

8. Крисюк А.П. // Ортопед. травматол.-1986.- № 3.-С.1-55.

9. Кулиев А.М. Деформирующий послеоперационный коксартроз у детей и подростков с врожденным вывихом бедра: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. - Куйбышев, 1989.

10. Поздникин Ю.И. Реконструктивно-восстановительные операции при врожденном вывихе бедра у детей: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук.-1983.

11. Туренков С.В. Совершенствование методов хирургического лечения диспластического коксартроза: Автореф. ...дисс. ...канд. мед. наук. - Курган, 2004.

12. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации./ Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. -М., 2002. - С.371.

13. Harris W.H. //J.Bone.Joint. Surg. Am.- 1969.- Vol. 51, 4. - P.737-755.

Поступила 29.03.04.

## SURGICAL TREATMENT OF RESIDUAL DEFECTS OF DEVELOPMENT OF HIP JOINT ELEMENTS IN ADULTS

I.F. Akhtyamov, S.V. Turenkov, P.V. Presnov,

I.I. Kuzmin, A.I. Kovalenko

### S u m m a r y

The efficiency of some variants of total endoprosthetics of hip joint in various manifestations of congenital dislocation of femur in adults is estimated. It is established that when the treatment is early, recovery of normal function and vital activity of patients are effective. Nonstandard variants of endoprosthetics of hip joint make it possible to avoid complications and obtain good results.

УДК 616.65 - 006.55 - 085.8

## ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.Н. Ситдыков, А.Ю.Зубков, Э.А.Зубков

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

Хорошо известно, что подлинно радикальным методом лечения больных с аденомой предстательной железы является открытая аденомэктомия. Некоторые зарубежные и отечественные урологи полагают более целесообразным именовать операцию как простатэктомию гиперплазированной предстательной железы [1, 4]. Подобная точка зрения нам представляется недостаточно правомерной, так как морфологические исследования [2, 3, 6] свидетельствуют о развитии аденомы простаты из периуретральных желез. Аденоматозная гиперплазия периуретральных желез приводит к сдавлению паренхимы предстательной железы, нередко к ее атрофии, а порой и к рубцовому перерождению, образуя так называемую условно хирургическую капсулу аденомы предстательной железы. Исходя из этого, мы будем при изложении клинического материала руководствоваться термином «аденомэктомия», а не «простатэктомия», которая выполняется при раке совсем иначе. В последние годы, благодаря разработке и внедрению в практическую урологию новейших медицинских технологий, дальнейшее развитие получают эндоскопические трансуретральные операции. Некоторые зарубеж-

ные и отечественные урологи полагают, что золотым стандартом в лечении аденомы простаты является трансуретральная электрорезекция (ТУР), хотя она не может относиться к радикальным методам лечения. В связи с этим продолжают поиски рациональных методов эндоскопических операций и их комбинаций в устранении аденомы предстательной железы.

И все же, какие бы ухищрения не предлагались, достичь радикализма в удалении аденомы без электротравмы и термических ожогов невозможно. Поэтому попытки радикального удаления аденомы приводят к склерозу предстательной железы с возвратом симптомов первичного заболевания, т.е. возникает новое заболевание, именуемое по В.С. Карпенко [5] как склероз предстательной железы.

Цель настоящей работы: определение оптимального варианта оперативного лечения больных, страдающих аденомой предстательной железы, с учетом особенностей развития заболевания.

Изучены истории болезни 760 больных (средний возраст - 69 лет), которые были прооперированы по поводу аденомы предстательной железы. У 219 боль-

ных были произведены трансуретральные операции, у 6 - залобковая внепузырная открытая операция, у 535 - надлобковая чреспузырная аденомэктомия (у 346 - одномоментная, у 178 - двухэтапная, завершённые первичным глухим швом мочевого пузыря, а у 11 - надлобковым дренированием в связи с тампонадой ложа аденомы марлевыми тампонами). Гемостаз ложа аденомы при первичном глухом шве мочевого пузыря осуществлялся у 502 больных съёмными кетгутовыми лигатурами, наложенными на шейку пузыря, концы которых были выведены наружу через уретру. Лигатуры удаляли через 18-20 часов. Поперечное ушивание шейки мочевого пузыря с целью гемостаза выполнено у 11 пациентов. Постоянный уретральный катетер при глухом шве пузыря удаляли на 2-4-е сутки с момента операции, после этого в тот же день восстанавливалось мочеиспускание по уретре. Аденому диагностировали на основании анамнестических данных, ректальной пальцевого и ультразвукового исследований и цистографии.

Состояние мочевых путей оценивали по данным внутривенной урографии, хромоцистоскопии, цистометрии, урофлоуметрии. С целью диагностики хронического флеботромбоза тазовых вен и определения частоты его возникновения в зависимости от стадии аденомы тазовая флебография была выполнена у 94 больных, в том числе у 8 в первой стадии заболевания, у 75 - во второй стадии и у 11 - с надлобковой мочепузырной стомой. В качестве контрастного вещества использовали 60 - 76% верографин (20-40 мл).

