

Патент на винахід 78935 України, МПК (2006) А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози за Е.О. Стаховським / Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук ; Інститут урології ВМН України. –№ а200512149 ; заявл. 19.12.2005 ; опубл. 25.04.2007. – Бюл. № 5.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози відноситься до медицини, а саме до урології і може знайти практичне застосування у лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози на різних стадіях захворювання.

Згідно епідеміологічних досліджень доброякісна гіперплазія передміхурової залози є досить поширеним захворюванням, яке зустрічається у чоловіків середнього, похилого та старшого віку. З віком частота цього захворювання збільшується до 90%. У зв'язку із збільшенням кількості чоловіків похилого та старечого віку, в структурі населення планети проблема доброякісної гіперплазії передміхурової залози стає ще гострішою. Важливими передумовами добрих результатів оперативного лікування аденоми більшість урологів вважає надійність гемостазу як під час операції, так і в післяопераційному періоді та профілактику запальних ускладнень та пізніх кровотеч. Багаторічний досвід лікування цього захворювання, наявність інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, велика кількість незадовільних віддалених результатів примушують багатьох авторів вишукувати нові та вдосконалювати вже наявні методи лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Відомий спосіб хірургічного лікування аденоми передміхурової залози (1), який передбачає після видалення аденоми накладання трьох П-подібних гемостатичних ниток на шийку сечового міхура, виведення їх разом з двома поліхлорвініловими дренажами із сечового міхура по уретрі назовні та прикріплення до гемостатичних ниток ваги 300-500 г. Поліхлорвінілові дренажі встановлюють в порожнині сечового міхура, до яких приєднується

промивна система для зрошування сечового міхура антисептиком. Гемостатичні нитки видаляють на 3-й день після операції, а уретральні поліхлорвінілові дренажі на 7-й день

Недоліком цього способу є те, що він не передбачає дронування післяопераційного ложа простати, а тягар, який прикріплений до гемостатичних ниток, обмежує рухливість хворого після операції, видалення ниток на 3 добу супроводжується больовим синдромом та помірною кровотечею, а видалення уретральних дренажів на 7-й день збільшує післяопераційний ліжкодень; наявність кров'яних згустків в ложі простати веде до інфікування та післяопераційних ускладнень – кровотечі, запалення яєчок та їх придатків.

Відомий спосіб хірургічного лікування аденоми передміхурової залози (2), який передбачає ушивання судин ложа простати, які кровоточать, окремими кетгутувими швами та дронування сечового міхура катетером Фолея.

Недоліком цього способу є те, що таке ушивання судин ложа простати не є надійним, гемостатичні шви призводять до ішемії міхурово-уретрального сегменту і, як наслідок, до контрактури шийки міхура та склерозу простати. Відсутність дронування ложа простати сприяє виповненню його кров'яними згустками, виникненню запального процесу та пізніх ускладнень у вигляді кровотечі, орхоепідіміту, уретриту.

Відомий також спосіб гемостазу при аденомектомії з глухим швом (3), що взятий за прототип, який полягає в трансвезикальному видаленні гіпертрофованої передміхурової залози, дронуванні сечового міхура по сечовипускному каналу та накладанні на хірургічну капсулу простати кисетного шва, кінці якого за допомогою спеціальної голки паралельно задній частині уретри виводять на промежину, де зав'язують на марлевому тампоні.

Недоліком цього методу є те, що проведення кінців ниток паралельно задній частині уретри досить складне із-за кровотечі та післяопераційної

деформації задньої частини сечовипускного каналу. Виконання цієї маніпуляції потребує використання спеціальної голки, а проведення кінців ниток на промежину може супроводжуватись пошкодженням прямої кишки, сечовипускного каналу, зовнішнього сфінктера уретри. Зав'язування кінців ниток на марлевому тампоні не дає змогу відновити гемостаз в разі виникнення кровотечі після послаблення кисетного шва. Утворені згустки в ложі при довгому застої інфікуються і призводять до виникнення післяопераційних ускладнень.

Відомо, що одним із важливих показників успішної зупинки кровотечі під час та після операції з приводу аденоми простати є скоротливість хірургічної капсули і помітне зменшення аденоматозного ложа. Для попередження післяопераційних інфекційних ускладнень необхідно виключити можливість застою крові в сечовому міхурі та ложі простати.

