

УДК 616.61-089.841-05.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДКРИТОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ЛІКУВАННІ ЇЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ

*Шуляк О.В., Журавчак А.З., Грицина Ю.Р., Зайченко Н.О., Артищук О.М., Строй О.О., Личковський О.Е., Шеремета Р.З., Боржисівський О.А., Петришин Ю.С.*

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,

Міждорожний центр ендурології Клінічної лікарні Львівської залізниці

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, ендурологічні методи лікування ДГПЗ, відкрита простатектомія.

В останні роки в урологічній практиці значно ширше використовують ендоскопічні методи хірургічного лікування доброякісної гіперплазії (ДГ) передміхурової залози (ПЗ) [1 — 7, 9, 10]. Найчастіше виконують трансуретральну резекцію ПЗ (ТУРП) [1 — 4, 7, 8, 10]. Поряд з цим для хірургічного лікування ДГПЗ застосовують різні методи відкритої простатектомії (ВП) [1, 3, 4].

Метою дослідження було вивчення ефективності ВП та ТУРП залози в лікуванні ДГПЗ. ВП здійснювали пацієнтам за значного збільшення ПЗ та наявності протипоказань до ТУРП.

### Матеріали і методи дослідження

Перед втручанням всім пацієнтам проводили стандартне клінічне обстеження. Під загальним знеболюванням виконували операцію: відкриту аденомектомію за Фрейром. Перевагами цього методу вважаємо простоту виконання, мінімальне технічне забезпечення, можливість огляду порожнини сечового міхура, можливість виконання втручання без повної релаксації. Єдиним недоліком цієї методики є відносна складність зупинки кровотечі.

Перед виконанням ТУРП проводили стандартну уретроцистоскопію. Під спинномозковою анестезією пацієнтам вводили резектоскоп в сечовий міхур. Процедуру виконували при постійному введенні промивної рідини. Здійснювали резекцію спочатку середньої частки від перешийка до сім'яного горбка, далі — бічних часток від перешийка до сім'яного горбка, послідовними рухами йдучи спочатку проти годинникової стрілки від 11 до 7 год за циферблатом, потім за годинниковою стрілкою від 1 до 5 год, поки не видалили необхідного об'єму ПЗ. Підрівнюючими рухами завершували резекцію з метою досягнути бажаного розміру і форми порожнини. Резекцію проводили до перехресних волокон капсули ПЗ. Наприкінці операції вводили постій-

ний уретральний катетер 20–22 Ch, балон якого роздували залежно від об'єму та форми післяопераційної порожнини. При необхідності здійснювали тракцію та іригацію катетера сечового міхура ізотонічним розчином натрію хлориду.

ТУРП виконано у 968 пацієнтів з ДГПЗ. У середньому віком ( $66,84 \pm 4,48$ ) р. Об'єм ПЗ становив у середньому ( $66,9 \pm 7,3$ ) см<sup>3</sup>. Хірургічне втручання проводили з застосуванням резектоскопа Wolf і Storz. Електродіатермію здійснювали в операційному режимі.

Результати ВП проаналізовану у 846 пацієнтів з ДГПЗ віком у середньому ( $65,39 \pm 6,26$ ) року. Об'єм ПЗ становив у середньому ( $89,6 \pm 7,3$ ) см<sup>3</sup>.

Ефект хірургічного лікування оцінювали через 1, 4, 12 тиж та 12 міс після операції. Критерії ефективності: 1) максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q max); 2) кількість залишкової сечі (КЗС); 3) тривалість операції; 4) тривалість післяопераційної катетеризації; 5) гематокрит; 6) суб'єктивний стан хворого за шкалою IPSS; 7) частота інтра- та післяопераційних ускладнень.

### Результати та їх обговорення

#### 1) Q max

ТУРП до операції — ( $7,59 \pm 3,12$ ) мл/с; через 1 міс — ( $19,25 \pm 4,31$ ) мл/с; через 3 міс — ( $23,49 \pm 3,25$ ) мл/с ( $P < 0,01$ ); через 12 міс — ( $22,93 \pm 3,18$ ) мл/с ( $P < 0,01$ ). Гостра затримка сечі виникла у 163 хворих, їм уродинамічне дослідження не проводили.

