

ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНО-ОТСРОЧЕННЫЙ ГЛУХИЕ ШВЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НАДЛОБКОВОЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ И ДВУХЭТАПНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Э.А. Зубков, М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков, Э.Н. Ситдыков

Кафедра урологии (зав.- проф. М.Э. Ситдыкова)
Казанского государственного медицинского университета

Несмотря на существование различных методов лечения больных с аденомой предстательной железы, надлобковая чреспузырная аденомэктомия остается наиболее радикальным и эффективным методом [5]. Однако в определении тактики оперативного вмешательства имеются противоречивые высказывания [6]. Большинство клиницистов, использующих чреспузырный доступ, считают, что показания к наложению первичного шва на мочевой пузырь после аденомэктомии весьма ограничены. По их мнению, оперативное вмешательство следует завершать наложением надлобковой мочепузырной стомы при хроническом цистите, щелочной реакции мочи [7], несмотря на то что эпицистостома мочевого пузыря значительно удлиняет послеоперационный срок восстановления самостоятельного мочеиспускания по уретре. Между тем хорошо известно, что раннее восстановление мочеиспускания является методом профилактики воспалительных осложнений нижних мочевыводящих путей и половых органов [3]. Этому способствует прежде всего естественное очищение раневой поверхности ложа аденомы предстательной железы в процессе мочеиспускания от детрита, слизи, кровяных сгустков и инфекции. Глухой шов мочевого пузыря после надлобковой чреспузырной аденомэктомии позволяет достичь более ранней медико-социальной и трудовой реабилитации.

Целью клинического исследования являлось определение возможности применения с уточнением показаний к первичному и вторично-отсроченному

глухому шву мочевого пузыря после надлобковой чреспузырной аденомэктомии.

Для решения поставленной цели нами проанализированы результаты оперативного лечения 524 пациентов (средний возраст – 62 года). У 331 из них была диагностирована вторая стадия заболевания. Одномоментная чреспузырная аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря была выполнена 310 больным, одномоментная операция со вторично-отсроченным глухим швом мочевого пузыря в связи с завершением операции эпицистостомой – 21. Первичный глухой шов мочевого пузыря был наложен 110 больным с аденомой простаты, поступившим в клинику с надлобковой мочепузырной стомой, вторично-отсроченный шов мочевого пузыря после второго этапа надлобковой чреспузырной аденомэктомии в день удаления послеоперационного надлобкового мочепузырного дренажа – 52. У 31 больного в связи с интенсивной гематурией аденомэктомию завершали надлобковым дренированием мочевого пузы-

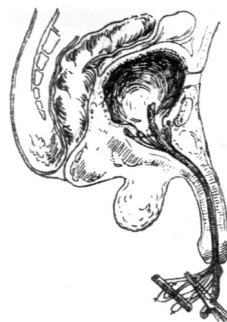


Рис. 1. Заключительный этап гемостаза с выведением лигатур через наружное отверстие уретры.

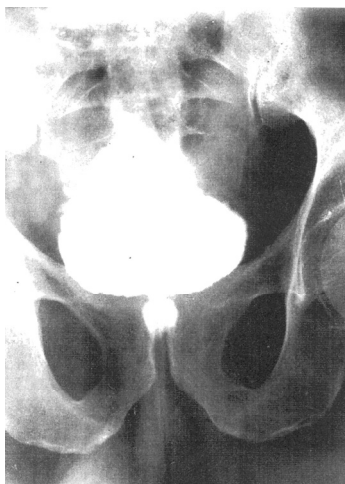


Рис. 2. Цистограмма на 8-е сутки после аденомэктомии. Определяются предпузырь и широкое соустье между ним и полостью мочевого пузыря.

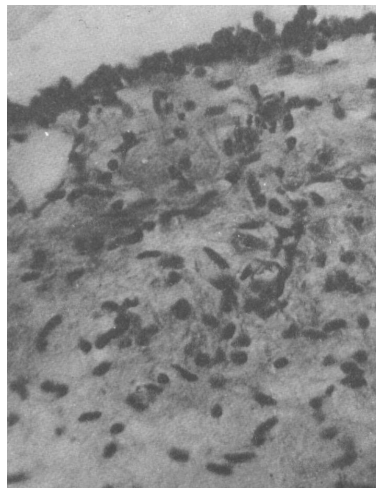


Рис. 3. Микрофото биоптата ложа аденомы на 7-е сутки после аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря. Определяются тонкий эпителиальный покров на фоне грануляционной ткани. Окраска гематоксилин-эозином. х 420.