В основу винаходу покладено завдання вдосконалити спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози шляхом накладання на шийку сечового міхура зйомного кисетного шва, кінці якого виводять на передню черевну стінку, де фіксують і натягують за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, та дренивання ложа передміхурової залози проводять по сечовипускному каналу, що підвищує ефективність оперативного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та скорочує післяопераційний ліжкодень.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який полягає в трансвезикальному видаленні гіпертрофованої передміхурової залози та дрениванні сечового міхура по сечовипускному каналу, згідно з винаходом, на шийку сечового міхура накладають зйомний кисетний шов, кінці якого виводять на передню черевну стінку, фіксують і натягують їх за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, а ложе передміхурової залози дрениють по сечовипускному каналу, що дає змогу контролювати гемостаз у післяопераційному періоді.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози виконують таким 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. Аденому видаляють пальцевим вилущуванням. Гемостаз проводять за допомогою накладання кисетного шва (дексон 2-00) на шийку сечового міхура. Перший стіжок накладають на задню окружність (5-7 годин), потім проксимальний кінець нитки проводять по лівій окружності (7-12 годин), дистальний кінець нитки проводять по правій окружності шийки міхура (5-12 годин) (Рис.1).

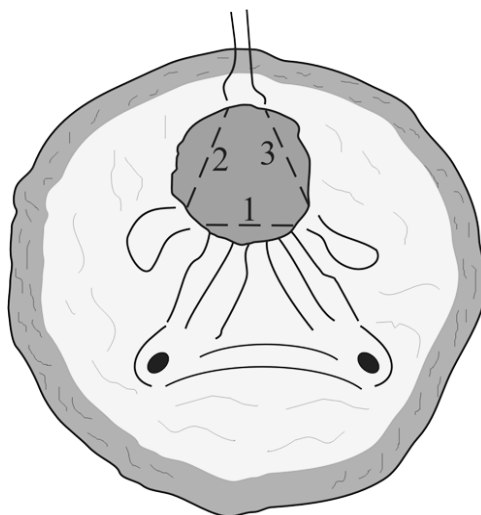


Рис.1. Проведення кисетного шва на шийку сечового міхура.

Наступним етапом кінці кисетного шва проводять через передню стінку сечового міхура на передню черевну стінку. По сечовипускному каналу в сечовий міхур на металевому провіднику одночасно вводять 3-х ходовий 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 (Рис.2).

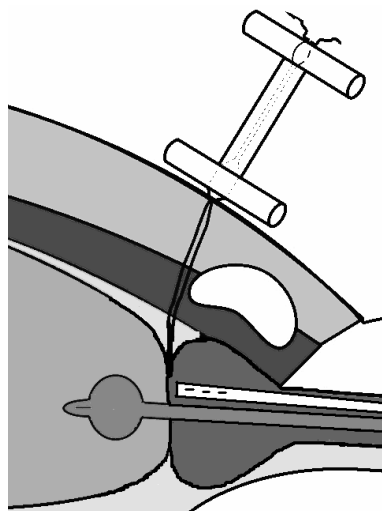


Рис.2. Відокремлення ложа простати від порожнини сечового міхура

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 (Рис.3).

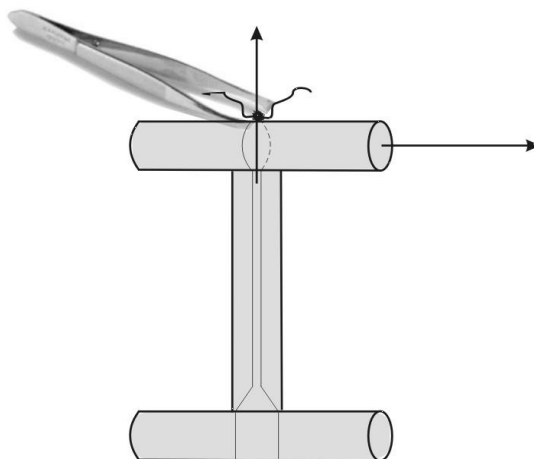


Рис.3. Послаблення кисетного шва

Гемостатичну нитку та уретральні дренажі видаляються на 3 добу після операції (Рис.4). Відновлення сечовипускання характеризується дизурією, яка з кожним днем зменшується.

