

В.І. Зайцев¹, Ю.М. Кудрявцев², І.І. Ілюк¹

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ МІЖ ЗАЛОБКОВИМ ТА ЧЕРЕЗМІХУРОВИМ ВИДАЛЕННЯМ ПРОСТАТИ З ПРИВОДУ ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ

¹ Кафедра анестезіології, реаніматології та урології (зав. – проф. В.М. Коновчук)
Буковинської державної медичної академії

² Сумська обласна клінічна лікарня

Резюме. Вивчені результати оперативного лікування доброякісної гіперплазії простати (ДГП) методом черезміхурової простатектомії (ЧП) (n=51) і залобкової простатектомії (ЗП) (n=40). Досліджений вплив активності запалення простати на результати хірургічного лікування ДГП. Показано, що в 97% випадках ДГП супроводжується запальними явищами. Наявність запалення простати погіршує відновлення функціонального стану нижніх сечових шляхів як після ЧП, так і після ЗП. Доведено, що при виконанні відкритої простатектомії (як ЗП, так і ЧП) видалається простатичний відділ уретри разом із сім'яним горбиком.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія простати, простатектомія, простатит.

Вступ. На сьогодні в Україні, як і в більшості країн Європи, склалася демографічна тенденція до загального постаріння населення. У зв'язку з цим у сучасній урології зростає увага до проблеми доброякісної гіперплазії простати (ДГП) та можливих негативних аспектів її лікування. Незважаючи на велику кількість сучасних фармакологічних розробок, провідним методом лікування ДГП є хірургічний. “Золотим стандартом” хірургічного лікування вважається трансуретральна резекція простати (ТУРП), яка в США виконується в 96% випадків хірургічних втручань на залозі [1]. Водночас завжди є категорія пацієнтів, яким виконується відкрита операція. У нашій країні, з низки причин, їх частка значно вища. Питання вибору оптимального методу оперативного втручання при ДГП залишається дискусійним. Відкрите оперативне втручання дозволяє радикально видалити гіперплазовані вузли та відновити сечовипускання, отримати кращі віддалені результати [2]. Переважно виконуються черезміхурова (одно- або двоментна) простатектомія (ЧП), а також залобкова простатектомія (ЗП).

ЧП є операцією вибору за необхідності провести одночасну корекцію поєднаної патології сечового міхура (дивертикул, камінець, пухлина). При виконанні ЧП гіперплазовані тканини видаляють наосліп, оскільки втручання проводять через сечовий міхур на суміжному органі. При склеротичних явищах у простаті епуклеація гіперплазованих вузлів під час виконання ЧП може проходити досить травматично. Залобковий доступ, за даними деяких авторів, має переваги перед черезміхуровим. До них відносяться краща анатомічна орієнтація в рані, видалення простати проводиться під чітким візуальним контролем основних етапів операції, при правильному виконанні ЗП досягається ідеальний гемостаз. Однією з обов'язкових умов успішного проведення ЗП є герметичне зашивання капсули простати, що мінімізує можливість затікання вмісту сечового міхура в перипростатичний простір. При ЗП не розтинається сечовий міхур, перебіг післяопераційного періоду легший, скорочується термін перебування хворого в стаціонарі [3, 4].

Дані літератури [5] свідчать, що майже в усіх випадках ДГП поєднується з явищами хронічного запалення простати. Водночас формальний гістологічний висновок про наявність запалення у видалених тканинах після простатектомії не завжди відповідає дійсності. Таким чином, питання наявності запальних процесів у простаті, їх впливу на функціональні результати хірургічного лікування залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження. Вивчити зміни вираженості дизуричного симптомокомплексу після ЧП та ЗП у порівняльному аспекті; дослідити частоту та вираженість запальних явищ у простаті при ДГП, їх вплив на результати хірургічного лікування ДГП; з'ясувати, як хірургічні відмінності ЧП та ЗП впливають власне на видалення простати.