ря и установкой уретрального катетера с наложением вторично-отсроченного восьмиобразного шва мочевого пузыря. Гемостаз ложа аденомы предстательной железы у 457 прооперированных осуществляли тремя съёмными кетгутовыми лигатурами № 4/5, наложенными на шейку мочевого пузыря по окружности, концы которых выводили по уретре через наружное отверстие мочеиспускательного канала (рис. 1) и натягивали посредством груза в 500–700 г либо фиксировали в натянутом состоянии к правой шинированной нижней конечности. Гемостатические лигатуры удаляли через 18–24 часа. Три поперечных неудаляемых гемостатических кетгутовых № 2/3 шва шейки мочевого пузыря накладывали над введенным в мочевой пузырь постоянным катетером. Таким методом гемостаз был произведен нами у 12 больных (рис. 2).

Гемостаз ложа аденомы простаты посредством марлевых тампонов и катетера Фолея выполнялся у 23 пациентов. Метод гемостаза выбирали с учетом интенсивности интраоперационной кровопотери. У 9 больных гемостаз ложа аденомы предстательной железы производили путем трансуретральной точечной электрокоагуляции с последующим наложением съёмных гемостати-

ческих лигатур. Первичный герметичный шов пузыря получали посредством двух полукисетных кетгутовых швов, которые подкрепляли двумя z-образными швами. Вторично-отсроченный глухой шов использовали при невозможности наложения первичного шва и в случаях гемостаза ложа аденомы марлевыми тампонами и необходимости завершения операции наложением временной эпицистостомы с целью контроля надежности гемостаза ложа аденомы. В послеоперационном периоде надлобковую дренажную трубку удаляли на 2–4-й день, после этого восьмиобразный шов пузыря завязывали на коже над операционной раной.

Восьмиобразный шов накладывали следующим образом. После аденомэктомии и гемостаза ложа аденомы иглой с кетгутовой нитью № 5 прошивали последовательно края разреза передней стенки мочевого пузыря. Концы нитей путем прокалывания противоположных прямых мышц и апоневроза выводили соответственно на кожу, где фиксировали временно до их затягивания над кожным разрезом. Для достижения герметичности пузыря было достаточно 2–3 восьмиобразных съёмных шва. При одномоментной чреспузырной аденом-

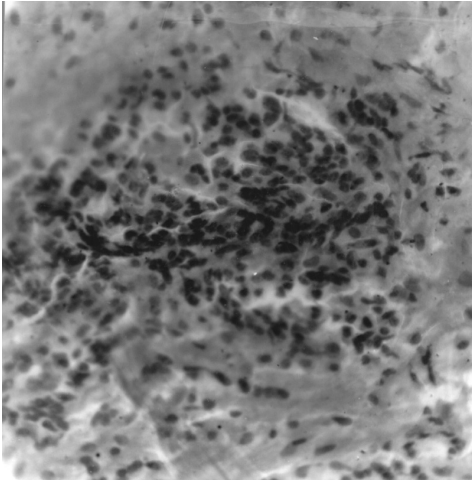


Рис. 4. Микрофото препарата мочевого пузыря, взятого перед аденомэктомией у пациента с хроническим циститом. Клеточная инфильтрация в мышечном слое. Окраска гематоксилин-эозином. х 400.

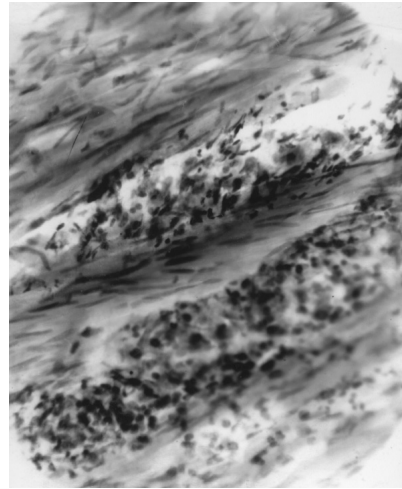


Рис. 5. Микрофото препарата мочевого пузыря пациента, оперированного двухэтапно. Клеточная инфильтрация в подслизистом и мышечном слоях. Окраска гематоксилин-эозином. х 400. Хронический щелочной цистит.

