

Патент на корисну модель 56242 України, МПК (2011.01) А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену мегацистом / Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук, П.С. Вукалович, О.І. Яцина ; Національний інститут раку. – № u201006751 ; заявл. 01.06.2010 ; опубл. 10.01.2011. – Бюл. № 1.

Заявка відноситься до галузі медицини, а саме до урології і може знайти практичне застосування у лікуванні пацієнтів на пізній стадії доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ).

Останнім часом розроблено та успішно використовується велика кількість оперативних методів лікування ДГПЗ, що потребує глибшого початкового обстеження пацієнтів для вибору найбільш раціонального та економічно виправданого оперативного методу в кожній конкретній клінічній ситуації.

Пряма пропорційна залежність між хронічною затримкою сечі, атонією детрузора та порушенням іннервації пояснює відсутність ефекту від оперативного лікування ДГПЗ на пізній стадії, що визначає певну безвихідність з даної ситуації.

Відомий малоінвазивний спосіб хірургічного лікування ДГПЗ [1], який передбачає трансуретральну резекцію (ТУР) гіперплазованої залози і рекомендується у пацієнтів із помірно збільшеними залозами (30-60см³).

Недоліком цього способу є інтраопераційні кровотечі (0-35%), ТУР-синдром (1-3%), інфекційно-запальні ускладнення (4-20%), рецидивна затримка сечі (3-9%), нетримання сечі (30-40%), ретроградна еяколяція (більше 90%), у тому числі – незадовільні віддалені результати лікування у пацієнтів з декомпенсованою функцією детрузора.

Відомий ще один малоінвазивний спосіб хірургічного лікування ДГПЗ [2], який передбачає трансуретральне видалення гіперплазованої передміхурової залози, техніка якого включає коагуляцію, вапорезекцію, резекцію та диссекцію тканини, використовуючи силу лазерного випромінювання (постійного чи перемінного).

Недоліком цього способу є те, що незважаючи на отримані добрі симптоматичні результати, внутрішньоміхуровий тиск знижується лише на 13%, а при об'ємі простати більше 50см³, у 78% пацієнтів зберігається інфравезикальна обструкція і 30% з них потребують повторного оперативного втручання через незадовільне сечовипускання.

Прототипом запропонованого способу лікування є спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози [Стаховський Е. О. Керований гемостаз при простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози / Е. О. Стаховський, Ю. В. Вітрук, П. С. Вукалович, В. А. Котов // Хірургія України. – 2007. – №3. – С. 58-61], за яким виконують трансвезикальне видалення гіпертрофованої передміхурової залози, накладають на хірургічну капсулу простати кисетний шов, кінці якого виводять на передню черевну стінку та фіксують за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, окремо дренують сечовий міхур та ложе передміхурової залози по сечовипускному каналу.

Позитивним у прототипі є те, що така методика хірургічного втручання завдяки кисетному шву на шийку сечового міхура, компресії ложа простати балоном катетера Фолея і окремого дренивання ложа простати, передбачає профілактику післяопераційних кровотеч, сприяє швидкій регенерації ложа та попереджає гнійно-септичні ускладнення, відновлює внутрішній сфінктер сечового міхура, що знижує можливість виникнення нетримання сечі.

Недоліком прототипу є те, що у пацієнтів із декомпенсованою функцією детрузора (мегацист), залишаються наявні морфо-функціональні зміни з боку сечового міхура, що призводить до незадовільних віддалених результатів у вигляді залишкової сечі, періодичній появі ознак хронічного пієлонефриту, підвищення температури тіла та погіршення акту сечовипускання.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену декомпенсованою функцією детрузора шляхом доповнення оперативного втручання резекцією верхівки сечового міхура, що підвищує

ефективність лікування даного контингенту хворих – покращує максимальну швидкість сечовипускання, урофлоуметричний індекс, час сечовипускання та нормалізує ємкість сечового міхура.

Поставлена задача вирішується тиким чином:

Хворого укладають на операційний стіл в позі Тренделенбурга. Нижньосерединним розтином над симфізом послідовно розкривають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз, м'язи, виділяють передню стінку сечового міхура. Останній беруть на трималки і повздовжньо розкривають.

Методика резекції верхівки сечового міхура полягає в наступному: після проведення доступу до порожнини сечового міхура, виконуємо його екстраперитонізацію. Розсікаємо в поперечному напрямку поперечну фасцію і тупо відшаровуємо доверху передміхурову клітковину разом із очеревиною. Відсікаємо пупкову зв'язку і звільняємо сечовий міхур від очеревини. На сечовий міхур накладаємо (2-4) трималки, проводимо резекцію сечового міхура, що був покритий очеревиною.

Наступним етапом виконуємо черезміхурову аденометкомію по запропонованій методиці [3]. Після видалення гіперплазованої залози гемостаз проводять за допомогою накладання зйомного кисетного дексонового шва на шийку сечового міхура. Перший стіжок накладають на задню окружність (5-7годин), потім проксимальний кінець нитки проводять по лівій окружності (7-12годин), дистальний кінець нитки проводять по правій окружності шийки міхура (5-12годин). Наступним етапом кінці кисетного шва проводять через стінку сечового міхура на передню черевну стінку. По сечовипускному каналу в сечовий міхур на металевому провіднику одночасно вводять триходовий катетер Фолея та поліхлорвініловий дренаж. Дренаж встановлюють в ложе простати, а катетер Фолея в сечовий міхур. Кінці нитки кисетного шва фіксують на передній черевній стінці за допомогою системи турнікетів так, що вона утримує нитку в натягнутому стані. За допомогою кисетного шва, виведеного над лоном, виконують гемостаз та відокремлюють ложе простати від сечового міхура. Цілісність передньої стінки сечового міхура відновлюють

безперервно-вузловим швом. Через 12-16 годин після операції здійснюємо аспірацію виділень з ложа простати шляхом приєднання до дренажу активної аспірації. Кисетний шов послаблюється через 24-48 годин після операції шляхом видалення верхньої та середньої фіксаційних трубок. Гемостатичну нитку та уретральні дренажі видаляються на 3 добу після операції.

