

О.С.Федорук, Т.Л.Томусяк

ВІДДАЛЕНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА СПОСОБИ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Кафедра анестезіології, реаніматології та урології (зав. - проф. В.М.Коновчук)
Буковинського державного медичного університету,
кафедра медичної підготовки (зав. – проф. Т.Л.Томусяк)
Чернівецького національного університету ім. Ю.Фельдковича

Резюме. Проведено аналіз віддалених ускладнень простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози у 405 хворих. Показано, що найбільш частими є органічні та інфекційно-алергічні

ускладнення. Проаналізовано причини їх виникнення, можливі та оптимальні методи лікування і профілактики.

Ключові слова: простатектомія, ускладнення, лікування, профілактика.

Вступ. У кожному урологічному стаціонарі найбільший об'єм хірургічної допомоги займає лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) та інших видів інфравезикальної обструкції [1-3]. Цей факт дослідники пояснюють зростанням тривалості життя населення земної кулі та збільшенням у зв'язку з цим захворюваності на ДГПЗ, рак та склероз передміхурової залози (СПЗ) [2,4,8]. Всі ці захворювання на певному етапі потребують хірургічного втручання – простатектомії (ПЕ), резекції шийки сечового міхура (ШСМ) та передміхурової залози [6].

Незважаючи на те, що ПЕ у чоловіків середнього, літнього, старечого віку виконується давно, до цих пір питання запобігання виникненню ускладнень остаточно не вирішене [5,6]. Частота ускладнень після оперативного лікування інфравезикальних обструкцій сечового міхура коливається в межах від 8 до 18% [3,7]. Сюди входять стриктури уретри та ШСМ, „передміхур”, надлобкова нориця, хронічний цистит, дизурія, повне або часткове нетримання сечі та ін. [3,7,10,11].

Мета дослідження. Провести аналіз віддалених ускладнень після ПЕ з приводу ДГПЗ і способів їх лікування та запобігання.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням за період з 1999 по 2004 роки знаходилось 405 хворих на ДГПЗ віком від 56 до 92 років, яким виконана черезміхурова відкрита або трансуретральна ПЕ резектоскопом фірми “Karł

Storz” № 27Сн із системою відео-моніторного контролю під епідуральною або спинномозковою анестезією. Середній вік хворих становив $67,3 \pm 7,8$ року. Всім хворим у доопераційному періоді проводили комплексне урологічне обстеження, яке включало оцінку скарг хворих за шкалою IPSS, визначення індексу якості життя, загальноклінічні методи, пальцеве ректальне дослідження, УЗД передміхурової залози з визначенням кількості залишкової сечі.

Результати дослідження та їх обговорення. Ми проаналізували особисті клінічні спостереження за 5 років і виявили, що із 405 хворих, оперованих з приводу ДГПЗ, віддалені ускладнення виникли у 53. Важливо відмітити стійкість частоти цих ускладнень, незважаючи на засоби активної профілактики, єдиний метод оперативного лікування, ретельно відпрацьовані принципи післяопераційного ведення хворих.

На нашу думку, віддалені наслідки після видалення ДГПЗ можливо розділити на 3 групи: 1) інфекційно-алергічні, 2) функціональні, 3) органічні.

У наших спостереженнях переважають за частотою інфекційно-алергічні ускладнення, які проявляються ознаками хронічного рецидивного пієлонефриту і циститу, що спостерігали в 34 хворих. Немає потреби давати їм оцінку за тяжкістю – кожне з них на місяці і навіть роки прив'язує пацієнта до лікаря, який досить часто не в змозі надати радикальну допомогу хворому.

Причиною інфекційно-алергічних ускладнень прийнято вважати цистит, що передувало операції, пієлонефрит або хронічний простатит, а в останні роки велике значення надають госпітальній інфекції. Якщо ж до цього додати виникнення особливо стійких форм збудників інфекції, то стануть зрозумілими чисельність причин цього виду ускладнень, труднощі їх профілактики і лікування, з якими зустрічається лікар. Одна з цих труднощів полягає в тому, що ми не в змозі ліквідувати інфекцію в передопераційному періоді у зв'язку з порушенням пасажем сечі. У післяопераційному періоді ця проблема залишається, оскільки пасаж сечі відновлюється не одразу, флора стає змішаною, а операційна травма відіграє не останню роль у підтримці інфекції. Однак у більшості хворих через 3-6 місяців після операції вдається ліквідувати сечову інфекцію та супроводжуючі її симптоми.

Ще більш складною є боротьба з так званими функціональними ускладненнями. Вони проявляються порушенням сечовипускання без ознак запального процесу й анатомічних змін. Характер цієї дизурії дозволяє називати її післяопераційною цисталгією, лікування якої супроводжується значними труднощами, але комплексом засобів (інстиляція лікарських препаратів, фізіотерапія, автотренінг) вдається ліквідувати дизурію у більшості хворих.