эктомии с первичным герметичным глухим швом мочевого пузыря самостоятельное мочеиспускание по уретре восстанавливалось после удаления уретрального катетера на 2–3-и сутки после операции. В случаях применения вторично-отсроченного восьмиобразного глухого шва мочевого пузыря длительность уретрального дренирования составляла 7–8 дней. После удаления уретрального дренажа у больных этой группы также восстанавливалось естественное трансуретральное мочеиспускание.

Как показывают наши клинические наблюдения, важнейшим критерием, позволяющим завершить одномоментную надлобковую чреспузырную аденомэктомию первичным глухим швом мочевого пузыря, является надежность гемостаза ложа аденомы предстательной железы, достигаемая за счет применения съемных гемостатических лигатур. Умеренная макрогематурия без сгустков крови наблюдалась в пределах двух-трех суток. С восстановлением уретрального мочеиспускания интенсивность окрашивания мочи кровью была незначительной, а ко дню выписки (7–10-е сутки) у всех обследованных отмечались лишь микрогематурия и лейкоцитурия. Урофлоуметрический индекс составлял 19,5 мл/с при

максимальной емкости мочевого пузыря в 210 мл (рис. 3). При цистоскопии слизистая пузыря к 8–10-му дню после операции приобретала нормальную окраску, без признаков воспаления. Умеренная гиперемия имела место только в области ложа аденомы простаты за счет грануляционной ткани и нежного эпителиального слоя, что подтверждалось данными биопсии (рис. 4). Аналогичные данные получены и у больных после вторично-отсроченного глухого шва мочевого пузыря с различием лишь в сроках восстановления самостоятельного мочеиспускания. Длительность



Рис. 6. Цистограмма. Пузырно-уретральный сегмент без обструктивных осложнений.

уретрального дренирования у больных этой группы составляла 7–8 дней, что обеспечивало первичное заживление операционной раны, несмотря на наличие в предоперационном периоде хронического цистита, выявленного у 75 больных (рис. 5), и щелочной реакции мочи у 13 с дооперационной надлобковой мочепузырной стомой (рис. 6).

Изучение исходов операции в сроки от 2 до 6 месяцев позволило установить, что обструктивные осложнения чреспузырной аденомэктомии возникают преимущественно в виде стеноза шейки мочевого пузыря с соответствующей симптоматикой в течение первых двух месяцев после гемостаза ложа аденомы простаты поперечными кетгутowymi несъемными швами. В последующем у 9 таких пациентов была произведена коррекция шейки мочевого пузыря посредством трансуретральной резекции. Анализ клинических наблюдений показал, что стриктура простатического отдела уретры, возникающая в отдельных случаях после чреспузырной аденомэктомии, не связана с методом использования съемных гемостатических лигатур, а является следствием повреждения и удаления (отрыва) простатического отдела уретры при аденомэктомии, т. е. данное осложнение имеет выраженный ятрогенный характер. В связи с этим при надлобковой аденомэктомии независимо от объема аденомы и формы её расположения с целью профилактики стриктуры простатического отдела уретры мы рекомендуем предварительную трансуретральную резекцию части уретры выше семенного бугорка, подлежащего удалению вместе с аденомой. При такой тактике полностью исключаются условия для облитерации простатического отдела уретры после чреспузырной надлобковой аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря и гемостаза ложа аденомы съемными кетгутowymi лигатурами. Раннее восстановление мочеиспускания по уретре обеспечивает эпителизацию ложа аденомы без выраженных

в нем воспалительных проявлений, которые наблюдаются преимущественно после завершения аденомэктомии надлобковым дренированием мочевого пузыря и при отсутствии уретрального мочеиспускания. Как известно, любое инородное тело в мочевыводящей системе ведет к возникновению или поддержанию в ней воспалительного процесса, что наблюдается и у пациентов с надлобковым мочепузырным свищом либо при длительном уретральном дренировании мочевого пузыря после аденомэктомии с поперечными гемостатическими швами шейки мочевого пузыря. Заживление ложа аденомы предстательной железы происходит путем заполнения ее грануляционной тканью с последующей эпителизацией (рис. 4). В случаях воспаления ложа аденомы процесс заживления протекает длительно путем репаративного воспаления с последующим формированием грубой рубцовой ткани [1, 4].

