



16–17 травня 2013 року відбулась
Всеукраїнська науково-практична конференція молодих учених і студентів з міжнародною участю
«Сучасні аспекти медицини та фармації – 2013»

УДК: 616.65-007.61-006.03-089.15:616-006.55-089]-06-021.272

Г.В. Бачурин¹, С.А. Попович¹, А.А. Попович², Е.Г. Нордио¹, А. Б. Унгурян²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ И ОТКРЫТОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи»

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия, предстательная железа, трансуретральная резекция, аденомэктомия.

Изучена частота осложнений трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. При трансуретральной резекции простаты возникает меньше кровотечений, инфекционно-воспалительных осложнений, отмечают меньшую длительность операций и более короткие сроки пребывания в стационаре, но чаще возникает острая задержка мочи или ее недержание, чем при открытой чреспузырной аденомэктомии.

Порівняльна характеристика частоти ускладнень трансуретральної резекції простати і відкритої чресміхурової аденомектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

Г.В. Бачурин, С.А. Попович, А.О. Попович, О.Г. Нордіо, О.Б. Унгурян

Вивчено частоту ускладнень трансуретральної резекції простати і відкритої чресміхурової аденомектомії у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози. При трансуретральній резекції простати виникає менше кровотеч, інфекційно-запальних ускладнень, відзначають меншу тривалість операцій і терміни перебування в стаціонарі, але частіше спостерігають гостру затримку сечі або її нетримання, ніж при відкритій чресміхуровій аденомектомії.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія, передміхурова залоза, трансуретральна резекція, аденомектомія.

Comparison of the rate of complications after TUEB and cystic prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia

G.V. Bachurin, S.A. Popovych, A.A. Popovych, H.G. Nordio, A.B. Unguryan

This article presents the study data of the rate of complications after Transurethral Enucleation of Prostate (TUEB) and transcystic prostatectomy. TUEB usage showed less bleeding, infection and inflammatory complications, shorter duration of the operation and hospital stay, but more often it had an acute urinary retention or incontinence than cystic prostatectomy.

Key words: benign prostatic hyperplasia, prostate, Transurethral Enucleation of Prostate, prostatectomy.

Самым распространенным заболеванием мочеполовой системы у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), или аденома простаты. Этиология заболевания до конца не ясна [8]. Существует несколько теорий возникновения ДГПЖ, в большинстве из них главное значение отводится возрастному нарушению гормонального обмена [2,8]. Наиболее часто заболевание диагностируют у мужчин пожилого возраста, но все же довольно часто ДГПЖ проявляется и у мужчин молодого возраста. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у мужчин в возрасте 40–49 лет частота возникновения ДГПЖ составляет 11,3%, а в возрасте 80 лет достигает 81,4% [3,6]. Отмечают, что с каждым годом жизни пожилого мужчины, его простата увеличивается в среднем примерно на 1 см³, а скорость мочеиспускания снижается на 0,2 мл в секунду.

Обзор научной литературы показал, что хирургическое удаление предстательной железы в возрасте 40–49 лет составляет около 13%, в возрасте 50–59 лет – около 24%, а у мужчин в возрасте старше 60 лет примерно в 39% случаев требуется хирургическое лечение. Таким образом, почти

40% мужчин оперируются в работоспособном возрасте, а около трети мужчин в возрасте 80 лет уже оперированы по поводу гиперплазии предстательной железы [1,6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений при трансуретральной резекции простаты (ТУР) и открытой аденомэктомии у больных ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни и опыте лечения 40 пациентов с ДГПЖ (средний возраст составил 67±2,4 года), которым в 2012 году выполнено оперативное лечение: 20 больным – трансуретральная резекция (ТУР), 20 пациентам – открытая аденомэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для каждого метода оперативного лечения ДГПЖ есть показания и противопоказания. Показаниями к выполнению открытой аденомэктомии являются наличие камней, опухоли и дивертикулов мочевого пузыря, большой объем предстательной железы (80 см³ и более).

Эндоскопическое вмешательство – ТУР (без вскрытия



мочевого пузыря) – выполняется, если имеет место тяжелая сопутствующая патология, не позволяющая провести открытую чреспузырную аденомэктомию, если объем железы не превышает 80 см³, а также у пациентов до 60 лет с сохраненной половой функцией.

