

На правах рукописи
УДК 616.65-007.61-089

КОМЛЕВ Дмитрий Леонидович

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

14.00.40 - урология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2004

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте урологии
Министерства Здравоохранения Российской Федерации и
Ярославской областной клинической больнице

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

А.А. Камалов

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Л.М. Горилловский

доктор медицинских наук, профессор

В.В. Борисов

Ведущее учреждение:

Московский Областной научно-исследовательский институт
им. М.Ф. Владимирского.

Защита состоится «12» октября 2004 года в ___ часов на
заседании Диссертационного совета Д 208.056.01 при НИИ урологии
МЗ РФ по адресу: 105425, Москва, 3-я Парковая ул., дом 51.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ урологии МЗ
РФ.

Автореферат разослан «___» _____ 2004 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета

доктор медицинских наук

Т.С. Перепанова

Актуальность темы

За последние годы в клиническую практику внедрены множество эндоскопических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, одного из самых распространенных урологических заболеваний. Несмотря на это основными оперативными методами лечения этого заболевания остаются трансуретральная резекция и открытая чреспузырная аденомэктомия.

Трансуретральная резекция широко внедрена в клиническую практику (Лопаткин Н.А., Симонов В.Я., 1981) и по праву считается "золотым стандартом" оперативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты (Reynard J., Abrams P., 1992). Как любой оперативный метод она не лишена осложнений: инфекционно-воспалительные, геморрагические, развитие стриктуры уретры, склероза шейки мочевого пузыря и т.д.

При лечении доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров основным оперативным методом является чреспузырная аденомэктомия (Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., 1993, Степанов В.Н., Чеченин М.Г., 1993).

Несмотря на ее высокую эффективность, процент осложнений в послеоперационном периоде выше по сравнению с эндоскопическими вмешательствами. Так после аденомэктомии общее количество осложнений составляет от

12,5% до 23,02% (Карпенко В.С., Богатов О.П., 1981), по данным Roehrborn C.G. (1996) этот показатель достигает 38,5 %. После трансуретральной резекции частота послеоперационных осложнений варьирует от 14,95% (McConnell J. и др., 1994) до 18% (Melhior J. и соавт. 1974, Mebust W.K. и соавт., 1989, Roehrborn C.G., 1996). Осложнения различаются и по структуре, так в отдаленном послеоперационном периоде аденомэктомии частота встречаемости склероза шейки мочевого пузыря от 2,9% (Cattolica E.V., Sidney S., Sadler M.C., 1997) до 7,1% случаев (Гориловский М.Л., 1996, Братчиков О.И., 1998), а стриктуры уретры до 5,1% (Cattolica E.V., Sidney S., Sadler M.C., 1997), тогда как после трансуретральной резекции эти показатели составляют от 0,77% (Edwards L.E. и др., 1985) до 1,7% (Mearini E., Marzi M. et al, 1998) и от 2,6% (Гринев А.В., Сердюцкий В.Е., 1993) до 7,14% (Bruskewitz R.C. и др., 1986) случаев соответственно. Большинство осложнений аденомэктомии в отдаленных сроках требуют коррекции исключительно с помощью эндоскопического лечения (Mearini E. et.al, 1998).

Несмотря на имеющиеся научные исследования Лопаткина Н.А., Мартова А.Г., Карпенко В.С., Гринева А.В., Братчикова О.И., Roehrborn C.G., Edwards L.E., Bruskewitz R.C. по проблеме возникновения осложнений в послеоперационном периоде чреспузырной аденомэктомии и трансуретральной резекции остаются ряд нерешенных вопросов: установление

причин развития осложнений в послеоперационном периоде, связь их с морфологическим строением предстательной железы, зависимость развития осложнений отдаленного периода от течения раннего послеоперационного периода.

Поэтому анализ результатов лечения больных доброкачественной гиперплазией простаты после различных оперативных вмешательств в различные сроки после операции с учетом всех факторов: уродинамических нарушений, морфологических особенностей предстательной железы, ее размеров, консистенции и др. позволит определить их эффективность, выявить причины осложнений и неудовлетворительных результатов и разработать меры их профилактики. Все вышеизложенное определяет актуальность темы.

Цель работы:

Улучшение результатов оперативного лечения больных доброкачественной гиперплазией простаты.