Как указывают М.Н. Никифоров [4], А.И. Абрикосов, А.И. Струков [1], присоединение к раневой поверхности инфекции замедляет формирование грануляционной ткани, а порой ведет к гнойному её расплавлению. Это значительно замедляет процесс эпителизации раневой поверхности и тем самым обуславливает развитие грубой рубцовой ткани. С целью профилактики и адекватного лечения воспаления ложа аденомы (ложит) мы применяем после аденомэктомии с надлобковым дренированием либо при вторично-отсроченном глухом шве мочевого пузыря постоянное орошение ложа аденомы через семявыносящий проток раствором антибиотиков согласно антибиограммам до восстановления мочеиспускания по уретре. При такой тактике постоянного орошения обеспечивается эффективное очищение раневой поверхности, т.е. ускоряется вторичное очищение ложа аденомы простаты, что способствует профилактике ложита и наступлению эпителизации до развития

рубцовой ткани в ложе аденомы, предотвращая тем самым возникновение инфравезикальной обструкции. Каких-либо осложнений при этом не отмечалось. Ирритационная симптоматика после восстановления мочеиспускания у большинства пациентов отсутствовала или была слабо выражена у некоторых пациентов вследствие обострения имевшегося до операции хронического простатита и в случаях гемостаза ложа аденомы марлевыми тампонами. Таким больным при послеоперационной дизурии выполнялась ишиоректальная новокаиновая блокада в сочетании с антибиотикотерапией, имевшая положительный эффект. Еще А.В. Вишневский [2] подчеркивал, что новокаиновая блокада является способом патогенетической терапии воспалительных процессов за счет снятия сильных раздражений и замены их слабыми, которые стимулируют местные защитные и репаративные реакции организма.

Таким образом, надлобковая чреспузырная аденомэктомия с первичным и вторично-отсроченным глухим швом мочевого пузыря с гемостазом ложа аденомы съёмными кетгутовыми лигатурами обеспечивает раннее восстановление мочеиспускания по уретре, ускоряет сроки эпителизации ложа аденомы и препятствует формированию инфравезикальной обструкции. Профилактика воспаления ложа аденомы простаты у пациентов после аденомэктомии с надлобковым дренированием мочевого пузыря и при необходимости установления постоянного уретрального катетера на срок более 3 дней достигается послеоперационным орошением ложа раствором антибиотиков либо уроантисептиков через семявыносящие

протоки, а также путем ишиоректальной новокаиновой блокады по методике А.В. Вишневского. Хронический цистит, щелочная реакция мочи не являются противопоказаниями к первичному и вторично-отсроченному глухому швам мочевого пузыря при надлобковой чреспузырной аденомэктомии. Гемостаз ложа аденомы поперечными кетгутовыми несъёмными швами шейки мочевого пузыря ведет к возникновению воспалительных осложнений, обусловленных инфравезикальной обструкцией, требующей в последующем трансуретральной резекции с целью её устранения и коррекции шеечно-уретрального сегмента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.И., Струков А.И. Патологическая анатомия. Ч.1. – М., 1953. – С. 221–243.
2. Вишневский А.В./ Собрание трудов. – Т.3. – М., 1950. – С.5, 234.
3. Горюховский Л.М и соавт. /В кн.: VIII Всероссийский съезд урологов. – М., 1988. – С.281–282.
4. Никифоров М.Н. Основы патологической анатомии. Ч.1. – М.–Л., 1923. – С.171–175.
5. Ситдыков Э.Н.//Казанский мед. ж. – 2004. – № 5. – С. 356–359.
6. Тиктинский О.Л. В кн.: VIII Всероссийский съезд урологов.. – М., 1988. – С.229–238.
7. Цулукидзе А.П. Очерки оперативной урологии. – Тбилиси, 1955.

Поступила 25.12.07.

PRIMARY AND SECONDARY DELAYED TIGHT SUTURES OF THE URINARY BLADDER AFTER SUPRAPUBIC SINGLE-STAGE AND DOUBLE-STAGE TRANSVESICAL ADENOMECTOMY

E.A. Zubkov, M.E. Sitdykova, A.U. Zubkov, E.N. Sitdykov

Summary

Shown was the fact that main condition for performing suprapubic transvesical adenomectomy using primary or secondary delayed tight sutures of the urinary bladder is the reliability of hemostasis of the prostate bed. The most adequate method of hemostasis was the usage of hemostatic removable catgut ligatures which were applied on the neck of urinary bladder. This method allowed performance of single-stage and double-stage transvesical adenomectomy using primary tight sutures of the urinary bladder.