У даній роботі не ставилося завдання висвітлити всі види ускладнень ПЕ. Ми зупинимось на одному з них, з нашої точки зору найбільш тяжкому - органічному виду ускладнень. Це післяопераційні захворювання ШСМ і уретри. Певною мірою вони залежать від виду і способу ПЕ, післяопераційного лікування, тривалості перебування катетера в уретрі після операції. Всі ці фактори не без підстав вважаються провідними у виникненні стриктур ШСМ та уретри, її облітерації, утворенні „передміхура”.

Із 405 хворих, яким була виконана ПЕ, у 19 виникли органічні ускладнення. Аналіз результатів обстеження хворих при зверненні їх у поліклініку з скаргами на ті чи інші розлади сечовипускання дозволив виявити різні зміни в інфравезикальній зоні. Встановлено, що в більшості хворих відмічались ті чи інші особливості операції або післяопераційного перебігу: у 5 ДГПЗ була змішаного росту, масою понад 100 гр (після її видалення залишалась велика порожнина); у 7 хворих зарано видалили уретральний катетер у зв'язку з уретритом (у 4), частим болочими тенезмами (у 2), обтурацією згортками крові (у 1); у 4 хворих ДГПЗ була невеликою за розмірами, але споріднювалася з хронічним простатитом - вона була рубцево змінена, інтимно спаяна з тканинами, що її оточують, видалення її було травматичним; післяопераційний період супроводжувався лихоманкою у більшості цих хворих. Лише в 7 хворих особливостей під час та після операції не відмічалось.

Найбільш частим з органічних ускладнень є стриктури задньої уретри, що нами виявлені у

8 хворих. Немає потреби описувати клінічну симптоматику цього ускладнення, а причина його можлива тільки одна - раннє видалення катетера й уретрит. Ці фактори встановлені у 6 із 8 хворих, лікування ускладнення - бужуванням. За відсутності ефекту показана трансуретральна внутрішня уретротомія. У більшості хворих ця операція дає стійкий позитивний результат, але потребує післяопераційного бужування 1-2 рази на місяць впродовж 6 місяців. У випадках значних стриктур уретри (більше 1 см) необхідна радикальна операція за методом Соловова.

Більш рідкісним ускладненням, яке займає II місце за частотою, є стриктура або облітерація ШСМ, причиною яких можуть бути хронічний простатит та раннє видалення катетера. Ми спостерігали це ускладнення у 3 хворих. У цих випадках була виконана трансуретральна резекція ШСМ, після чого відновилося нормальне сечовипускання.

Стриктури зовнішнього отвору уретри спостерігали в 6 хворих, що, на нашу думку, пов'язано з травматичним введенням тубуса резектоскопа в уретру при трансуретральній ПЕ та супутнім післяопераційним уретритом. В одного хворого така стриктура стала причиною гострої затримки сечі через 3 місяці після ПЕ. Бужування уретри, як правило, дає тимчасовий ефект, тому таким хворим показано проведення задньої меотомії.

Ще один вид віддаленого ускладнення ПЕ простати органічної природи - залишкова порожнина на місці видаленої ДГПЗ, так званий „передміхур”. Якщо передміхур не супроводжується стриктурою ШСМ або уретри, у більшості хворих він не викликає яких-небудь клінічних проявів. Лише у частини хворих, в яких мав місце уретрит, передміхур може бути джерелом піурії і болю в промежині без дизурії, іноді настільки сильного, що хворі не можуть сидіти. Ми спостерігали двох таких хворих, які неодноразово були оперовані і протягом тривалого часу лікувалися консервативно без будь-якого ефекту. В одного з них у передміхурі був невеликий конкремент, а стінки ШСМ були інкрустовані солями. Тяжкість стану хворих змусила нас провести висічення передміхура і виконати інвагінацію уретри за методом Соловова. В обох випадках отримано хороший результат.

Нетримання сечі спостерігали в чотирьох хворих. Причиною його виникнення, на нашу думку, було пошкодження зовнішнього сфінктера уретри при травматичному видаленні ДГПЗ. У двох хворих самостійно припинилось через 3 і 5 місяців після операції, а в інших лише дещо зменшилося після неодноразових курсів медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування.

Перераховані вище ускладнення ПЕ складні і потребують вибору адекватного методу лікування. При використанні інструментального лікування, тобто бужування, радикального успіху практично добитися не вдається. Більше того, цей метод небезпечний новими ускладненнями.

Більш раціональним методом у лікуванні цих ускладнень являється трансуретральна операція, оскільки внутрішня оптична уретротомія за допомогою резектоскопа і трансуретральна резекція ШСМ можуть дати хороший результат. У післяопераційному періоді показано дренивання сечового міхура постійним катетером впродовж 3-5 днів з подальшим бужуванням протягом 2-3 місяців.