По данным экскреторной урографии нарушение уродинамики верхних мочевых путей было выявлено у 229 больных. Хроническая почечная недостаточность имела место у 156 пациентов, из них интермиттирующая форма - у 15. У 382 больных моча оказалась инфицированной: в основном (у 65%) высевалась кишечная палочка; у больных с надлобковой стомой преобладала ассоциация микрофлоры.

При выборе метода оперативного лечения (открытая аденомэктомия, либо эндоскопическая трансуретральная операция) больных аденомой предстательной железы мы руководствовались сле-

дующими критериями: возраст пациента, стадия заболевания, объем аденомы простаты, наличие сопутствующих заболеваний, в том числе мочевого пузыря и почек, трудоспособность. После надлобковой чреспузырной аденомэктомии с первичным глухим швом мочевого пузыря - «идеальной» аденомэктомии - мочеиспускание восстанавливалось на 3-4-е сутки с момента операции. Послеоперационный эпидидимит возник у 4,6% больных. Длительность пребывания в стационаре колебалась в пределах 10-14 дней. Частота мочеиспускания в сутки составляла 7-8 при урофлоуметрическом индексе, равном 19-24 мл/с, и максимальном объеме мочевого пузыря в 190 мл. При двухэтапной чреспузырной аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря мочеиспускание восстанавливалось на 6-8-е сутки, то есть в день удаления постоянного уретрального катетера. Послеоперационный период у больных этой группы длился 13-15 дней. Послеоперационный эпидидимит осложнил течение заболевания у 5,1% больных. Урофлоуметрический индекс колебался в пределах 17-20 мл/с при максимальном объеме мочевого пузыря в 159 мл. Принципиально не различавшиеся функциональные результаты были получены и после операции Лидского-Миллина, однако у 2 из 6 пациентов возникло осложнение в виде остита лобковых костей и у 3 - тампонады мочевого пузыря сгустками крови, потребовавшей их эвакуации и установления трехходового уретрального катетера. Длительность пребывания в стационаре пациентов после этой операции колебалась от 10 до 25 дней и зависела от характера послеоперационного осложнения. Наиболее выраженная, длительная послеоперационная ирритативная симптоматика наблюдалась у больных, у которых гемостаз ложа при надлобковой чреспузырной аденомэктомии осуществлялся поперечными швами шейки пузыря. Наиболее часто (до 49%) хронический флеботромбоз выявлялся у больных с аденомой предстательной железы второй стадии. К развитию хронического флеботромбоза тазовых вен ведет и длительно существующий надлобковый мочепузырный свищ (у 27,2%).

Из 162 больных, которым была вы-

полнена ТУР аденомы предстательной железы с учетом общепринятых показаний, самостоятельное мочеиспускание по уретре восстановилось на 2-е сутки у 81 пациента, на 3-и - у 59. У 22 оперированных был повторно установлен постоянный катетер сроком до 5-6 дней. Перед удалением уретрального катетера им предварительно производилась ишиоректальная новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому с целью смягчения дизурических проявлений. Продолжительность послеоперационной макрогематурии составляла 3-5 дней, умеренная лейкоцитурия отмечалась у всех оперированных. Ирритативная симптоматика наблюдалась в течение 9—10 дней после операции у 28 больных. Комбинированная операция в виде вапоризации и последующей ТУР была выполнена у 31 больного, из них у 28 мочеиспускание восстановилось к концу 2-х суток, а макрогематурия исчезла на 3-й день после операции. У 3 пациентов естественный акт мочеиспускания был восстановлен на 4-й день, так как из-за массивной послеоперационной макрогематурии потребовалось более длительное дренирование мочевого пузыря постоянным уретральным катетером.

Результаты роторезекции аденомы предстательной железы оказались вполне удовлетворительными у всех 26 оперированных. Мочеиспускание было восстановлено на 2-3-и сутки. Частота мочеиспускания составляла 7-8 раз. К концу 2-х суток исчезала макрогематурия. Послеоперационный период был равен в среднем 6-7 суткам.

Таким образом, показания к выбору того или иного метода оперативного лечения следует определять с учетом индивидуальных особенностей самого больного, клинического течения заболевания, особо обращая внимание на стадию развития аденомы предстательной железы и ее объем.

Одним из грозных осложнений аденомэктомии является интра- и послеоперационное кровотечение. Нами установлено, что подобные осложнения возникают у пациентов, оперированных во второй стадии заболевания, когда остаточная моча превышает 80 - 100 мл. У больных этой категории в 48,5% случаях выявлялся хронический флеботромбоз пузырно-простатического и санта-

риниевого сплетения, а также глубоких вен таза, что ведет к развитию интраоперационных и послеоперационных кровотечений, приводящих иногда к тампонаде мочевого пузыря сгустками крови.