Задачи:

1. Оценить клиническую эффективность трансуретральной резекции простаты и чреспузырной аденомэктомии у больных доброкачественной гиперплазией простаты в отдаленные сроки после операции (5-10 лет).

2. Провести сравнительный анализ результатов влияния трансуретральной резекции и чреспузырной аденомэктомии на симптомы нижних мочевых путей у больных доброкачественной гиперплазией простаты в разные сроки после операции.
3. Провести сравнительный анализ осложнений и неудовлетворительных результатов оперативных вмешательств (чреспузырной аденомэктомии и трансуретральной резекции), выявить причины их возникновения и определить меры профилактики.
4. Определить значение морфологического строения предстательной железы у больных доброкачественной гиперплазией при выборе метода оперативного лечения и тактики послеоперационного ведения больных.
5. Определить группы пациентов с высоким риском возникновения осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Научная новизна

Трансуретральная резекция является менее травматичным методом оперативного лечения доброкачественной гиперплазии простаты по сравнению с чреспузырной аденомэктомией, ввиду меньшего количества ранних послеоперационных осложнений (геморрагических,

тромбоэмболических, инфекционно-воспалительных, частоты обострения интеркуррентных заболеваний), что способствует ранней активизации больных и раннему восстановлению самостоятельного мочеиспускания.

Определена взаимосвязь развития осложнений послеоперационного периода чреспузырной аденомэктомии и трансуретральной резекции с морфологическим строением предстательной железы, так выраженная пролиферативная активность железистого эпителия обуславливает развитие истинного рецидива доброкачественной гиперплазии простаты, а наличие в ткани железы склерозированных и гиалинизированных сосудов - высокую вероятность развития кровотечения.

Выявлена зависимость развития отдаленных осложнений от течения раннего послеоперационного периода. При повторных трансуретральных вмешательствах и катетеризациях мочевого пузыря возрастает частота возникновения стриктуры уретры, а при длительном дренировании мочевого пузыря в раннем послеоперационном периоде - склероза и облитерации шейки мочевого пузыря.

Практическая значимость исследования

Предоперационная биопсия простаты является ценным диагностическим методом, позволяющим определить тактику,

характер и прогноз оперативного лечения. Так низкая пролиферативная активность железистого компонента простаты позволяет минимизировать объем оперативного вмешательства.

Выявлено, что раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания у больных в послеоперационном периоде способствует уменьшению частоты развития склероза и облитерации шейки мочевого пузыря, а использование ротационного резектоскопа и оптического обтуратора при выполнении трансуретральной резекции уменьшает вероятность развития стриктуры уретры.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Влияние трансуретральной резекции и чреспузырной аденомэктомии на симптомы нижних мочевых путей равнозначно.
2. Предоперационная биопсия предстательной железы играет важную роль в выборе тактики и определении прогноза оперативного лечения.
3. На основании морфологического исследования ткани простаты можно прогнозировать вероятность развития осложнений в послеоперационном периоде, и своевременно проводить этиотропное лечение.

4. Стриктура уретры является характерным осложнением отдаленного послеоперационного периода для трансуретральной резекции, тогда как для чреспузырной аденомэктомии таковым является склероз шейки мочевого пузыря.
5. Вероятность развития истинного рецидива доброкачественной гиперплазии простаты одинакова в обеих группах и зависит от степени пролиферации железистого эпителия простаты.
6. Сроки послеоперационного восстановления самостоятельного мочеиспускания являются определяющими в возникновении осложнений приводящих в отдаленном периоде к рецидиву инфравезикальной обструкции.

Связь с планом НИР НИИ урологии МЗ РФ

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Научно-исследовательского института урологии Министерства Здравоохранения Российской Федерации, № государственной регистрации 01.200.2 00270, а также в соответствии с планом научно-исследовательских работ Межведомственного Научного Совета по уронефрологии (№24) и Проблемной комиссии 40.01 Российской Академии

Медицинских наук и Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Внедрение в практику

Данные исследований проведенных в настоящей работе, позволяющие улучшить результаты лечения больных доброкачественной гиперплазией простаты, используются в практической деятельности Научно-исследовательского института урологии министерства здравоохранения Российской Федерации, Городской клинической урологической больницы №47 г. Москвы, урологических отделениях Областной клинической больницы и медико-санитарной части акционерного общества “Автодизель” г. Ярославля.

