

УДК 616.65-006.55-089:616-005.1-043.65

В. Г. Адащик¹, Ю. Т. Булдык², Г. А. Щетко³

¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»,

³Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Минск, Республика Беларусь

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ТУРП)

Введение

Операция ТУРП на сегодняшний день является «золотым стандартом» хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и рекомендуется Европейской ассоциацией урологов при ДГПЖ любого объема [1].

В Республике Беларусь выполняется большое количество трансуретральных резекций простаты у пациентов с ДГПЖ (таблица 1) [2].

Таблица 1 – Количество операций при доброкачественной гиперплазии предстательной железы в Республике Беларусь за 2017–2019 гг., абс., (%)

Год	Всего оперировано	ТУРП	Открытая аденомэктомия	Лазерная энуклеация
2017	2744	1655 (60,3%)	1089 (39,7%)	0
2018	3093	1825 (58,9%)	1241 (40,1%)	28 (0,9%)
2019	3000	1813 (60,4%)	1158 (38,6%)	29 (1%)
Всего	8837	5293 (59,9%)	3488 (39,5%)	57 (0,6%)

Согласно результатам исследований с максимальной длительностью наблюдения пять лет ТУРП значительно улучшает среднюю скорость мочеиспускания (Qmed +162%), снижает средний показатель IPSS на 70%, увеличивает средний показатель индекса качества жизни (+69%), а также уменьшает объем остаточной мочи на 77% [3].

За последние годы частота осложнений и летальных исходов после ТУРП значительно снизилась (11,1% и 0,1% соответственно) [4].

По результатам современных рандомизированных контролируемых испытаний выявлены следующие осложнения: частота значимых кровотечений – 2% (диапазон 0–9%), острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) после операции – 4,5% (0–13,3%), ТУР-синдром – 0,8% (0–5%), тампонада мочевого пузыря – 4,9% (0–39%), инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) – 4,1% (0–22%) [5].

К наиболее значимым отдаленным осложнениям относятся: формирование стриктур уретры, недержание мочи, ОЗМ, инфекция МВП, склероз шейки мочевого пузыря, ретроградная эякуляция и эректильная дисфункция [6].

Цель

Изучить ранние и поздние осложнения после ТУРП в УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко» г. Минска.

Материалы и методы исследования

Для получения новых данных о частоте ранних и поздних осложнений после ТУРП в период 2016–2018 гг. проведен ретроспективный анализ данных 1194 историй болезней пациентов в УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко». Установлено, что трансуретральных резекций простаты выполнено 762 (66,4%), открытых чреспузырных аденомэктомий – 432 (33,6%).

Средний возраст пациентов, подвергшихся ТУРП, составил 68,12±0,29 лет. Объем простаты у пациентов, пролеченных методом ТУРП, составил 51,70±0,56 см³. Длительность хирургического вмешательства – 82,83±1,07 мин. У 282 пациентов (37,0%) до трансуретральной резекции была установлена троакарная цистостома по поводу задержки мочеиспускания. Конкременты мочевого пузыря были выявлены у 69 пациентов (9,1%). Средний койко-день пребывания в стационаре составил 13,98±0,22 дня.

Результаты исследования и их обсуждение

Ранние послеоперационные осложнения, которые развились в первые 30 сут после ТУРП оценивались по классической хирургической шкале Clavien – Dindo.

Установлено, что лихорадка после операции возникла у 49 пациентов (6,4%).

Острый орхоэпидидимит, купированный назначением антибактериальной терапии, применением полуспиртовых компрессов и нестероидных противовоспалительных средств, выявлен у 17 пациентов (2,2%) после операции.

Трансфузия эритроцитов с целью восполнения кислородной емкости крови проводилась у 21 пациента (2,8%) после трансуретральной резекции простаты.

Осложнение III А степени (ОЗМ) выявлено у 30 пациентов (4,1%). Задержка мочеиспускания ликвидирована установкой уретрального катетера на 3 сут и назначением тамсулозина.