Матеріал і методи. Обстежено 40 хворих, котрим проведена ЗП (перша група); 51 пацієнт, яким виконана ЧП (друга група). За віком, функціональним станом сечостатевої

системи, перенесеним соматичним захворюванням, а також за обсягом оперативного втручання вірогідних відмінностей між групами не спостерігалось. Середній вік пацієнтів першої групи становив $65,9 \pm 4,3$ років, другої – $64,3 \pm 3,6$ року. В обох клінічних групах застосовувались однакові методи дослідження, операції були виконані в ідентичних умовах. У післяопераційному періоді, залежно від його перебігу, всім хворим проводили адекватну терапію (інфузійну, антибактеріальну, симптоматичну). Оцінку вираженості симптомів нижніх сечових шляхів проводили за допомогою шкали IPSS (Міжнародна система сумарної оцінки симптомів захворювання простати). Тестування проводилося перед оперативним втручанням, а також через 1 та 3 місяці після операції.

У пацієнтів першої групи інтраопераційно оглядали ділянку передміхурової залози на предмет наявності чи відсутності сім'яного горбика (пацієнтам другої групи провести ретельну візуальну ревізію ділянки передміхурової залози під час операції практично неможливо, оскільки особливості ЧП цього не дозволяють). При ЗП видалення вузлів відбувалось у 88% випадків ($n=36$) одним блоком, з пересіченням ножицями уретри біля верхівки, тому для проведення макроскопічної оцінки видалені вузли розтинали по передній комісурі та оглядалися простатичний відділ уретри на предмет наявності сім'яного горбика. При ЧП вузли в 94% випадків ($n=49$) видаляли фрагментовано, тому їх ретельна оцінка була проблематичною, проте ділянки, підозрілі на уретру, направляли на гістологічне дослідження. Проведене точне визначення об'єму видалених гіперплазованих вузлів у пацієнтів обох груп за допомогою їх занурення в мірну посудину, заповнену рідиною. Об'єм витісненої рідини приймався як об'єм видалених вузлів. Проводили стандартні гістологічні зрізи (парафінова проводка, забарвлення гематоксилін-еозином).

З метою вивчення післяопераційних змін у парапростатичній ділянці та в капсулі передміхурової залози проведено морфологічне дослідження при розтині 6 пацієнтів, які померли в ранні строки після ЧП (1-7 днів). З отриманих тканин також виконані стандартні гістологічні зрізи (парафінова проводка, забарвлення гематоксилін-еозином). Слід зазначити, що після ЗП летальних випадків зафіксовано не було.

Огляд отриманих препаратів проводився за допомогою апаратури кафедри анатомії медичного факультету Сумського державного університету (мікроскопа Olympus-BH-2 та камери Baumer optronic) при збільшенні 10×10 , зображення оброблялися комп'ютерною програмою "Відео Тест".

Отримані дані оброблені за допомогою пакета електронних таблиць Microsoft Excel 97.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено, що об'єм передміхурової залози (V_p , $M \pm m$) в групі ЗП становив $50,7 \pm 11,2$ см³, у групі ЧП – $47,1 \pm 10,1$ см³.

При оцінці макропрепаратів після ЗП сім'яний горбик спостерігали у 22 випадках (54%). Проте при візуальній ревізії ДПЗ під час виконання ЗП у жодному випадку сім'яного горбика не виявлено, простатичний відділ уретри повністю видалювався в усіх випадках. При виконанні ЧП макроскопічна оцінка видалених тканин не дозволяла з певністю стверджувати про видалення сім'яного горбика, проте фрагменти уретри були знайдені в усіх препаратах. Вищенаведене дозволяє стверджувати, що при відкритій простатектомії з приводу ДГП, незалежно від методу операції (ЗП чи ЧП), видалюється простатичний відділ уретри разом із сім'яним горбиком.