Апробация работы

Материал диссертации доложен на:

1. Научно-практической конференции "Современные методы эндоскопического лечения урологических заболеваний" (Ярославль, 2002);
2. Заседании межобластного общества урологов (Вологда, 2003);
3. 6-м заседании Ярославского общества урологов.

Диссертационная работа апробирована на совместной научно-практической конференции, координационном Совете №3 Научно-исследовательского института урологии министерства здравоохранения Российской Федерации и городской клинической больницы №47 г. Москвы 4 марта 2004 года.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ в центральных медицинских журналах и сборниках.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 146 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 75 отечественных и 48 зарубежных источника литературы. Работа иллюстрирована 17 таблицами и 7 рисунками.

Содержание работы

В основу настоящего исследования легли данные ретроспективного анализа клинических наблюдений 790 пациентов, перенесших трансуретральную резекцию, и 305 пациентов, перенесших чреспузырную аденомэктомию, в сроки от 5 до 10 лет (в среднем $6,9 \pm 1,7$ лет) в Научно-исследовательском институте урологии Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Городской клинической урологической больницы №47 г. Москвы, урологических отделениях Областной клинической больницы и медико-санитарной части акционерного общества “Автодизель” г. Ярославля. Для обследования в отдаленном послеоперационном периоде были доступны соответственно 231 и 287 человек. Каких-либо специальных критериев отбора пациентов для обследования нами использовано не было, в исследование вошли все доступные в отдаленном периоде больные. Они были подвергнуты комплексному инструментально – лабораторному и уродинамическому исследованию, проведенному как на дооперационном этапе, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

При выборе метода оперативного вмешательства основным критерием являлся объем предстательной железы, поэтому в обеих группах этот показатель отличался.

Обе выделенные группы пациентов были сопоставимы по возрасту, а также по частоте и структуре выявленных сопутствующих заболеваний.

Так средний возраст больных, перенесших чреспузырную аденомэктомию, составил $72,3 \pm 7,8$ лет, трансуретральную резекцию - $71,2 \pm 6,9$ лет.

Из общего числа пациентов у 51,7% (268 человек) в дооперационном периоде были выявлены сопутствующие соматические заболевания, среди которых чаще всего встречалась патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также эндокринные нарушения.

Таким образом, больше половины больных при наличии показаний к оперативному лечению доброкачественной гиперплазии простаты имели полиморбидный соматический фон, который в наших исследованиях был несколько более выражен у пациентов перенесших трансуретральную резекцию. Части больных на предоперационном этапе потребовалось проведение корригирующей консервативной терапии выявленных нарушений.

При изучении особенностей анатомо-функционального состояния мочевыводящих путей у 71% оперированных больных (368 человек) выявлена сопутствующая урологическая патология, которая чаще всего свидетельствовала об осложнениях доброкачественной гиперплазии простаты (в

частности, признаки инфекции мочевых путей, ретенционные изменения в мочевыводящей системе, реже признаки хронической почечной недостаточности). Лабораторные признаки рецидивирующей мочевой инфекции наблюдались у 19,7% (102 человека) первичных больных, у всех больных, имевших цистостомический дренаж, а также у пациентов с острой задержкой мочеиспускания, оперированных по срочным показаниям, и предварительно подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря.

У 39 пациентов в предоперационном периоде мочевой пузырь был дренирован уретральным катетером, а у 59 - цистостомическим дренажом.

Нами также были обследованы в отдаленном периоде 17 больных (3,3%), у которых самостоятельное мочеиспускание после операции не было восстановлено в связи с гипотонией мочевого пузыря, хроническим рецидивирующим воспалительным процессом мочевых путей, по причине чего пациенты были выписаны из стационара с цистостомическим дренажом для амбулаторного лечения. Впоследствии всем этим пациентам было восстановлено самостоятельное мочеиспускание в сроки от 1 до 6 месяцев.

Чреспузырная аденомэктомия выполнялась 231 пациенту, и носила плановый характер у 89,15% больных (206 человек), у остальных 10,85% больных (25 человек) она

выполнялась в срочном порядке в связи с некупирующейся на фоне консервативных мероприятий острой задержкой мочеиспускания. Оперативное пособие проводилось как одномоментная чреспузырная аденомэктомия у 87% больных (201 человек), двухэтапная операция выполнена у 13% пациентов (30 человек).