Кращим способом подолання ускладнень ПЕ простати є їх профілактика. Під цим слід розуміти ретельне виконання всіх без винятку принципів ПЕ. До них відносяться виконання одноетапної ПЕ, що може бути забезпечено диспансеризацією чоловіків літнього віку та своєчасним виявленням цього захворювання. При ПЕ за будь-яким способом необхідна прискіплива та ретельна обробка ложа вузлів ДГПЗ, видалення всіх обривків тканин-капсули та слизової оболонки сечового міхура. При виконанні відкритої ПЕ необхідно зашивати краї ШСМ як для гемостазу, так і для правильного їх зіставлення, а також ШСМ із сечовипускним каналом. Зіставлення може бути досягнуто з допомогою помірної тракції катетера Фолі, балон якого по уретрі встановлено в сечовому міхурі. Уретральна катетеризація впродовж 7-8 післяопераційних днів і надлобковий дренаж до відновлення сечовипускання після відкритої ПЕ не викликають утворення стриктур, але зменшують можливість утворення „передміхура”. При виконанні ТУР передміхурової залози не слід резектувати тканини нижче від сім'яного горбика, що небезпечно пошкодженням зовнішнього сфінктера уретри та виникненням нестримання сечі. Лікування у перед- та післяопераційному періоді слід проводити на фоні адекватної антибактеріальної терапії, яку розпочинають за 1-2 доби до операції. У випадку виникнення описаних ускладнень слід пам'ятати, що „сліпі” інструментальні трансуретральні маніпуляції можуть спонукати до виникнення нових ускладнень.

Висновки

1. Найбільш частими віддаленими ускладненнями ПЕ є інфекційно-алергічні (загострення циститу та пієлонефриту) та органічні (стриктури ШСМ та уретри).

2. Незадовільні результати ПЕ з виникненням віддалених післяопераційних ускладнень здебільшого є результатом недостатньої передопераційної підготовки хворих, помилок у виборі методу оперативного лікування, в операційній техніці та післяопераційному веденні хворих.

3. Оптимальним методом лікування післяопераційних стриктур ШСМ та задньої уретри є трансуретральні ендоскопічні оперативні втручання, стриктур зовнішнього отвору уретри - метатомія.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є подальше вивчення віддалених ускладнень після простатектомії та удосконалення методів оперативного лікування ДГПЗ з метою підвищення ефективності лікування хворих.

Література

1. Возіанов А.Ф., Пасечніков С.П. Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы // Лікування та діагност. – 1998. - №1. – С. 10-16.
2. Возіанов О.Ф., Стаховський Е.О., Білик В.І. Деякі питання діагностики ДГПЗ // Урологія. – 1999. – Т.3, №2. – С. 44-48.
3. Люлько О.В., Люлько О.О., Забашний С.І. та співавт. Ускладнення відкритих і трансуретральних простатектомій, їх профілактика і лікування // Урологія. – 2004. – Т.8, №1. – С. 8-20.
4. Пірогов В.О., Возіанов С.О., Куриленко В.М. Функціональний стан нижніх сечових шляхів у хворих, які перенесли радикальну простатектомію, та шляхи реабілітації деяких післяопераційних ускладнень // Урологія. – 2002. – Т.6, №2. – С. 33-40.
5. Шуляк О.В., Боржівський О.А., Шеремета Р.З. та ін. Аналіз лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози методом відкритої простатектомії // Урологія. – 2002. – Т.4, №6. – С. 11-13.
6. Bodo G., Casetta G., Piana P. et al. Surgical treatment of benign prostatic hypertrophy and Kelami syndrome // Minerva Urol. Nefrol. – 2004. – V. 47, № 2. - P. 81-83.
7. 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. - 2002. – V. 65, № 5. - P. 555-558.
8. Dormia E., Minervini M.S., Malagola G. et al. Radical versus conservative therapy in prostatic adenoma. Open adenectomy // Arch. Ital. Urol. Androl. - 2004. – V. 67, № 1. - P. 47-51.
9. Fiorelli C., Mottola A., Menghetti I. et al. The post-adenectomy dysuria-hematuria syndrome // Minerva. Urol. Nefrol. - 2003. – V. 46, № 3. - P. 143-152.
10. Ranieri A., Hurle R.F. Terapia chirurgica dell'ipertrofia prostatica benigna. Quale e quando TURP vs adenectomy // Arch. Ital. Urol. Androl. - 2004. – V. 67, № 1. - P. 71-74.
11. Sulser T. Die benigne Prostatahyperplasie: Prostatektomie und Alternativen // Ther. Umsch. - 2004. – V. 52, № 6. - P. 383-392.

LONG-TERM COMPLICATIONS OF PROSTATECTOMY AND WAYS OF THEIR TREATMENT

O.S.Fedoruk, T.L.Tomusiak

Abstract. An analysis of long – term complications of prostatectomy for benign hyperplasia has been made in 406 patients. It has been shown that the most common are organic and infectious-allergic complications. The causes of their origin, possible and optimal methods of treatment and prevention have been analyzed.

Key words: prostatectomy, complications, treatment, prevention.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №3.- P.127-130

Надійшла до редакції 6.04.2005 року