

УДК 616.61-089.841-06

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ ІНЦИЗІЇ ШИЙКИ СЕЧОВОГО МІХУРА В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С. О. Возіанов¹, О. В. Шуляк², Ю. Р. Грицина³, Н. О. Зайченко³

¹ Інститут урології Академії медичних наук України,

² Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

³ Клінічна лікарня Львівської залізниці

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, трансуретральна інцизія шийки сечового міхура.

Проблема лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) залишається актуальною. Останніми роками у світовій практиці з'явилися різноманітні нові методи лікування ДГПЗ: лікування альфа-блокаторами, антиандрогенами, інгібіторами 5-альфаредуктази; трансуретральна інцизія простати (ТУІП), вапоризація простати, вапорезекція простати, балонна дилатація, гіпертермія, кріохірургія, термотерапія, простатичні стенти [1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 20]. «Золотим стандартом» лікування ДГПЗ, без сумніву, залишається трансуретральна резекція простати (ТУРП), але з цим втручанням пов'язані численні ускладнення — кровотеча, ТУР-синдром, інфекція, ретроградна еякуляція, еректильна дисфункція, нетримання сечі. Тому вивчення альтернативних методів хірургічного, ендоскопічного лікування ДГПЗ є важливим завданням сучасної урології [1–11, 13, 14, 16, 18, 20].

У багатьох дослідженнях зіставляли результати лікування пацієнтів, яким виконували резекцію збільшеної простати, і тих, кому виконано інцизію шийки сечового міхура (ІШСМ) або ТУІП, тобто порівнювали групи, де можна сподіватися на різні результати. Проведено, однак, кілька досліджень, які порівнюють ІШСМ і ТУРП та вивчають групи пацієнтів з подібним розміром передміхурової залози.

У 1987 році Orandi [15] описав дослідження 132 пацієнтів, яким рекомендували ІШСМ, але виконали як ІШСМ, так і ТУРП. Пацієнти обох груп мали однакові початкові показники об'ємного потоку сечі. Виявилося, що піковий потік сечі поліпшився з 8,2 до 13,7 мл/с у пацієнтів після ІШСМ та з 7,6 до 12,7 мл/с у хворих після ТУРП. Статистичної обробки даних не проведено, але результати виявились порівнянними. Дивує, що показник потоку сечі у пацієнтів після ТУРП не був вищим, ніж у пацієнтів після ІШСМ.

У дослідженнях Nielsen [12] пацієнти були добре згруповані за віком і розмірами простати.

Поліпшення симптомів було однаковим у хворих обох груп після 12-місячного спостереження — його реєстрували у 78 % пацієнтів після ТУРП та у 82 % пацієнтів після ТУІП. Nielsen відзначив статистично більш значуще поліпшення показника Q_{max} у пацієнтів після ТУРП, порівняно з пацієнтами після ІШСМ. Однак 87 % хворих після ІШСМ мали масу передміхурової залози понад 30 г (за даними пальцевого ректального дослідження), тобто вони становили групу пацієнтів, яким би не рекомендували ІШСМ. Незважаючи на це, показник Q_{max} у пацієнтів цієї групи підвищувався (з 5 до 10 мл/с) і всі пацієнти вважали операцію вдалою. Nielsen відзначає також значно меншу тривалість оперативного втручання, меншу кровотечу та меншу потребу в трансфузіях крові у разі ІШСМ [12].

Nellstrom та співавтори [5] порівняли унілатеральну ІШСМ та ТУРП у малій групі пацієнтів, але дослідження було дуже ретельним. Маса передміхурової залози була меншою за 30 г, її оцінювали за допомогою трансабдомінальної ультрасонографії. Динаміка симптомів була однаковою у пацієнтів обох груп. Та хоча показник Q_{max} збільшувався у хворих після ІШСМ (з 8,6 до 12,9 мл/с), не було підстав для висновку про статистичну значущість змін. Це могло бути наслідком недостатнього обсягу вибірки — тільки 11 хворих після ІШСМ та 13 хворих після ТУРП. Також зауважено, що тривалість оперативного втручання була значно меншою у разі ІШСМ, те саме і для кількості ліжко-днів [5].