ВП до операції — ( $8,06 \pm 2,96$ ) мл/с; через 1 міс — ( $18,96 \pm 3,44$ ) мл/с; через 3 міс — ( $23,72 \pm 2,86$ ) мл/с ( $P < 0,01$ ); через 12 міс — ( $20,56 \pm 3,41$ ) мл/с ( $P < 0,01$ ). Гостра затримка сечі виявлена у 209 хворих, їм уродинамічне дослідження не проводили.

#### 2) КЗС

ТУРП до операції — ( $75,31 \pm 19,49$ ) мл; через 1 міс — ( $38,23 \pm 13,81$ ) мл; через 3 міс — ( $30,49 \pm 14,22$ ) мл; через 12 міс — ( $33,16 \pm 17,43$ ) мл.

ВП до операції — (93,67±27,85) мл; через 1 міс — (42,11±18,44) мл; через 3 міс — (34,94±16,56) мл; через 12 міс — (26,83±15,18) мл.

3) Тривалість операції

ТУРП — у середньому 44,3 хв,

ВП — 53,8 хв

4) Тривалість післяопераційної катетеризації становила у середньому:

ТУРП — (46,7±7,2) год,

ВП — (127,3±11,7) год. В усіх пацієнтів сечовиділення було самостійне.

5) Гематокрит

ТУРП до операції — (44,27±3,41) мл/дл; через 24 год — (40,95±4,7) мл/дл;

ВП до операції (44,27±3,41) мл/дл; через 24 год — (39,25±4,9) мл/дл.

6) Стан хворого за шкалою IPSS

ТУРП до операції — (21,72±3,85) бала; через 1 міс — (8,53±2,17) бала; через 3 міс — (5,52±2,46) бала (P<0,01); через 12 міс — (5,87±2,92) бала (P<0,01).

ВП до операції — (22,83±4,61) бала; через 1 міс — (9,22±2,46) бала; через 3 міс — (6,63±2,17) бала (P<0,01); через 12 міс — (6,26±3,54) бала (P<0,01).

7) Ускладнення.

Після виконання ТУРП гематурію помірної інтенсивності спостерігали у 275 (28,5%) пацієнтів, з них 22 (2,3%) — була необхідна гемотрансфузія. Шість хворих померли внаслідок тромбоемболії легеневої артерії летальність становила 0,6%. ТУР-синдром спостерігали у 6 (0,6%) пацієнтів. Виконання повторної операції було необхідне 22 (2,3%)

пацієнтам в строк до одного року.

Нетримання сечі відзначено у 23 (2,4%) пацієнтів, мимовільне сечовипускання — у 69 (7,2%). Стриктур сечівника виникла через 3 міс у 6 (0,6%) пацієнтів, через 12 міс — у 7 (0,7%); склероз шийки сечового міхура — відповідно у 12 (1,2%) та 6 (0,6%).

Гострий орхоепідидиміт спостерігали у 9 (0,9%) пацієнтів, ретроградну еякуляцію — у 599 (61,9%).

Після виконання ВП гематурію помірної інтенсивності спостерігали у 456 (53,9%) пацієнтів, з них 22 (2,6%) — була необхідна гемотрансфузія. У 3 з цих хворих виконана повторна операція з приводу тампонади сечового міхура згустками крові. Помер 21 (2,48%) пацієнт даної групи, 10 (1,2%) — внаслідок тромбоемболії легеневої артерії. Повторна операція виконана в 11 (1,3%) хворих протягом 1 року.

У 6 (0,7%) пацієнтів виникла шлунково-кишкова кровотеча. Гострий тромбофлебіт вен нижніх кінцівок відзначено в 11 (1,2%) пацієнтів, інфекційно-запальні захворювання — у 93 (11%), уросепсис — у 9 (1%), гострий орхоепідидиміт — у 33 (4%), нагноєння операційної рани — в 11 (1,2%).