Оцінка гістологічних зрізів показала, що в 97% випадків ДГП в тій чи іншій мірі супроводжується явищами запалення, що відповідає даним літератури [5]. Гістологічно такі зміни проявляються вогнищами лейкоцитарної інфільтрації, причому вони можливі як у капсулі передміхурової залози, так і в гіперплазованих (аденоматозних) тканинах. Також запальні явища спостерігалися періуретрально та в ділянці сім'яного горбика. Переважно ми отримали гістологічні зрізи з помірно вираженою лейкоцитарною інфільтрацією, на фоні якої спостерігалися ділянки плазмочитарної інфільтрації, одиничні макрофаги (2-5 у полі зору), в окремих ділянках – еритроцити (крововиливи). Така картина наявна у 28 пацієнтів першої групи (70%), та в 39 пацієнтів другої групи (76%). Виражене запалення відмічали в 11 осіб першої групи (28%) та в 10 пацієнтів другої групи (20%); у таких препаратах спостерігалися ділянки лейкоцитарної інфільтрації. Не зазначили ознак запалення в одного пацієнта групи ЗП (2%) та у двох хворих групи ЧП (4%).

Проведена спроба виявити взаємозв'язок між вираженістю запальних процесів у простаті та функціональними результатами хірургічного лікування ДГП залежно від методу операції. Пацієнти кожної групи (ЗП та ЧП) були розподілені на 2 частини: підгрупа чоловіків із помірними запальними явищами в простаті та підгрупа чоловіків, у котрих у тканині залози виявлено виражене запалення. У зв'язку з незначною кількістю пацієнтів без будь-яких ознак запалення простати ці дані проігноровані. Результати цих досліджень наведені в таблицях 1 та 2.

Пояснення до таблиць: IPSS1 – пацієнти з легким ступенем вираженості дизуричних симптомів (до 7 балів) або їх відсутністю; IPSS2 - хворі із середньою

Таблиця 1

Взаємозв'язок між запаленням простати та IPSS у післяопераційному періоді (група ЗП)

	Пацієнти з помірним запаленням простати (n=28)			Пацієнти з вираженим запаленням простати (n=11)		
	IPSS1	IPSS2	IPSS3	IPSS1	IPSS2	IPSS3
1 місяць	25%	75%	0%	55%	45%	0%
3 місяці	100%	0%	0%	55%	45%	0%

Таблиця 2

Взаємозв'язок між запаленням простати та IPSS у післяопераційному періоді (група ЧП)

	Пацієнти з помірним запаленням простати (n=39)			Пацієнти з вираженим запаленням простати (n=10)		
	IPSS1	IPSS2	IPSS3	IPSS1	IPSS2	IPSS3
1 місяць	13%	79%	8%	0%	60%	40%
3 місяці	85%	15%	0%	20%	80%	0%

вираженістю дизуричних симптомів (8-19 балів), IPSS3 – з тяжкою (20-35 балів).

У всіх осіб обох груп (ЗП та ЧП) до операції спостерігався тяжкий ступінь дизуричних розладів (кількість балів за шкалою IPSS > 20), що і було показанням до відкритого хірургічного втручання. Як видно з наведених таблиць, серед чоловіків обох груп більш швидке зменшення дизуричних розладів відмічається у пацієнтів із помірно вираженими запальними явищами в простаті, а із значним запаленням залози частіше зберігалися симптоми порушення сечовипускання середнього та важкого ступеня. При аналізі отриманих даних прослідковується взаємозв'язок – більш виражене запалення простати – більша вираженість дизуричних симптомів у післяопераційному періоді.

У післяопераційному періоді в пацієнтів із вираженими ознаками запалення в групі ЗП кількість балів IPSS знижувалася швидше, у порівнянні з групою ЧП. Поряд з цим у групі ЧП навіть серед пацієнтів із помірно вираженим запаленням простати через один місяць після операції кількість чоловіків із середнім та важким ступенем IPSS значно переважала кількість чоловіків із легкими дизуричними розладами.