Трансуретральная резекция предстательной железы в качестве метода оперативного лечения выполнена 287 пациентам. Плановая операция проведена 95,1% больным (273 человека), из них у 10,1% (29 человек) операция выполнялась на фоне ранее установленного цистостомического дренажа. У 4,9% пациентов (14 человек) трансуретральная резекция выполнялась по экстренным показаниям в связи с острой задержкой мочеиспускания.

Все пациенты были подвергнуты комплексному обследованию, которое включало в себя данные субъективной симптоматики и индекса качества жизни больных, изучение данных лабораторных и инструментальных (ультразвуковых, рентгенологических и уродинамических) методов исследования. Исходные предоперационные показатели у больных, перенесших аденомэктомию и трансуретральную резекцию, были приблизительно равнозначны по выраженности, однако их послеоперационная динамика в описываемых группах несколько отличалась.

Так уменьшение значения суммарного балла шкалы оценки симптомов заболеваний простаты по сравнению с исходными значениями составило с 26,5 до 5,6 (78,8%) в группе пациентов после чреспузырной аденомэктомии и с 20,4 до 8,1 (60,3%) в группе после трансуретральной резекции. Значение показателя качества жизни уменьшилось с 4,7 до 1,7 на 73,2% и с 4,3 до 2,1 на 51,1% соответственно в исследуемых группах. Отчасти это можно объяснить несколько более низкими исходными предоперационными показателями индексов симптомов заболеваний простаты и качества жизни у больных, подвергшихся трансуретральной резекции.

При обследовании у всех больных отмечалось увеличение размеров предстательной железы, так при чреспузырной аденомэктомии размер варьировал от 80 до 250 см³, и в среднем составил 126,3±32,6 см³, при трансуретральной резекции размер предстательной железы колебался от 35 до 105 см³, в среднем был равен 62,4±34,4 см³. Различие исходных объемов простаты у больных, которым выполнена аденомэктомия и трансуретральная резекция, как упоминалось выше, объясняется тем, что объем предстательной железы являлся основным критерием выбора метода оперативного вмешательства. При контрольном ультразвуковом обследовании в отдаленном послеоперационном периоде отмечалось достоверное уменьшение размеров предстательной железы, ее

объем у больных, перенесших аденомэктомию, составил в среднем $24,8 \pm 8,1$ см³, а трансуретральную резекцию $21,75 \pm 9,3$ см³.

Методом ультразвукового исследования определялось и количество остаточной мочи, объем которой на предоперационном этапе в группе больных перенесших аденомэктомию варьировал от 80 до 310 мл и в среднем был равен $135,9 \pm 54,1$ мл, после трансуретральной резекции - колебался от 50 до 250 мл и в среднем составил $106,0 \pm 38,2$ мл. В послеоперационном периоде наблюдалась значительная редукция объема остаточной мочи, которая составила после чреспузырной аденомэктомии 76,5% и 66,5% после трансуретральной резекции от исходного уровня.

Значительными улучшениями характеризовалась динамика показателя максимальной объемной скорости мочеиспускания, так в группе больных подвергнутых чреспузырной аденомэктомии уровень ее увеличился с $7,1 \pm 3,5$ до $19,7 \pm 9,7$ мл/с, а в группе пациентов, перенесших трансуретральную резекцию - с $8,2 \pm 3,8$ до $18,3 \pm 6,5$ мл/с, что в процентном эквиваленте составило 64% и 55% соответственно.

Если в целом сравнивать результаты послеоперационного обследования больных с их дооперационным статусом, то, безусловно, отмечалась значительная положительная динамика в виде регрессирования

основных клинических симптомов заболевания у всех больных и стабилизации суммарной функции опорожнения мочевого пузыря.

Таким образом, как следует из вышеприведенных данных, по всем основным критериям диагностики имеются статистически достоверные различия, свидетельствующие о положительном эффекте выполненных ранее оперативных вмешательств, который сохраняется длительное время, по крайней мере, в сроки нашего исследования, а именно через 5-10 лет после операции. Приведенные выше данные свидетельствуют о несколько большей эффективности чреспузырной аденомэктомии по сравнению с трансуретральной резекцией простаты.