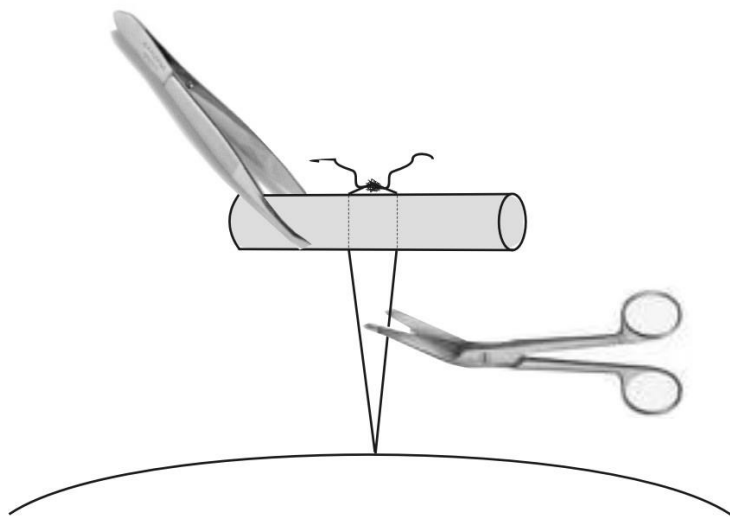


Рис.4. Видалення кисетної гемостатичної нитки

Дана методика, завдяки кисетному шву на шийку сечового міхура, компресії ложа простати балоном катетера Фолея і окремого дронування ложа простати, передбачає профілактику післяопераційних кровотеч, сприяє швидкій регенерації ложа та попереджає гнійно-септичні ускладнення, відновлює внутрішній сфінктер сечового міхура, що знижує виникнення нетримання сечі.

Запропонована система гемостазу дозволяє при його неадекватності виконати наступні дії – затягнути кисет, роздути балон катетера Фолея та прифіксувати до нього тягар, активізувати аспірацію із ложа простати, ці дії будуть попереджувати гемотампонаду сечового міхура.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози використано у клініці пластичної та відновної урології інституту урології АМН України при лікуванні 243 хворих на доброякісну гіперплазію простати. Під час операції об'єм інтраопераційної крововтрати в середньому складав 70 мл (від 30 до 150 мл), загальний час операції – 40 хв. (від 30 до 50 хв.).

Наводимо приклад застосування запропонованого способу.

Приклад. Хворий П., і.х. № 2038212043, 1937 р.н. поступив у клініку 08.08.03 р. зі скаргами на неможливість самостійного сечовипускання, наявність уретрального катетеру з 15.07.03 р. Діагноз: Доброякісна

гіперплазія передміхурової залози III ст. Гостра затримка сечі. Ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Серцева недостатність – I ст. Після встановлення діагнозу та передопераційної підготовки, хворому виконана черезміхурова аденомектомія запропонованим способом. Операція тривала 40 хв., крововтрата під час операції становила 50 мл, гемотрансфузія під час операції та в ранньому післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 5 добу. Сечовипускання відновилося, сеча світла. Хворий виписаний у задовільному стані на 6 добу. Обстежений через 3 місяці після операції. Сечовипускання вільне, самостійне. Даних за порушення сечовипускання немає. Якість свого життя розцінює як "задовільне".

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити ступінь операційного ризику аденомектомії шляхом створення керованого гемостаза, що дозволить зменшити вірогідність виникнення післяопераційних інфекційних ускладнень та скоротити післяопераційний ліжкодень. Ефективність способу 100%.

Джерела інформації, взяті до уваги при експертизі:

1. Карпенко В.С., Богатов О.П. Хирургия аденомы предстательной железы. - Киев, 1981.- 168 с.
2. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы.- М.: Медицина, 1974.- 180 с..
3. Новиков А.М. К методике гемостаза при аденомэктомии с глухим швом //Тезисы докладов II конференции урологов Белорусской ССР.- Минск, 1974.- С.128-129.