Послеоперационные результаты лечения больных обеих групп, таких как длительность послеоперационного периода, количество послеоперационных осложнений и реабилитация больных зависят от выбранного метода оперативного лечения [5–7].

В *таблице 1* представлена сравнительная характеристика частоты осложнений ТУР и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных ДГПЖ.

Таблица 1
Сравнительная характеристика частоты осложнений ТУР и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных с ДГПЖ

Виды осложнений	ТУР	Открытая аденомэктомия
Кровотечение	1%	5%
Травма уретры и сфинктера	3%	1%
Инфекционно-воспалительные осложнения	4%	6%
Острая задержка мочи	5%	1%
Недержание мочи (краткосрочное)	5%	3%
Сохранение ирритативной симптоматики	2%	3%
Обострение пиелонефрита	1%	3%
Сроки пребывания больных в стационаре после операции, дни	5–6	10–11
Длительность операции, мин.	30–40	60–70
Летальность	0%	0%

Как видно из *таблицы 1*, каждый из методов хирургического лечения имеет свои преимущества и недостатки. Так, при ТУР кровотечений меньше (тем более, с тампонадой мочевого пузыря), значительно реже наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения, сокращается продолжительность оперативных вмешательств и сроки пребывания больных в стационаре. Недостатком открытой чреспузырной аденомэктомии является острая задержка мочи или ее недержание.

Сведения об авторах:

Бачурин Г.В., д. мед. н., доцент каф. урологии, лучевой диагностики и терапии ЗГМУ.

Попович С.А., студент V курса медицинского факультета ЗГМУ.

Попович А.А., врач высшей категории отделения эндоурологии и литотрипсии КУ «ГКБЭ и СМП».

Нордио Е.Г., ассистент каф. урологии, лучевой диагностики и терапии ЗГМУ.

Унгуриан А.Б., врач высшей категории, зав. отделением эндоурологии и литотрипсии КУ «ГКБЭ и СМП».

ВЫВОДЫ

В настоящее время основным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является оперативный, а трансуретральная резекция предстательной железы не уступает по эффективности открытой операции и в последнее время становится наиболее распространенным методом лечения ДГПЖ, который считается «золотым стандартом» оперативного лечения анализируемой патологии.

Трансуретральная резекция ДГПЖ значительно расширила показания к выполнению оперативного лечения и становится стандартной операцией не только при обычных, но и при больших размерах ДГПЖ. Данный метод оперативного лечения имеет меньше осложнений и сокращает сроки пребывания больных на стационарном лечении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Возіанов О.Ф.* Досягнення і проблеми урологічної допомоги населенню України / Возіанов О.Ф., Пасечніков С.П., Павлова Л.П. // Урологія. – 2001. – №4. – С. 3–6.
2. *Кудрявцев Ю.В.* Морфологические изменения в ткани предстательной железы при доброкачественной гиперплазии / Кудрявцев Ю.В., Сивков А.В. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. – №1. – С. 18–22.
3. *Лопаткин Н.А.* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Лопаткин Н.А., Сивков А.В. – М., 1999. – С. 99–102.
4. *Лопаткин Н.А.* Урология / Лопаткин Н.А. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 520 с.
5. *Сергиенко Н.Ф.* К вопросу о выборе способа операции при аденоме предстательной железы / Сергиенко Н.Ф., Бегаев А.И., Щекочихин А.В., Васильченко М.И. // Воен. мед. журнал. – 2006. – №7. – С. 38–42.
6. *Сивков А.В.* Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Сивков А.В. // Урология. Consilium Medicum. – 2002. – Приложение. – С. 9–18.
7. *Mebust W.* Transurethral prostatectomy: immediate and post-operative complications. Cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients / Mebust W., Holtgrewe H., Cockett A., Peters P. // J Urol. – 2002. – V. 167 (1). – P. 5–9.
8. *Roehrborn C.G.* Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia. Chapter 38 / Roehrborn C.G., McConnel J.D. // Campbell's Urology – 8th edition. – WB Saunders, 2002.

Поступила в редакцию 22.04.2013 г.