Анализ частоты и структуры ранних послеоперационных осложнений показал, что процент этих осложнений продолжает оставаться достаточно высоким по сравнению с предыдущими годами. Структура их складывалась в основном из инфекционно-воспалительных и геморрагических осложнений операции.

Инфекционно-воспалительные осложнения в послеоперационном периоде аденомэктомии наблюдались в 16,8% случаев и проявлялись клинически в виде острого (или обострения хронического) пиелонефрита (3,0%), острого

орхоэпидидимита (6,0%), фуникулита (2,6%), уретрита (3,5%). Нагноение послеоперационной раны отмечено в 7,4% случаев.

У 7,8% больных (18 человек) в ближайшем послеоперационном периоде аденомэктомии развились геморрагические осложнения, потребовавшие в 7,4% случаев (17 человек) гемотрансфузий (переливания эритроцитарной массы и кровезаменителей), а в 2,2% случаев (5 пациентам) выполнена ревизия мочевого пузыря и ложа аденомы простаты.

Кроме того, течение послеоперационного периода осложнялось у ряда больных желудочно-кишечным кровотечением (0,4%), а также обострениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: сердечно-сосудистой недостаточностью (3,9%), инфарктом миокарда (1,3%), эмболией легочной артерии (0,85%), острым нарушением мозгового кровообращения (0,4%), тромбозом вен нижних конечностей (0,85%).

Основную группу послеоперационных осложнений трансуретральной резекции так же составили острые воспалительные процессы в органах мочеполовой системы (10,7%). Клинически они проявлялись в виде острого (или обострения хронического) пиелонефрита (1,7%), острого орхоэпидидимита (2,8%), фуникулита (1,0%), уретрита (3,1%), простатита (2,1%).

У 3,1% пациентов (9 человек) в ближайшем послеоперационном периоде развились геморрагические осложнения различной степени выраженности (вплоть до тампонады мочевого пузыря), потребовавшие в 2,8% случаев гемотрансфузий, а у 0,7% больных выполнялись повторные эндоскопические вмешательства с целью остановки кровотечения. Синдрома трансуретральной резекции ни у одного пациента в наших наблюдениях не было.

Осложнения, связанные с ухудшением течения или обострением интеркуррентных заболеваний, наблюдались в небольшом количестве случаев, что проявилось у 1 больного инфарктом миокарда (0,35%), и у 1 пациента (0,35%) развилась тромбэмболия легочной артерии. Следует отметить отсутствие после трансуретральной резекции таких грозных осложнений послеоперационного периода, как обострение хронической почечной недостаточности, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гипостатической пневмонии.

Общий процент послеоперационных осложнений трансуретральной резекции (14,5%) был в 2,4 раза меньше, чем после чреспузырной аденомэктомии (35,85%).

Смертность в ближайшем послеоперационном периоде была рассчитана для всех больных, которым были выполнены аденомэктомия и трансуретральная резекция (305 и 790 человек) и составила, по нашим данным, 1,0% и 0,25% соответственно.

Достоверно меньший процент геморрагических и инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральной резекции обеспечивал всем оперированным больным более благоприятное течение послеоперационного периода в целом, позволял осуществлять у них раннюю активизацию, и раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания по сравнению с чреспузырной аденомэктомией. Самостоятельное мочеиспускание в послеоперационном периоде трансуретральной резекции восстанавливалось в сроки от 2 до 7 дней в среднем $4,4 \pm 2,3$ дня, тогда как после аденомэктомии от 10 до 19 дней в среднем $14,3 \pm 5,6$ дней.

Даже после технически правильно выполненной аденомэктомии или трансуретральной резекции, благополучного течения раннего послеоперационного периода, в дальнейшем определенная часть больных вновь начинает испытывать на себе симптомы нарушения мочеиспускания, обусловленные развитием отдаленных осложнений.

Так в отдаленном послеоперационном периоде аденомэктомии осложнения встречались в 21,2% случаев (49 человек). Среди них наиболее частыми являлись склероз шейки мочевого пузыря (9,5%), и стриктуры уретры (5,6%), реже встречались такие осложнения как формирование предпузыря (3,5%) и полная облитерация шейки мочевого пузыря (1,3%),

рецидив доброкачественной гиперплазии простаты выявлен в 1,3% случаев.