Осложнения III В степени, потребовавшие проведения повторного хирургического вмешательства под общей анестезией, после ТУРП наблюдались у 28 пациентов (3,6%). При этом открытая операция выполнялась у 7 пациентов (0,9%), повторная ТУР – у 12 пациентов (1,6%), эндоскопический гемостаз – у 4 пациентов (0,5%), орхэктомия по поводу острого орхоэпидидимита – у 5 пациентов (0,6%).

Осложнений IV и V степени в обеих группах не зарегистрировано.

Отдаленные осложнения после трансуретральной резекции оценивались в сроки 1–12, 12–24, более 24 мес. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Отдаленные осложнения после ТУРП, абс., (%)

Отдаленное осложнение	ТУРП n=762
Стриктура уретры	20 (2,7) – 1–12 мес. 2 (0,2) – 12–24 мес. 2 (0,3) – >24 мес. ИТОГО: 24 (3,2)
Склероз шейки мочевого пузыря	13 (1,7) – 1–12 мес. 3 (0,4) – 12–24 мес. 3 (0,4) – 24 мес. ИТОГО: 19 (2,5)
ОЗМ	2 (0,3) – 1–12 мес.

Стриктура уретры в отдаленном периоде после ТУР простаты возникла у 13 пациентов (1,7%) и была ликвидирована путем внутренней оптической уретротомии. У 11 пациентов (1,5%) в сроки 1–24 мес. сформировалась непротяженная стриктура уретры, устраненная методом бужирования.

Склероз шейки мочевого пузыря, устраненный методами трансуретральной инцизии, возник у 4 пациентов (0,5%), а методом ТУР – у 15 пациентов (2,5%).

Острая задержка мочеиспускания наблюдалась у 2 пациентов (0,3%) в сроки 1–12 мес. после ТУРП. Устранена путем установки троакарной цистостомы.

Выводы

Ранние послеоперационные осложнения по шкале Clavien – Dindo возникли у 146 пациентов (19,1%). Трансфузия эритроцитов понадобилась 21 пациенту (2,8%) после ТУРП, а серьезные осложнения III В степени, потребовавшие выполнения повторного оперативного вмешательства, наблюдались у 28 пациентов (3,6%).

К наиболее значимым отдаленным осложнениям после ТУРП относятся стриктурная болезнь уретры и развитие склероза шейки мочевого пузыря. Установлено, что стриктура уретры возникла у 24 пациентов (3,2%), склеротические изменения – у 19 пациентов (2,5%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) [Electronic resource] / S. Gravas [et al.]. – 2019. – Mode of access: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-the-Management-of-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2019.pdf>. – Date of access: 29.05.2023.
2. Клиническая эффективность оценки риска прогрессии ДГПЖ / Д. М. Ниткин [и др.] // Тезисы III Полесского урологического форума, Гомель, 6–7 июня 2019 г. – [Опубл. в журн.] Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9, № 3. – С. 388–390.
3. Bipolar transurethral resection of the prostate--technical modifications and early clinical experience / J. Rassweiler [et al.] // Minim. Invasive Ther. & Allied. Technol. – 2007. – Vol. 16, № 1. – P. 11–21.
4. Is transurethral resection of the prostate still justified? / S. Madersbacher [et al.] // BJU Int. – 1999. – Vol. 83, № 3. – P. 227–237.
5. Plasmakinetic enucleation of the prostate compared with open prostatectomy for prostates larger than 100 grams: a randomized noninferiority controlled trial with long-term results at 6 years / S. Chen [et al.] // Eur. Urol. – 2014. – Vol. 66, № 2. – P. 284–291.
6. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients / I. Varkarakis [et al.] // Urology. – 2004. – Vol. 64, № 2. – P. 306–310.

УДК 616.65-006.55-089:616-005.1-043.65

В. Г. Адащик, А. В. Строцкий, Т. А. Летковская

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛОЖА ПРОСТАТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ИЗ ОТКРЫТОГО ДОСТУПА

Введение

С целью гемостаза при аденомэктомии из открытого доступа разработаны многочисленные методики: наложение съёмных и постоянных лигатур на ложе простаты,