Клінічна апробація способу хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену мегацистом проведена у клініці пластичної та реконструктивної онкоурології Національного інституту раку при лікуванні 52 хворих.

Переконливим доказом ефективності застосування запропонованого способу лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену мегацистом є витяги з історій хвороб двох хворих.

1. Хворий Ф. 1944 р.н., медична карта стаціонарного хворого №10315, поступив у клініку 14.10.09р. зі скаргами на помірно виражені болі внизу живота, почашений, утруднений, болючий сечопуск, низький струмінь сечі, ніктурую до 4-5 разів за ніч. Індекс простат специфічних симптомів (I-PSS) – 35 балів, індекс якості життя, внаслідок наявних порушень сечовипускання (QoL) – дуже погано. УЗД візуалізувало: об'єм сечового міхура - 800мл, об'єм передміхурової залози - 57см³, залишкової сечі - 500мл, ознак розширення порожнистої системи нирок немає. Урофлоуметричні показники зазначали різке порушення сечовипускання, що характеризувалося тривалим часом сечовиділення – 102с та часом досягнення максимальної швидкості – 40с, низькою максимальною – 5,12мл/с та середньою – 2,45мл/с швидкістю сечовипускання. Встановлено діагноз: Гіперплазія передміхурової залози IIIст. Хронічна затримка сечі. Мегацист. Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Серцева недостатність – Iст. Після передопераційної підготовки, хворому виконана черезміхурова аденомектомія з резекцією верхівки сечового міхура. Тривалість операції – 75хв., крововтрата під час операції – 100мл, гемотранфузія під час операції та в ранньому

післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 7 добу після операції. Сечовипускання відновилося, сеча світла. Хворий виписаний у задовільному стані на амбулаторне лікування на 8 добу після операції. Урофлоуметричне дослідження через 3 місяці після операції вказувало на значне покращення показників, в порівнянні з доопераційними: так час сечовиділення – 19с, час досягнення максимальної швидкості – 4с, максимальна швидкість сечовипускання – 27,3мл/с, середня швидкість сечовипускання – 16,2мл/с. I-PSS – 8 балів, QoL – чудово. УЗД візуалізувало: об'єм сечового міхура - 275мл, залишкова сеча не визначається, ознак розширення порожнистої системи нирок немає.

2. Хворий Б. 1956 р.н., медична карта стаціонарного хворого №189, поступив у клініку 15.01.09р. зі скаргами на почашений, утруднений, болючий сечопуск, низький струмінь сечі, болі внизу живота та в попереку зліва, ніктурую до 5 разів за ніч. I-PSS – 34 балів, QoL – дуже погано. УЗД візуалізувало: об'єм сечового міхура - 1300мл, об'єм передміхурової залози - 89см³, об'єм залишкової сечі - 1000мл, ознаки розширення порожнистої системи лівої нирки. Урофлоуметричні показники до операції: час сечовиділення – 115с, час досягнення максимальної швидкості – 37с, максимальна швидкість сечовипускання – 4,98мл/с, середня швидкість сечовипускання – 2,6мл/с. Встановлено діагноз: Гіперплазія передміхурової залози Шст. Хронічна затримка сечі. Мегацист. Лівобічний уретерогідронефроз Пст. Ішемічна хвороба серця. Дифузний кардіосклероз. Серцева недостатність – 0ст. З метою ліквідації хронічної затримки сечі, стазу верхніх сечових шляхів та профілактики інфікування, для дренивання сечового міхура використали пункційну цистостому на 4 дні. Після передопераційної підготовки, хворому виконана черезміхурова аденомектомія з резекцією верхівки сечового міхура. Тривалість операції – 80хв., крововтрата під час операції – 75мл, гемотрансфузія під час операції та в ранньому післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без

ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 6 добу після операції. Сечовипускання відновилося, сеча світла. Хворий виписаний у задовільному стані на амбулаторне лікування на 7 добу після операції. Урофлоуметричне дослідження через 3 місяці після операції: час сечовиділення – 20с, час досягнення максимальної швидкості – 3с, максимальна швидкість сечовипускання – 31,4мл/с, середня швидкість сечовипускання – 17,8мл/с. I-PSS – 7 балів, QoL – добре. УЗД візуалізувало: об'єм сечового міхура - 280мл, залишкова сеча не визначається, ознак розширення порожнистої системи нирок немає.

Джерела інформації, взяті до уваги при експертизі:

1. Marszalek M. Transurethral resection of the prostate / M. Marszalek, A. Ponholzer, M. Pusman [et al.] // Eur. Urol. Suppl. – 2009. – N8 (6). – P. 504-512.
2. Kuntz RM. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial / RM. Kuntz, K. Lehrich, SA. Ahyai // Eur Urol. – 2008. – N53. – P. 160-8.
3. Патент на винахід 78935, України, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози за Е. О. Стаховським / Е. О. Стаховський, Ю. В. Вітрук. - № а200512149. Заяв. 19.12.2005; Опубл. 25.04.2007. - Бюл. № 5