

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.Р.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале МЗ КР
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе дано описание разработанной методики гемостаза ложа простаты и местной терапии через вазостомы у 53 больных, перенесших операцию аденомэктомии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также их клинико-лабораторные данные до операции. Сравнительный анализ по стадиям заболевания и основных возрастных групп подверженных данной патологии. Нами предложена следующая тактика ведения больных ДГПЖ с острой задержкой мочеиспускания: исключены трансуретральные манипуляции и лакунарная цистогамма. Применена надлобковая пункция мочевого пузыря.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, операция, пункция, лечение.

ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПАЗИЯСЫНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ОПТИМИЗАЦИЯСЫ

Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.Р.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги
Улуттук Госпиталь караштуу Республикалык илимий урология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул статьяда 53 бейтаптын аденомэктія операциясындагы жарат жайынын гемостазынын иштеп чыгарылган ыкмасы чагылдырылган, вазостома аркылуу жергиликтүү дарылоосу жана ошондой эле операцияга чейинки клиника лабораториялык изилдөөлөрдүн көрсөткүчтөрү. Негизги дарт, дарттын баскычы жана жаш курак боюнча салыштырмалуу талдоо. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен зааранын чукул токтоосунда биз төмөнкү ыкмаларды сунуштадык: трансуретралдык манипуляциялар жана лакунардык цистогамма кыскартылды. Чат үстүндөгү табарсыктын пункциясы колдонулду.

Негизги сөздөр: простата безинин залалсыз гиперплазиясы, операция, пункция, дарылоо.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Omorov D.Zh., Mambetov J.S., Uraimov B.R.

Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the
Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This paper describes a technique developed prostate bed hemostasis and local therapy through vasostomy in 53 patients undergoing surgery prostatectomy for benign prostatic hyperplasia and their clinical and laboratory data prior to surgery. Comparative analysis of the main stages of the disease and the age groups exposed to this disease. We have proposed the following tactics of BPH patients with acute urinary retention: Exclude transurethral manipulation and lacunar cystogram. Apply suprapubic bladder puncture.

Key words: benign prostatic hyperplasia, puncture, surgery, treatment.

Введение.

Мужчины в пожилом возрасте часто страдают синдромом нижних мочевых путей (нарушение нормального акта мочеиспускания) и главной причиной этому является доброкачественная гиперплазия предстательной железы [1,2,4].

По данным Н.А.Лопаткина [3], отмечается нарастание случаев доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте до 50 лет, она составляет 11,3%, 50-59 лет - 45%, 60-69 лет - 75%, 70-79 лет - 81,4%. По некоторым данным у мужчин старше 80 лет данная патология встречается в 100% случаев.

В нашей Республике по сравнению консервативным лечением доброкачественной гиперплазии предстательной (ДГПЖ) железы превалирует оперативное лечение. Это обстоятельство связано в первую очередь, с поздним обращением мужчин пожилого возраста за медицинской помощью, плохой информированности о данной патологии; отказ от госпитализации и дальнейшего целенаправленного обследования. Вследствие этого пациенты начинают бесконтрольный прием различных лекарственных препаратов рекламируемых по линии

средств массовой информации, телевидение и т.п. По данным Республиканского Научного Центра Урологии г.Бишкек более 60% больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы поступают с острой задержкой мочи, с наличием различных гнойно-воспалительных осложнений со стороны нижних и верхних мочевых путей. Это обстоятельство требует использования антибактериальных препаратов широкого спектра действия, что в свою очередь удлиняет сроки стационарного лечения и возникает высокая вероятность осложнений после операции аденомэктомии.

В связи с этим в статье дано описание разработанной методики гемостаза ложа простаты и местной терапии через вазостомы у больных перенесших операцию аденомэктомия при ДГПЖ.

Нами поставлена цель: улучшить результаты хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, на основе совершенствования методики оперативного лечения.

Материалы и методы исследования.

Материалом исследования были 53 больных прошедших открытую аденомэктомию в отделении

андрологии РНЦУ НГ МЗ КР.

При этом применены следующие методы исследования: 1. Опрос больных с использованием шкалы симптомов нижних мочевых путей IPSS и общеклинические анализы (анализ крови и мочи, биохимические анализы, флюорография грудной клетки, ЭКГ); 2. Посев секрета простаты на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам; 3. Определение простатоспецифического антигена в крови (ПСА); 4. Ультразвуковое исследование верхних мочевых путей, мочевого пузыря и предстательной железы; 5. Обзорная и экскреторная урография по показаниям.

Результаты и обсуждение.

Среди обратившихся больных ДГПЖ 1 стадии составило – 14 чел., 2 стадии – 33 и 3 стадией – 6 пациентов. Пациенты с острой задержкой мочи поступило в отделение 12 человек. Возраст обратившихся больных составил: от 50 до 60 лет – 17 (32,1%), 61 – 70 лет – 29 (54,7%) и старше 70 лет – 7 (13,2%) пациентов. При этом длительность болезни составило от 3 до 5 лет – 6, 5 – 7 лет – 11, 7 – 10 лет – 26 и более 10 лет – 9 человек.

Средний суммарный балл симптомов по шкале IPSS составил $27,3 \pm 2,3$; средний показатель качества жизни (QL) $-4,6 \pm 0,3$; объём предстательной железы по данным УЗИ $-61,8 \pm 3,5 \text{ см}^3$; объёмная скорость мочеиспускания $-5,62 \pm 1,4 \text{ мл/сек.}$; количество остаточной мочи в мочевом пузыре $-72,6 \pm 8,2 \text{ см}^3$.