Стриктур сечівника виникла через 3 міс у 3 (0,35%) пацієнтів, через 12 міс — ще у 4 (0,47%); склероз шийки сечового міхура у 6 пацієнтів (0,7%).

Нетримання сечі спостерігали у 9 (1%) пацієнтів, мимовільне сечовипускання — у 102 (11,9%).

Отже ТУРП є найбільш ефективним методом лікування — ДГПЗ. ВП — ефективний метод лікування лише за великих розмірів ПЗ та неможливості здійснення ТУРП з різних причин.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Руководство по урологии* / Под. ред. Н.А.Лопаткина. — М.: Медицина, 1998. — 672 с.

2. *Delaere K.P.J., Debruyne F.M.J., Moonen W.A.* Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients // *Brit. J. Urol.* — 1983. — V. 55. — P. 225 — 228.

3. *Holtgrewe H., Mebust W., Dowd J., et. al.* Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in american urology. // *J.Urol.* — 1989. — V. 141. — P. 248 — 253.

4. *Internationale Consultations on BPH.Proceedings.* / Ed. A.T.K. Cockett. — Paris, 1991.

5. *Kabalin J.* Laser prostatectomy performed with a right angle firing neodymium: YAG laser fiber at 40 watts power setting // *J.Urol.* — 1993. — V.150. — P. 95 — 99.

6. *Kaplan S.* Transurethral electrovaporization of the prosta-

te: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia // *J.Urol.* — 1995. -V. 45. — P. 566 -572.

7. *Kelly M.J., Roscamp D., Leach G.E.* Transurethral incision of the prostate: a preoperative and postoperative analysis of symptoms and urodynamic findings. // *J Urol* 1989. - V. 142. — P. 1507 — 1509.

8. *Narayan P., Fournier G., Indudhara R., et. el.* Transurethral evaporation of the prostate (TUEP) with Nd:YAG laser using a contact free beam technique: results in 61 patients with benign prostatic hyperplasia. // *Urology.* — 1994. — V. 43.- P. 813—820.

9. *Orandi A.* Urological endoscopic surgery under local anesthesia; a cost reducing idia // *J. Urol.* — 1984. — V. 132. — P. 1146—1147.

10. *Soonawalla P.F., Pardani D.S.* Transurethral incision — versus transurethral resection of the prostate // *Brit. J. Urol.* — 1992.- V. 70. — P. 174 — 177.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТОЙ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ЕЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ**

**Шуляк А.В., Журавчак А.З., Грицина Ю.Р., Зайченко Н.А., Артышук О.М., Строй О.О., Лычковский О.Э., Шеремета Р.З., Боржиевский А.А., Петришин Ю.С.**

Трансуретральная резекция предстательной железы — наиболее эффективный метод лечения ее доброкачественной гиперплазии в связи с простотой выполнения, высокой эффективностью вмешательства, минимальной частотой интраоперационных и послеоперационных осложнений. Открытая простатэктомия — эффективный метод хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы при ее больших размерах и невозможности выполнения трансуретральной резекции.

## **COMPARATIVE ANALYSIS OF OPEN PROSTATECTOMY AND TRANSURETHRAL PROSTATE RESECTION IN ITS BENIGN HYPERPLASIA**

**Shulyak A.V., Zhuravtchak A.Z., Grytsyna Yu.R., Zaychenko N.A., Artyschuk O.M., Stroy O.O., Lychkovsky O.E., Sheremeta R.Z., Borzhyevsky A.A., Petryshyn Yu.S.**

Transurethral resection of prostate remains the most effective method of treatment its benign hyperplasia simple and high effective operational technique, minimal intra- and postoperational complications. Open prostatectomy remains the effective method in surgical treatment of benign prostatic hyperplasia in patients with great sizes of prostate and impossibility of transurethral resection performing.