Из общего количества наблюдаемых нами пациентов, которым выполнена трансуретральная резекция предстательной железы (287 человек), осложнения в отдаленном послеоперационном периоде наблюдались в 48 случаях, что составило 16,7% от общего числа выполненных по данной методике оперативных вмешательств. Среди них стриктуры мочеиспускательного канала (8,0%), склероз шейки мочевого пузыря (7,3%), рецидивы доброкачественной гиперплазии простаты (1,4%).

Таким образом, несмотря на свои положительные стороны и высокую эффективность результатов, чреспузырная аденомэктомия сопряжена с большей опасностью применения данного метода хирургического лечения по сравнению с эндоскопическим пособием. Она остается на сегодняшний день достаточно травматичной и тяжелой для целого ряда пациентов операцией. Свой вклад в это положение вещей привносят как большой процент геморрагических и гнойно-воспалительных осложнений раннего послеоперационного периода, так и нередкие отдаленные осложнения, требующие, как правило, повторных оперативных вмешательств, а методом выбора являются эндоскопические методики.

Нами был проведен анализ причин возникновения отдаленных осложнений и их взаимосвязи с течением раннего послеоперационного периода, а также морфологическим строением ткани простаты.

Было выявлено, что среди пациентов со склерозом шейки мочевого пузыря преобладали больные, ранний послеоперационный период которых протекал с осложнениями (кровотечения, инфекционно-воспалительные и другие), потребовавших повторных вмешательств и катетеризаций мочевого пузыря, а так же длительного его дренирования уретральным катетером или цистостомическим дренажом. Удельный вес этих пациентов составил 71%.

На наш взгляд причинами более частого развития склероза и облитерации шейки мочевого пузыря в данном случае являются реинфицирование нижних мочевых путей катетер-ассоциированной флорой, а так же их излишняя травматизация при повторных катетеризациях мочевого пузыря. Длительное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером или цистостомическим дренажом способствует развитию дегенеративных изменений в стенке мочевого пузыря. Поэтому раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания у пациентов в послеоперационном периоде является прогностически более благоприятным фактором. Оно способствует морфо-функциональной активизации детрузора,

препятствуя тем самым развитию в нем дегенеративных изменений, а так же гидродинамическому расширению шейки мочевого пузыря, что уменьшает образование рубцово-склеротических изменений в этой зоне.

Это еще раз подтверждает необходимость в осуществлении тщательного отбора и подготовки пациентов к подобным операциям. При необходимости выполнение предоперационной цистостомии с целью коррекции ретенционных изменений верхних мочевых путей, купирование явлений почечной недостаточности, проведение антибиотикопрофилактики.

Формирование стриктур мочеиспускательного канала связано с несколькими факторами. Прежде всего, это ятрогенная травматизация слизистой уретры при проведении тубуса эндоскопа в мочевой пузырь, наличие первичных фиброзно-склеротических изменений уретры и простаты, недиагностированных на предоперационном этапе, спазм уретры, а также ее анатомические особенности. Излишней травматизации уретры при проведении инструмента в значительной степени позволяет избежать использование оптического обтуратора. Факторы, приводящие к возникновению стриктур уретры, имеют место и в ходе самой операции при многократных вращательных и возвратно-поступательных движениях резектоскопа. Еще одним фактором

развития стриктур уретры являются воспалительные изменения слизистой мочеиспускательного канала, возникающие в ответ на механическую травму.

Уретра более защищена от механического повреждения при выполнении трансуретральной резекции, если в ходе операции используется резектоскоп ротационного типа, в наших наблюдениях ротационный резектоскоп использовался в 83% случаев. При анализе осложнений отдаленного послеоперационного периода у этой группы пациентов формирование стриктуры уретры отмечалось реже в 1,7 раза.

При изучении морфологических изменений, происходящих в ткани предстательной железы у больных с доброкачественной гиперплазией нами были выявлены ряд процессов, которые оказывали существенное влияние на течение послеоперационного периода и развитие ранних и поздних осложнений.