Larsen та співавтори [19] порівняли результати ТУІП та ТУРП у рандомізованому дослідженні пацієнтів з масою простати до 20 г, яку оцінювали цистоскопічно. Використовуючи шкалу симптомів Madsen — Iversen, вони знайшли статистично значущі та подібні поліпшення симптоматики у двох групах, разом з однаковими змінами Q_{max} . Спостереження вели від 3 до 12 місяців після операції. Згодом у рандомізованому дослідженні

ТУРП і ТУІП порівнювали Bruskewitz та Christensen. Вони знайшли, що поліпшення симптомів однакове в обох групах. Показник Q_{\max} поліпшився після обох процедур: збільшився на 8,2 мл/с після ТУРП та на 5,6 мл/с після ТУІП [2].

У дослідженні Soonawall і співавторів [17] порівнювали результати ТУРП і ТУІП у 220 пацієнтів, яким розміри простати оцінювали за допомогою пальцевого ректального дослідження та цистоскопії (маса менша за 30 г). Автори виявили порівнянні результати зміни симптомів та зростання рівня Q_{\max} у двох групах хворих: з 8 до 19 мл/с після ТУІП та з 8 до 21 мл/с після ТУРП. Ці результати отримали, спостерігаючи пацієнтів протягом року та двох років. Після ТУРП трансфузія крові була потрібна 38 пацієнтам, а після ТУІП — не була потрібною жодному з пацієнтів [17].

Матеріали і методи

Описано багато методик ІШСМ та ТУІП, які передбачають унілатеральну і білатеральну інцизію на 4 та/або 8-й годинах [3, 10], 2 та 10-й годинах або на 6-й годині [4, 7], 5 та/або 7-й годинах [11, 13, 14], з інцизією простатичної тканини або без неї. Найчастіше застосовують методику ідентифікації вічка сечоводу з подальшою унілатеральною інцизією, яку виконують за допомогою діатермічного ножа (ніж Колінгза) або діатермічного електрода від вічка сечоводу між середньою та латеральною частками простати в напрямку сім'яного горбка. М'язи шийки сечового міхура розділюються інцизією за різними методиками, на різних годинах. Якщо простата значно збільшена, то інцизію виконують до капсули вниз, у напрямку до сім'яних пухирців. Ми вважаємо, що ІШСМ — це інцизія шийки сечового міхура без розрізання простатичної тканини до сім'яного горбка, а ТУІП — це інцизія шийки сечового міхура з тканиною простати до сім'яного горбка.

Перед ІШСМ проводили стандартну уретроцистоскопію. Пацієнтам під спинномозковою анестезією вводили резектоскоп у сечовий міхур. Під час процедури безупинно вводили промивну рідину. Ми виконували ІШСМ на 5, 7 та 12-й го-

динах розрізами, які починалися на 1,5–2,0 см нижче від вічок сечоводів. Наприкінці операції вводили постійний уретральний катетер 20–22 Ch. За потреби проводили тракцію катетера та іригацію сечового міхура фізіологічним розчином. ІШСМ виконали 32 пацієнтам з ДГПЗ. Середній вік пацієнтів був (62,31 ± 3,68) року. Середній об'єм передміхурової залози у пацієнтів — (33,6 ± 5,7) см³.

Ендоскопічне хірургічне втручання здійснювали за допомогою резектоскопа Wolf і Storz із спеціальними електродами. Електродіатермію застосовували в операційному режимі. Ефект хірургічного лікування оцінювали через 1, 4, 12 тижнів та через 12 місяців після операції. Застосовували такі критерії ефективності:

- тривалість операції;
- тривалість післяопераційної катетеризації;
- гематокрит;
- найбільша об'ємна швидкість потоку сечі (Q_{\max});
- кількість залишкової сечі (КЗС);
- IPSS;
- частота інтра- та післяопераційних ускладнень.

Результати

Середня тривалість операції — 7,7 хвилини.

Середня тривалість післяопераційної катетеризації — (17,2 ± 4,5) год.

Гематокрит у пацієнтів досліджуваної групи: до операції — (44,16 ± 2,81) мл/дл; через 24 год після операції — (44,14 ± 3,15) мл/дл.

Результати за критеріями найбільшої об'ємної швидкості потоку сечі, кількості залишкової сечі та IPSS наведено в табл. 1.

Гематурію помірної інтенсивності у ранньому післяопераційному періоді спостерігали у 2 (6,2%) пацієнтів, жодному з яких не була потрібна гемотрансфузія. ТУР-синдром не розвинувся в жодному випадку. Нетримання сечі не спостерігали. Склероз шийки сечового міхура виник через три місяці в 1 пацієнта (3,1%). Ретроградну еякуляцію відзначили у 2 (6,2%) пацієнтів. Повторна операція протягом року була потрібна 1 пацієнту (3,1%).

