

*Маматов Э.А., Бебезов Б.Х., Токтомушев А.Т., Искандерова И.К.*

**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПОЗАДИЛОННОЙ ВНЕПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*E.A. Mamatov, B.Kh. Bebezov, A.T. Toktomushev, I.K. Iskanderova*

**EFFICIENCY OF RETROPUBICAL EXTRAVESICAL ADENOMEC-TOMY IN CASES OF PROSTATE GLAND BENIGN HYPERPLASIA**

*В работе представлены результаты оперативного лечения 137 больных по поводу гиперплазии предстательной железы. Авторы усовершенствовали методику позадилоной внепузырной аденомэктомии и разработали меры профилактики осложнений ближайшего послеоперационного периода. Даны результаты симультанной операции.*

**Ключевые слова:** предстательная железа, гиперплазия, грыжи, оперативное лечение.

*In work results of operative treatment of 137 patients concern- ing benign hyperplasia of prostate gland are submitted. Authors have improved a technique of retropubical extravesical adenomec-tomy and have developed meas- ures of preventive maintenance of complications of the nearest postoperative pe- riod. Results of operation prostate in a combination with hernioplastics are given.*

**Key words:** prostate gland, hyperplasia, hernias, operative treatment.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из часто встречающихся заболеваний у мужчин в возрасте старше 50 лет и занимает второе место после мочекаменной болезни в урологических стационарах [5,7,8]. Это заболевание является одним из проявлений мужского “климакса” и характеризуется постепенной атрофией предстательной железы за счёт разрастания парауретральных желез и сдавления мочеиспускательного канала. Следствием этого является нарушение мочеиспускания, приводящее к компенсаторному повышению сократительной способности мочевого пузыря с последующей декомпенсацией, что, в свою очередь, приводит к появлению остаточной мочи, возникновению воспалительного процесса в мочевом пузыре, восходящего пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Лечение этого заболевания на протяжении многих лет остаётся одной из ведущих проблем урологии [2,3,4,6].

Попытки оперативного лечения ДГПЖ предпринимались ещё в 18 веке и постоянно совершенствовались методы, но наибольшее распространение получила чреспузырная аденомэктомия. В последние годы делается попытка лечения этого заболевания медикаментозными средствами, но до сих пор не выработаны чёткие показания к их применению, не определена длительность лечения, а взгляды на эффективность противоречивы.

Однако большая часть больных нуждается в оперативном лечении. Чреспузырная аденомэктомия

стала одним из ведущих методов, но она чревата множеством операционных и послеоперационных осложнений, несмотря на то, что многие этапы операции постоянно совершенствовались, модифицировались, широко применялась антибактериальная терапия, но всё это оказало лишь незначительное влияние на частоту осложнений и летальности в послеоперационном периоде.

Учитывая то обстоятельство, что у большинства больных ДГПЖ имеется множество сопутствующих и конкурирующих заболеваний, урологи стали использовать менее травматичные операции – это трансуретральную резекцию, рассечение предстательной железы, но и они не решили проблему, поскольку не являются радикальными и чреваты повторными оперативными вмешательствами. В последнее время урологи вновь обратили внимание на внепузырную позадилоную аденомэктомию, как более современную технологию лечения ДГПЖ.

**Целью данной работы является:** усовершенствовать отдельные этапы позадилоной внепузырной аденомэктомии и разработать меры профилактики воспалительных осложнений и обосновать её преимущества.

**Материал и методы исследования**

Материалом настоящей работы явились результаты лечения у больных, страдавших ДГПЖ различной стадии заболевания, у 14 из них ДГПЖ сочеталась с паховой грыжей. II степень ДГПЖ была у 81 (59,1%) и III у 56 (40,9%) пациентов. В обследовании больных помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки) использовали УЗИ предстательной железы, определение количества остаточной мочи, почечные и печёночные тесты. Операции сопровождались ингаляцией воздушно-кислородо-озонированной смеси и внутривенным введением 400 мл озонированного раствора поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл.

Техника операции была следующей: в надлобковой области делали поперечный дугообразный разрез кожи и апоневроза длиной 10-12 см, обнажали позадилоное пространство и тупфером освобождаем от жировой клетчатки переднюю и боковые стенки капсулы предстательной железы. Располагающуюся вену перед этим отделом уретры перевязываем и пересекаем. Затем на протяжении 2-3 см рассекаем в

поперечном направлении переднюю, а при необходимости частично боковые стенки капсулы предстательной железы и производим вылушивание аденоматозных узлов с пересечением слизистой оболочки уретры дистальнее места расположения аденомы. На дистальный край пересечённых передней и боковой стенок простатического отдела уретры, из сосудов которых преимущественно возникает кровотечение, накладываем 2-3 зажима и обвивными кетгутовыми швами осуществляем гемостаз. Затем производим электротермокоагуляцию кровоточащих сосудов.

