагеновых волокон в рубцовых тканях шейки мочевого пузыря. Неадекватное хирургическое восстановление проходимости шейки мочевого пузыря приводит к прогрессированию рубцового процесса.

При склерозе шейки мочевого пузыря эффективным в 100% случаев способом восстановления самостоятельного мочеиспускания является формирование тоннеля с последующей его криодеструкцией.

Предложенный метод профилактики поздних обструктивных осложнений чреспузырной аденомэктомии - гемостаз ложа аденомы, сочетающий в себе возможность постоянного низкотемпературного воздействия и использование пористого никелид-титанового носителя позволил избежать развития обструктивных осложнений в 94,7%.

Вывод. Установление особенностей и этапов формирования рубцовой ткани в области шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры позволило дифференцировать показания к проведению консервативного и хирургического лечения больных с поздними обструктивными осложнениями чреспузырной аденомэктомии.

Проведенная оценка существующих традиционных методов хирургического восстановления мочеиспускательного канала, позволила

научно обосновать показания к их применению в зависимости от этиологии и патогенеза обструкции.

Морфологически обоснована и доказана 100% эффективность метода криодеструкции рубцовых тканей шейки мочевого пузыря как способа восстановления самостоятельного мочеиспускания у больных с поздними осложнениями чреспузырной аденомэктомии.

Предложен эффективный метод профилактики обструктивных осложнений после чреспузырной аденомэктомии, основанный на сочетании постоянного низкотемпературного воздействия и использовании пористого никелид-титанового носителя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Искандерова И.К. Пути улучшения результатов хирургического лечения гиперплазии предстательной железы и профилактика гнойно-воспалительных осложнений [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Искандерова Индира Керимовна. – Бишкек, 2006. – 18 с.

2. Комлев Д.Л. Отдаленные результаты оперативных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / Комлев Дмитрий Леонидович. – М., 2004. – 33 с.

3. An improved technique for controlling bleeding during simple retropubic prostatectomy: a randomized controlled study [Text] / M.F. Dall'Oglio, M. Srougi, A.A. Antunes et al. // BJU Int. – 2006. - Vol. 98, N 2. – P. 384-387.

4. Bernie J.E. Simple perineal prostatectomy: lessons learned from a modern series [Text] / J.E. Bernie, J.D. Schmidt // J. Urol. – 2003. – Vol. 170, No. 1. – P. 115–118.

5. Kozlowski J.M. Suprapubic transvesical prostatectomy and simple perineal prostatectomy for the treatment of benign prostatic hyperplasia [Text] / J.M. Kozlowski, N.D. Smith, J.T. Grayhack // Management of benign prostatic hypertrophy; ed., K.T. McVary. – Totowa, New Jersey: Humana Press, 2004. – P. 221–226.

6. Management of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia with open prostatectomy: results of a contemporary series [Text] / B. Helfand, S. Mouli, R. Dedhia, K.T. McVary // J. Urol. – 2006. – Vol. 176, No. 6, Pt. 1. – P. 2557-2561.

7. Rigatti P. The motion: large BPH should be treated by open surgery [Text] / P. Rigatti, A. Cestari, P. Gilling// Eur. Urol. – 2007. – Vol. 51, No. 3. – P. 845–847.