Таблиця 1

Динаміка показників Q_{\max} , КЗС, IPSS після інцизії шийки сечового міхура (n = 32)

Показник	До операції	Після операції		
		через 1 місяць	через 3 місяці	через 12 місяців
Q_{\max} , мл/с	7,90 ± 3,86	13,93 ± 2,85 *	16,74 ± 3,50 *	16,97 ± 3,83 *
КЗС, мл	75,63 ± 18,47	37,78 ± 16,29	29,41 ± 15,37	30,72 ± 12,52
IPSS, бали	18,96 ± 3,82	8,21 ± 3,37 *	6,46 ± 2,58 *	6,75 ± 2,78 *

* Відмінність від значення показника до операції статистично значуща, $p < 0,01$.

Висновки

Результати наших досліджень (32 пацієнти після ІШСМ) підтверджують ефективність ІШСМ у пацієнтів з ДГПЗ. ІШСМ — модифікація ТУРП, яка характеризується дуже простою технікою оперативного втручання. Ризик ІШСМ є

незначний: мінімальні інтраопераційні та післяопераційні ускладнення, коротка тривалість оперативного втручання. ІШСМ є методом вибору в лікуванні молодих пацієнтів з незначними розмірами передміхурової залози і з обструкцією саме в шийці сечового міхура.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. *Руководство по урологии* / Под. ред. Н. А. Лопаткина.— М.: Медицина, 1998.— 672 с.
2. *Bruskewitz R. C.* Critical evaluation of transurethral resection and incision of the prostate / R. C. Bruskewitz, M. M. Christensen // *Prostate*.— 1990.— Suppl. 3.— P. 27–38.
3. *Delaere K. P. J.* Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients / F. M. J. Debruyne, W. A. Moonen // *Br. J. Urol.*— 1983.— Vol. 55.— P. 225–228.
4. *Edwards L.* An objective comparison of transurethral resection and bladder neck incision in treatment of prostatic hypertrophy / L. Edwards, C. Powell // *J. Urol.*— 1982.— Vol. 128.— P. 325–327.
5. *Hellstrom P.* Bladder neck incision or transurethral electroresection for the treatment of urinary obstruction caused by a small benign prostate / P. Hellstrom, O. Lykkarinen, N. Konttari // *Scand. J. Urol. Nephrol.*— 1986.— Vol. 20.— P. 187–192.
6. *Internationale Consultations on BPH. Proceedings* / Cockett ATK et al., eds.— Paris, 1991.
7. *Jenkins J. D.* Bladder neck incision — a treatment for retention with overflow in the absence of adenoma / J. D. Jenkins, N. H. Allen // *Br. J. Urol.*— 1978.— Vol. 50.— P. 395–397.
8. *Kabalin J.* Laser prostatectomy performed with a right angle firing neodymium: YAG laser fiber at 40 watts power setting // *J. Urol.*— 1993.— Vol. 150.— P. 95–99.
9. *Kaplan S.* Transurethral electrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia // *J. Urol.*— 1995.— Vol. 45.— P. 566–572.
10. *Kelly M. J.* Transurethral incision of the prostate: a preoperative and postoperative analysis of symptoms and urodynamic findings / M. J. Kelly, D. Roscamp, G. E. Leach // *J. Urol.* 1989.— Vol. 142.— P. 1507–1509.
11. *Mobb G. E.* Long-term follow-up of unilateral bladder neck incision / G. E. Mobb, C. U. Moisey // *Br. J. Urol.*— 1988.— Vol. 62.— P. 160–162.
12. *Nielsen H. O.* Transurethral prostatotomy versus transurethral prostatectomy in BPH // *Br. J. Urol.*— 1988.— Vol. 61.— P. 435–438.
13. *Orandi A.* Transurethral incision of prostate (TUIP) — 646 cases in 15 years — a chronological appraisal // *Br. J. Urol.*— 1985.— Vol. 57.— P. 703–707.
14. *Orandi A.* Transurethral incision of prostate // *J. Urol.*— 1973.— Vol. 110.— P. 229–231.
15. *Orandi A.* Transurethral incision of prostate compared with transurethral resection of the prostate in 132 matching cases // *J. Urol.*— 1987.— Vol. 138.— P. 810–815.
16. *Orandi A.* Urological endoscopic surgery under local anesthesia; a cost reducing idia // *J. Urol.*— 1984.— Vol. 132.— P. 1146–1147.
17. *Soonawalla P. F.* Transurethral incision — versus transurethral resection of the prostate / P. F. Soonawalla, D. S. Pardani // *Br. J. Urol.*— 1992.— Vol. 70.— P. 174–177.
18. *Transurethral evaporation of the prostate (TUEP) with Nd: YAG laser using a contact free beam technique: results in 61 patients with benign prostatic hyperplasia* / P. Narayan, G. Fournier, R. Indudhara et al. // *Urology*.— 1994.— Vol. 43.— P. 813–820.
19. *Transurethral incision versus transurethral electroresection of the prostate for the treatment of benign prostatic hypertrophy* / E. H. Larsen, T. Dorflinger, T. C. Gasser et al. // *A preliminary Scand. J. Urol. Nephrol.*— 1987.— Vol. 104, Suppl.— P. 83–86.
20. *Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in american urology* / H. Holtgrewe, W. Mebust, J. Dowd et al. // *J. Urol.*— 1989.— Vol. 141.— P. 248–253.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ИНЦИЗИИ ШЕЙКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. А. Возианов, А. В. Шуляк, Ю. Р. Грицина, Н. А. Зайченко