Через наружное отверстие уретры в мочевой пузырь вводим катетер Фолея на дозированной тяге, а затем 4-5 швами продолжаем фиксацию передней полуокружности шейки мочевого пузыря к уретре и ушиваем поперечный разрез передней и боковой стенок её простатического отдела. Все эти этапы операции осуществляются под контролем зрения, что обеспечивает минимальную травматичность уретры. На операционном столе осуществляем промывание мочевого пузыря озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

При сочетании ДГПЖ с паховой грыжей выполняем и грыжесечение. Без дополнительного раздела выделяем фасцию наружной косой мышцы живота, наружное паховое кольцо, делаем разрез над фасцией наружной косой мышцы живота по ходу её волокон. Выделяем грыжевый мешок и иссекаем его, после чего выявляются размеры дефекта стенки пахового канала. После вскрытия и иссечения грыжевого мешка приступаем к пластике задней стенки пахового канала. Накладываем 3-4 шва (Z-или П-образные) на поперечную фасцию передней брюшной стенки, затем производим пластику задней стенки пахового канала. С этой целью нижний край внутренней косой мышцы живота и фасции наружной косой захватываем в шов и подшиваем к внутренней стороне паховой связки. Семенной канатик перемещается латерально и сверху над фасцией наружной косой мышцы живота. На всех этапах операции особое внимание уделяем тщательному гемостазу.

Выполнение симультанной операции незначительно удлиняло время и не утяжеляло состояние больных, но избавляло от повторного оперативного

вмешательства по поводу грыжи.

#### Результаты и их обсуждение

Применяя тщательный гемостаз и герметичное ушивание капсулы предстательной железы и уретры и применение озонированного раствора для орошения мочевого пузыря, мы не наблюдали такого осложнения как инфицирование тазовой клетчатки, орхоэпидимита, фуникулита, остейта. Мы отказались от вазорезекции, и это не увеличило число осложнений, сократили до одних суток орошение мочевого пузыря, которое осуществляли озонированными растворами, обладающими мощным противовоспалительным и бактерицидным действием на микробную флору. Начиная с 3-4 суток после операции выполняли лазерное облучение мочевого пузыря аппаратом «Милта», мощностью 1кГц, с 3 минут из 3-х точек проекции мочевого пузыря (1 передняя поверхность, 2 боковые). На курс лечения 3-4 процедуры. Уретральные катетеры удаляли на 6 сутки, а на 7 сутки выписывали больных домой. Мы, так же как и в свое время Г.П.Доброхотова [1] считаем, что профилактическими мерами остейта лобковых костей является щадящая оперативная техника (не рассекать мышц живота, лонно-простатической связки, избегать излишнего отделения клетчатки от мочевого пузыря), тщательное ушивание капсулы простаты, дренирование околопузырного пространства, борьба с инфекцией в мочевых путях.

В послеоперационном периоде, мы проследили за динамикой содержания лейкоцитов в моче и показателями почечных тестов, и сравнили с данными больных, которым мы не применяли озонированные растворы, озонкислородную смесь и лазерное облучение мочевого пузыря (рис. 1, 2, 3). При анализе полученных данных отметили преимущество наших мер профилактики.

В ближайшие сроки гнойно-септические, воспалительные и бронхолегочные осложнения не наблюдались вообще, что является немаловажным фактором в исходе заболевания.

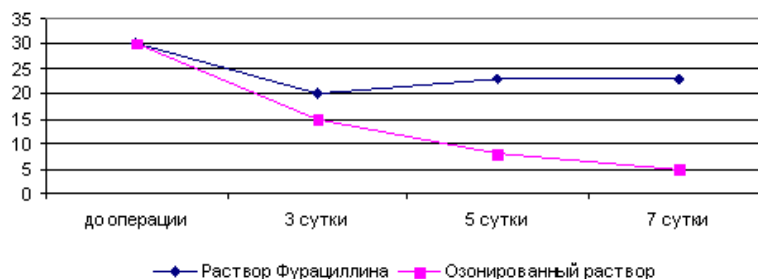


Рис. 1 Динамика содержания лейкоцитов в моче при использовании озонированных растворов и фурациллина.

Мы проследили за результатами оперативного лечения ДГПЖ в сроки от 6 месяцев до 3 лет, и при этом было установлено, такие осложнения как стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, недержание мочи возникают чрезвычайно редко (у 3 из 132 обследованных, что составило – 2,3%). Следовательно, опасность возникновения осложнений после этой операции значительно преувеличена, наши данные подтвердили это положение. Осложнения наблюдались редко и легко были устранимы. Благоприятно протекал послеоперационный период и после симультанных операций.

Анализируя результаты оперативного лечения больных с ДГПЖ с применением позадилонной внепузырной аденомэктомии у 137 больных с оценкой состояния мочевого пузыря и уретры, качества жизни больных и половой функции было установлено, что это связано с общим оздоровлением организма, разгрузкой мочевых путей от застоя мочи и инфекции, улучшением функции печени, почек, а осложнения составили 4,3% (инфильтраты в области операционной раны).