Середній об'єм передміхурової залози в пацієнтів з ознаками вираженого запалення її становив $45,2 \pm 11,1 \text{ см}^3$ ($M \pm m$, $n=21$), тоді як у пацієнтів з ознаками помірного запалення середній об'єм залози становив $51,3 \pm 11,2 \text{ см}^3$ ($n=62$). Проте різницю між цим показниками не можна вважати відносною ($p=0,05$).

При вивченні морфологічних змін (за даними автопсії) в усіх випадках у парапростатичній клітковині виявлені ознаки запалення та вогнища крововиливів. Такі ж явища спостерігались і в капсулі простати. Слід відмітити, що згідно з протоколами операцій у жодного з 7 хворих під час операції не було зафіксовано перфорації капсули простати і їм не проводили додаткового дренивання тазової клітковини. Отримані результати підтверджують дані про травматичність ЧП [6].

Висновки. 1. У 97% пацієнтів із ДГП спостерігаються запальні явища в тканині простати.

2. Наявність вираженого запалення простати погіршує відновлення функціонального стану нижніх сечових шляхів, внаслідок чого через 3 місяці після операції 45% пацієнтів, яким виконана ЗП, та 80% осіб, яким виконана ЧП, мають помірні дизуричні розлади.

3. При виконанні відкритої простатектомії з приводу ДГП, незалежно від методу операції, видаляється простатичний відділ уретри разом з сім'яним горбиком.

Перспектива подальших досліджень. Подальші дослідження даної проблеми можуть бути спрямовані на пошук адекватних методів передопераційної підготовки пацієнтів з активним запальним процесом у передміхуровій залозі.

Література. 1. Textbook of benign prostatic hyperplasia/ Kirby R, McConnell J., Fitzpatrick J.M. et al. – Oxford: Isis, 1996. – 566 p. 2. Барало І. В. Розробка алгоритмів вибору хірургічного лікування та післяопераційного спостереження і реабілітації хворих на аденому передміхурової залози: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.06/ Ін-т урол. та нефр. АМН України. – К., 1998. – 21 с. 3. Пивоваров П. П., Кубильос Х., Пушкарь А. М. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. – Винница: Изд-во “Тезис”, 1999. – 188 с. 4. Серняк П. С., Виненцов Ю. А., Шамраев С. Н., Кобец В. Г. Анализ результатов хирургического лечения больных аденомой предстательной железы// Матер. науч. тр. V Междунар. конгресса урологов. – Харьков: “Факт”. – 1997. – С. 173–177. 5. Miersch W. D. E., Bierhoff D., Morouzos C. A., Di Silverio F. BPH from molecular biology to patient relief// Monduzzi Editore. – 1996. – P. 35-40. 6. Чеканов С. Л. Морфологічні зміни в перипростатичній клітковині як можлива причина органічної копулятивної дисфункції після хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози// Одес. мед. ж.. Нові технології у навчальному процесі, теоретичній та клінічній медицині. – 1999. – №1. – С. 428-430.

ANATOMO-PHYSIOLOGICAL CORRELATIONS BETWEEN RETROPUBIC AND TRANSVESICAL PROSTATECTOMY FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

V.I. Zaitsev, Y.M. Kudriavtsev, I.I. Iliuk

Abstract. The results of the operative treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) by means of transvesical prostatectomy (TP) (n=51), retropubic prostatectomy (RP) (n=40) have been studied. The influence of prostatic inflammation on the results of surgical treatment of BPH has been investigated. It has been shown that BPH is accompanied by inflammatory phenomena in 97% of the cases. The presence of prostatic inflammation deteriorates the restoration of the functional state of the lower urinary tracts both after TP and RP. It has been proved that the prostatic portion of the urethra together with colliculus seminalis are removed while performing open prostatectomy (both TP and RP).

Key words: benign prostatic hyperplasia, prostatectomy, prostatitis.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
Regional Clinical Hospital (Sumy)

Buk. Med. Herald. - 2003. - Vol.7, №4. - P.66-69.

Надійшла до редакції 28.01.2003 року