Результаты наших исследований (32 пациента после ИШМП — инцизии шейки мочевого пузыря) подтверждают эффективность ИШМП у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. ИШМП — это модификация ТУРП, которая характеризуется простой техникой оперативного вмешательства. Риск в случае ИШМП незначительный: минимальные интраоперационные и послеоперационные осложнения, небольшая продолжительность оперативного вмешательства. Q_{\max} : до операции — $(7,9 \pm 3,86)$ мл/с; через 1 месяц после операции — $(13,93 \pm 2,85)$ мл/с ($p < 0,01$); через 3 месяца — $(16,74 \pm 3,50)$ мл/с ($p < 0,01$); через 12 месяцев — $(16,97 \pm 3,83)$ мл/с ($p < 0,01$); количество остаточной мочи: до операции — $(75,63 \pm 18,47)$ мл; через 1 месяц после операции — $(37,78 \pm 16,29)$ мл; через 3 месяца после операции — $(29,41 \pm 15,37)$ мл; через 12 месяцев после операции — $(30,72 \pm 12,52)$ мл; IPSS: до операции — $(18,96 \pm 3,82)$ балла; через 1 месяц после операции — $(8,21 \pm 3,37)$ балла ($p < 0,01$); через 3 месяца — $(6,46 \pm 2,58)$ балла ($p < 0,01$); через 12 месяцев — $(6,75 \pm 2,78)$ балла ($p < 0,01$). ИШМП является методом выбора в лечении пациентов молодого возраста с незначительными размерами предстательной железы и с обструкцией именно в шейке мочевого пузыря.

COMPARATIVE ANALYSIS OF TRANSURETHRAL BLADDER NECK INCISION IN THE BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA TREATMENT

S. O. Vozianov, O. V. Shuliak, Yu. R. Hrytsyna, N. O. Zaichenko

Results of our investigation (32 patients after BNI) confirm the effectiveness of BNI in patients with BPH. BNI is the modification of TURP, which characterized by simple technique of the intervention. The risk of BNI is insignificant: minimal intra- and postoperative complications and a short duration of surgical intervention. Q_{\max} : before surgery — (7.9 ± 3.86) ml/s; 1 mounce after surgery — (13.93 ± 2.85) ml/s ($p < 0,01$); after 3 months — (16.74 ± 3.50) ml/s ($p < 0,01$); 12 months — (16.97 ± 3.83) ml/s ($p < 0,01$); volume of residual urine: before operation — (75.63 ± 18.47) ml; 1 month after operation — (37.78 ± 16.29) ml; after 3 months — (29.41 ± 15.37) ml; 12 months — (30.72 ± 12.52) ml; IPSS: before operation — (18.96 ± 3.82) points; 1 month after operation — (8.21 ± 3.37) points ($p < 0,01$); after 3 months — (6.46 ± 2.58) points ($p < 0,01$); 12 mouns left — (6.75 ± 2.78) points ($p < 0,01$). BNI is indicated in the cases of small prostatic sizes, in «young» patients and with obstruction directly in the bladder neck.