Первым из них является состояние кровеносных сосудов. Большое количество сосудов с резко склерозированными и гиалинизированными стенками свидетельствует о высокой вероятности возникновения в послеоперационном периоде кровотечения. Механизм его развития в данной ситуации достаточно прост. Склерозированный и гиалинизированный сосуд теряет способность к спазму и поэтому, образуясь во время

термального воздействия тромбы могут при любом повышении внутрисосудистого давления, выскакивать из просвета сосуда, что неминуемо приведет к возникновению кровотечения.

Нами проведено изучение морфологических особенностей ткани предстательной железы, полученной при оперативном вмешательстве у группы пациентов, послеоперационный период которых осложнился кровотечением. Было выявлено, что кровеносные сосуды предстательной железы у этих пациентов были в 73% случаев резко склерозированы и гиалинизированы. Кроме того, у этой группы пациентов в 81% случаев отмечалось наличие различных вариантов продуктивного воспаления. Практически всегда помимо очагов воспаления обнаруживалось наличие фокусов грануляционной ткани. А так как грануляционная ткань - это богато васкуляризованная ткань, то обоснованно предположить, что ее наличие, свидетельствующее о развитии репаративной фазы воспаления, является фактором, способствующим повышенной кровоточивости ложа предстательной железы.

По сравнению с контрольной группой пациентов, послеоперационный период которых протекал без осложнений выявлено, что наличие склерозированных и гиалинизированных сосудов отмечалось лишь в 26% случаев, а очагов продуктивного воспаления в 42%.

Таким образом, на основании вышеперечисленных морфологических изменений можно сделать вывод, что вероятность развития кровотечения в послеоперационном периоде выше в группе пациентов, в ткани предстательной железы которых определяются склерозированные и гиалинизированные сосуды, а также имеются очаги продуктивного воспаления.

Вторым фактором, который необходимо учитывать при выполнении оперативного пособия, является выраженность пролиферативной активности эпителия. Этот фактор определяет степень вероятности развития рецидива доброкачественной гиперплазии после проведения оперативного вмешательства. Чем выше пролиферативная активность ацинарного эпителия, тем больше вероятность развития рецидива. Выраженность пролиферативной активности определяется соотношением пролиферирующих ацинусов и их атрофических форм. Чем больше обнаруживается ацинусов с расширенными просветами и атрофированным эпителием, тем ниже вероятность развития рецидива, поскольку атрофированный эпителий теряет способность пролиферировать.

При изучении морфологического материала ткани предстательной железы пациентов, отдалённый послеоперационный период которых осложнился рецидивом доброкачественной гиперплазии простаты, было выявлено, что у

всех этих больных определяется выраженная пролиферация железистого эпителия, и ни у одного из них не было обнаружено атрофических ацинусов. Напротив, у пациентов, послеоперационный период которых протекал без осложнений, практически все ацинарные структуры были представлены атрофическими формами.

Таким образом, анализ проведенным морфологических исследований показал, что развитие осложнений и прогноз заболевания зависят не только от течения послеоперационного периода, но и в равной мере от гистологического строения ткани предстательной железы.

На основании вышеизложенного можно сделать заключение о целесообразности более широкого использования биопсии предстательной железы на предоперационном этапе. Это позволит не только исключить бластоматозный процесс, но и определиться с выбором метода лечения и тактики ведения пациента в послеоперационном периоде. Предоперационная биопсия с большой долей вероятности позволит прогнозировать осложнения, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки, что даст возможность своевременно проводить комплексные профилактические мероприятия и превентивно назначать соответствующую этиотропную терапию.

По нашему мнению анализ причин послеоперационных осложнений позволит прогнозировать вероятность их развития, своевременно осуществлять меры профилактики, что в свою очередь поможет уменьшить в дальнейшем их количество и улучшить результаты лечения больных данной категории.

Выводы

1. Общее число интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений при трансуретральной резекции предстательной железы в 2,4 раза меньше, чем после чреспузырной аденомэктомии, что делает ее наиболее предпочтительным методом оперативного пособия у больных доброкачественной гиперплазией.
2. При оценке отдаленных результатов трансуретральной резекции и чреспузырной аденомэктомии доказана их равнозначная эффективность при ликвидации симптомов инфравезикальной обструкции.
3. Количество поздних осложнений трансуретральной резекции и чреспузырной аденомэктомии сопоставимо, с преобладанием частоты возникновения склероза шейки мочевого пузыря в группе больных после аденомэктомии и стриктуры уретры после трансуретральной резекции.