Посев мочи, выявил следующую микрофлору: Escherichia coli - 27,5%, Staphylococcus aureus - 20,0%, Streptococcus haemolytic – 13,2%, Proteus mirabilis – 9,0%, Klebsiella – 5,5%, а также ассоциированная микрофлора - Staphylococcus epidermidis+ Escherichia coli 8,5%, Staphylococcus aureus+ Diplococcus 5,0% случаев.

Данные обзорной и экскреторной урографии показали: нормальную функцию почек-34, снижение функции почек-11, уретерогидронефротическая трансформация почек – 8 случаев.

Нами была разработана следующая тактика по отношению больных с ДГПЖ осложненной острой задержкой мочеиспускания: полностью исключена катетеризация мочевого пузыря и лакунарная цистограмма, поскольку эндоуретральные манипуляции приводят к генерализации воспалительного процесса в самой предстательной железе, а также в нижних и верхних мочевых путях, тем самым ухудшая течение болезни. В связи с этим, в тактике оказания первой помощи больным с острой задержкой мочи использовался пункционный метод отведения мочи надлобковым способом.

Одним из важных моментов в хирургическом лечении ДГПЖ является профилактика кровотечений из ложа простаты. В работе дано описание методики гемостаза ложа простаты после энакуляции аденоматозной ткани.

Техника гемостаза кровотока ложа простаты при открытой аденомэктомии: Перед операцией дренажную трубку, предназначенную для проведения по уретре, прошивают кетгутовой лигатурой №5 длиной 70 см дистально вырезанной в ней бокового отверстия и завязывают узлом для более прочного соединения с дренажем. Шейку мочевого пузыря прошивают концами

подготовленной лигатуры справа и слева от аденомы. После удаления аденомы в уретру ретроградно вводят буж и с его помощью дренажную трубку выводят по уретре наружу. Лигатуру плотно затягивают вокруг дренажной трубки первой частью хирургического узла (один узел с двойной закруткой и концы нитей отсекают на расстоянии 1 – 1,5 см) и под узлом перед затягиванием дополнительно проводится капроновый или другие не рассасывающийся шов №4/0 (расслабляющий шов для съёмного кетгутового шва) концы, которые выводятся через раны к наружи и фиксируются к турникету или лейкопластырем на кожу отступая от края раны. Мочевой пузырь ушивают наглухо. Через день после операции проводится расслабление съёмного шва путем затягивания расслабляющего шва и полное удаление последнего на 3-4 сутки после операции. Уретральный катетер с нитью удаляют на 5 – 7 –й день. Ослабевающий узел к этому времени не препятствуют удалению дренажа.

Предлагаемый метод позволяет обеспечить надёжный гемостаз кровотока ложа простаты при открытой аденомэктомии, и в последующем управляемый съём шовного материала, тем самым улучшая результативность лечения.

Как показала практика, после наложения съёмных швов на ложе простаты создается глухое пространство на месте вылуценной аденомы простаты, где создается нарушение дренажа этой области и есть высокая вероятность инфицирования, что является причиной длительного рецидивирующего цистита, которая плохо поддается терапии. В случаях, когда ложе простаты не ушивается или накладывается один узловый шов, в послеоперационном периоде часто можно столкнуться с рядом осложнений – кровотечение с ложа простаты, формирование предпузыря, образование лигатурных камней.

Нами поставлена задача: разработать новый способ местной терапии с использованием противомикробных препаратов широкого спектра действия, гемокоагуляционных и обезболивающих средств (моно или в комбинации препаратов).

Решение задачи достигалось путем канюлирования проксимальной части семявыносящего протока (ductus deferens) дренажной трубкой, через которую проводилась местная терапия.

Техника методики: При традиционном методе операции аденомэктомия как правило, начинается с вазорезекции (профилактика послеоперационного орхоэпидидимита) т.е. проводится выделение семявыносящего протока, перевязки с двух сторон и их пересечение, обработкой культи спиртом и накладыванием кожного шва. Предложенный новый метод: дистальный резецированный конец семявыносящего протока перевязывается, а проксимальная часть протока интубируется на протяжении 4-5 см детским подключичным катетером. Фиксирование катетера происходит следующим образом: катетер перевязывается капроном 3/0 с захватом места соприкосновения края семявыносящего протока с последующим выведением нити капрона через кожу для перевязки края раны. Это позволяет обеспечить надёжность фиксации, а при извлечении катетера полному

удалению фиксирующего шва и тем самым исключает лигатурные осложнения.

Предложенный новый метод местного лечения при ДГПЖ применен к всем 53 больным и клиническая эффективность отмечена 88,7% случаев.

Выводы:

Разработанная усовершенствованная тактика хирургического лечения и методика местной терапии через вазостомы при ДГПЖ показала, надежный гемостаз ложа простаты и позволило значительно уменьшить риск развития гнойно-воспалительных процессов в нижних мочевых путях, и показало свою высокую эффективность,

что предполагает широкое использование в клинической практике.

Литература:

1. Абдуллаев К.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - Баку, 2005.- 212 с.
2. Горюловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. - М.: Медицина, 1999.- 120 с.
3. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - М., 1999. - 216 с.
4. Пушкарь Д.Ю. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы /Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Урология. – 2007. - №3. - С. 87-94.



**Посвященные 125-летию со дня рождения
первого ректора Б.Я. Эльберта**

13-15 апреля 2016 года