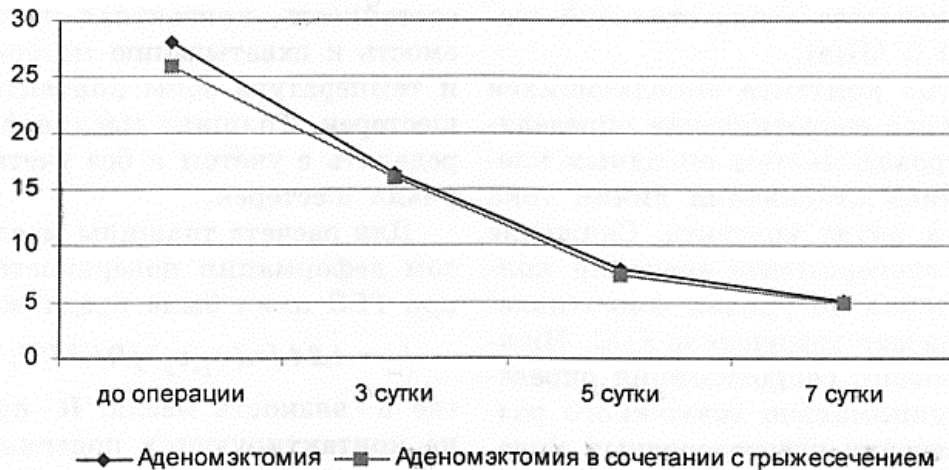


Рис. 2 Динамика почечных тестов после аденомэктомии и симультанных операций

Мы убедились в том, что позадилонная аденомэктомия должна применяться более широко, учитывая её положительные стороны: сокращение сроков пребывания больных в стационаре, малая травматичность операции, выполнение всех этапов операции под контролем зрения, уменьшение расходования перевязочного материала и белья и, пожалуй, самое главное – это снижение до минимума осложнений летальности. Такие результаты аденомэктомии можно признать вполне удовлетворительными, так как речь идет о возвращении к посильному труду людей пожилого и старческого возраста после длительного страдания и перенесённого ими оперативного вмешательства.

#### Выводы

1. Усовершенствование методики позадилонной внепузырной аденомэктомии с использованием оптимального дренирования мочевого пузыря обеспечивает благоприятные исходы в отдаленные сроки у 97,7% больных, и требует меньших материальных затрат в момент операции и в послеоперационном периоде.

2. При выполнении аденомэктомии методом выбора является перидуральная анестезия, особенно она эффективна при наличии сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, КБС, хронический бронхит, обменные нарушения).

3. Применение озонированных растворов в виде общей и местной озонотерапии в комплексе с лазерным облучением мочевого пузыря является хорошей профилактикой гнойно-воспалительных осложнений.

4. Выполнение аденомэктомии в сочетании с грыжесечением не оказывает отрицательного влияния на течение послеоперационного периода, незначительно удлиняет время операции, но зато избавляет больных от двух заболеваний.

#### Литература:

1. Доброхотова Г.П. Об остеитах лобковых костей //Урология. - Киев: Здоровья, 1978.-С.111-117.
2. Долгопятов Д.Г., Сегал А.С., Цыганко Л.В. Трансуретральная радио частотная термотерапия с использованием «Термекс» при доброкачественной гиперплазии простаты //Урология и нефрология. - 1995. - № 6. - С.48-50.
3. Камалов А.А., Аполихин О.И., Сивков А.В., Дорофеев С.Д., Кудрявцев Ю.В. Особенности трансуретральной электрорезекции простаты у больных, перенесших термальное (не эндоскопическое) лечение //Урология и нефрология. - 1998. - № 4. - С.40-42.
4. Кривобородов Г.Г., Коблов Н.Л., Маленко В.П., Трошин И.И. Отдаленные результаты локальной трансректальной гипертермии у больных с доброкачественной гипер-

- плазией простаты и ее осложнениями Урология и нефрология. - 1995. - № 6. - С.47-49.
5. *Лопаткин Н.А., Лоран О.Б., Вишневский Е.Л., Сулимов А.В., Вишневский А.Е.* Компьютерная программа поддержки лечебно-диагностического процесса у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы //Урология и нефрология.- 1997.- №6.- С.3-7.
  6. *Слуцкер Д., Ротбард М., Ниссенкюри А.* Трансуретральная гипертермия в лечении аденомы предстательной железы //Урология и нефрология. - 1994. – № 2. - С.32-36,
  7. *Тыналиев М.Т., Мамбетсз Ж.С., Сейитказиев К.К., Абдыкалыков М.Б.* Методы лечения недержания мочи. - Алматы, 2000. - С.359-360.
  8. *Усупбаев А.Ч., Аvasова Н.А., Сейитказиев К.К.* Анализ некоторых послеоперационных осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) при аденомэктомии и трансуретральной резекции //Актуальные вопросы урологии. – Бишкек, 2001. - С.42 - 44.