4. Рецидив доброкачественной гиперплазии простаты зависит как от радикальности выполненной операции, так и от степени пролиферативной активности железистого эпителия и одинаково возможен при трансуретральной резекции и аденомэктомии.
5. Морфологическое исследование ткани простаты позволяет прогнозировать вероятность развития рецидива доброкачественной гиперплазии и своевременно назначать соответствующую этиотропную терапию в послеоперационном периоде.

Практические рекомендации

1. Больным доброкачественной гиперплазией простаты в комплекс обследования целесообразно включать предоперационную биопсию предстательной железы, что позволит не только исключить бластоматозный процесс предстательной железы, но и определить тактику характер и прогноз оперативного лечения.
2. Больным в послеоперационном периоде необходимо раннее восстановление самостоятельного мочеиспускания с целью уменьшения вероятности развития склероза и облитерации шейки мочевого пузыря, а также стриктуры уретры, приводящих к инфравезикальной обструкции.

3. При необходимости длительного дренирования мочевых путей у больных доброкачественной гиперплазией простаты не целесообразно совмещать эпицистостомию с основным этапом операции, сроки выполнения которого зависят от нормализации функции верхних и нижних мочевых путей.
4. Больным доброкачественной гиперплазией простаты с высокой степенью операционного риска методом выбора оперативного лечения является трансуретральная резекция, ввиду своей малотравматичности и возможности минимизации объема операции.
5. При выполнении трансуретральной резекции больным доброкачественной гиперплазией простаты необходимо использовать ректоскоп ротационного типа, что позволяет уменьшить частоту возникновения стриктур уретры.
6. При выраженной пролиферации железистого эпителия в ткани предстательной железы высока вероятность развития рецидива доброкачественной гиперплазии простаты, поэтому этим больным целесообразно в послеоперационном периоде назначение ингибиторов 5 альфа редуктазы.
7. При наличии склероза и гиалиноза сосудов простаты, высок риск развития кровотечения в послеоперационном периоде, поэтому у этих больных необходимо тщательное выполнение гемостаза и более длительной дренирование мочевого пузыря в раннем послеоперационном периоде.

**Список научных работ, опубликованных по теме
диссертации**

1. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.// Урология. - 2004. - №1. - С.30-34 (соавт. А.А. Камалов, Б.Л. Гушин, С.Д. Дорофеев, Ф.В. Токарев, Е.А. Ефремов).
2. Значение морфологии при проведении ТУР у больных ДГП.// Всероссийская конференция "Мужское здоровье". Материалы конференции. - Москва, 2003. С.74 (соавт А.А. Камалов, Ю.В. Кудрявцев).
3. Отдаленные результаты оперативных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.// Всероссийская конференция "Мужское здоровье". Материалы конференции. - Москва, 2003. С.82-83 (соавт. А.А. Камалов).
4. Отдаленные результаты трансуретральной резекции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.// Полувековой опыт медицинской науки и практики. Сб. научных работ. К 50-летию МСЧ ОАО "Автодизель", Ярославль, 2003. С.28-30 (соавт. Д.Е. Федотов, А.П. Иванов).
5. Анестезиологическое обеспечение трансуретральной резекции предстательной железы у больных с ишемической

- болезнью сердца.// Полувековой опыт медицинской науки и практики. Сб. научных работ. К 50-летию МСЧ ОАО "Автодизель", Ярославль, 2003. С.51-53 (соавт. Р.С. Белугин, А.В. Забусов).
6. Пятилетний опыт применения трансуретральной резекции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.// Полувековой опыт медицинской науки и практики. Сб. научных работ. К 50-летию МСЧ ОАО "Автодизель", Ярославль, 2003. С.33-36 (соавт. Д.Е. Федотов, Э.В. Гурин, А.Ю. Москалёв).
 7. Гипертермия после операции трансуретральной резекции предстательной железы у больных с ИБС.// VI Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии. Москва, 22-25 февраля, 2003. С.30 (соавт. Р.С. Белугин, А.В. Забусов).

Для заметок