Среди существующих методов гемостаза ложа аденомы предстательной железы широко применяются гемостатические съемные лигатуры, наложенные на шейку мочевого пузыря и ушивание шейки пузыря поперечными или продольными швами. Тампонада ложа аденомы показана при массивных интраоперационных кровотечениях. Более рациональным методом гемостаза после открытой аденомэктомии является, на наш взгляд, низведение шейки мочевого пузыря до простатического отдела уретры съемными кетгутовыми лигатурами, концы которых выводят наружу через наружное отверстие уретры. Такая методика гемостаза не приводит в последующем к стриктуре уретры и шейки мочевого пузыря, что, как правило, наблюдается в ближайшие 2-2,5 месяца после поперечного или продольного ушивания шейки с целью гемостаза ложа аденомы предстательной железы. Причиной развития стриктуры простатического отдела уретры после аденомэктомии являются и технические погрешности, заключающиеся в отрыве этого отдела уретры в пределах семенного бугорка в процессе удаления аденомы, что подтверждалось нами послеоперационной уретроскопией.

С целью предупреждения травматических стриктур уретры ятрогенного происхождения нами рекомендуется перед открытой аденомэктомией производить эндоскопическую трансуретральную циркулярную резекцию части верхушки аденомы выше семенного бугорка. В этом случае открытую чреспузырную аденомэктомию целесообразно осуществлять трансуретральным доступом со стороны шейки мочевого пузыря. Такая методика операции обеспечивает профилактику развития послеоперационной стриктуры простатического отдела уретры и, кроме того, исключает повреждение семяизвергающих протоков, что подтверждается хромоколликулоуретроскопией. Данное исследование было выполнено у 10 больных перед надлобковой чреспузырной аденомэктомии.

ей с первичным глухим швом мочевого пузыря. Ни у одного из них нами не было выявлено нарушения проходимости семяизвергающих протоков. Проходимость этих протоков сохранялась и после аденомэктомии. Важно отметить, что у них не наблюдалась и ретроградная эякуляция. Морфологические исследования тканей, полученных с внутренней поверхности хирургической капсулы-ложа аденомы, позволили проследить динамику эпителизации этого отдела мочевыводящего тракта. Уже через одну неделю после операции отчетливо определялся нежный эпителиальный слой, который покрывал грануляционную ткань до ее превращения в соединительную. Достаточно выраженный эпителиальный покров, выстилающий грануляционную ткань ложа аденомы, был выявлен уже на 28-й день после открытой аденомэктомии.

Следовательно, использование съемных кетгутовых лигатур для гемостаза ложа аденомы и раннее восстановление уретрального мочеиспускания (на 2-3-е сутки) после «идеальной» аденомэктомии способствует ускоренному заживлению предпузыря путем эпителизации полостных ран. При сшивании шейки мочевого пузыря поперек или продольно эпителизация запаздывает и происходит она после превращения грануляционной ткани в соединительную, то есть эпителиальный покров формируется над зрелой соединительной тканью, поэтому этот метод гемостаза предрасполагает к развитию послеоперационных рубцовых деформаций, сужений шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры. Окаменелое рубцевание шейки мочевого пузыря после ее поперечного сшивания было отмечено еще в 1963 г. [7].

Таким образом, подлинно радикальным методом оперативного лечения больных аденомой предстательной железы и методом выбора является «идеальная» аденомэктомия, выполняемая надлобковым чреспузырным доступом с гемостазом ложа аденомы съемными кетгутовыми лигатурами и завершением операции первичным глухим швом мочевого пузыря. Трансуретральная эндоскопическая резекция аденомы простаты и иные трансуретральные операции, будучи нерадикальными, необхо-

димо производить при наличии противопоказаний к открытой аденомэктомии. Больным, поступившим на оперативное лечение по поводу аденомы предстательной железы во второй стадии заболевания, целесообразно для профилактики интра- и послеоперационного кровотечения проводить в предоперационном периоде в течение двух дней антикоагуляционную терапию. Предварительная ТУР верхушки аденомы простаты выше семенного бугорка обеспечивает профилактику стриктуры простатического отдела уретры после надлобковой чреспузырной аденомэктомии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горюновский А. М. Избранные главы гериатрической урологии. - М., 2000.
2. Гриненко А. П. // Хир. арх. Вельяминова. - 1912. - Том 2.
3. Гудынский Я. В. // Урол. и нефрол. - 1966. - № 4. - С. 21 - 28.
4. Лопаткин Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - М., 1999.
5. Карпенко В. С., Романенко А. М., Гринько А. А. Склероз предстательной железы. - Киев, 1985.
6. Bostwick D. G. // Oxford: Isis Medical Media. - 1996. - P. 91-104.
7. Bulanda B. // Zeitschr. Urol. - 1963. - Vol. 56. - P. 275 - 281.

Поступила 06.05.04.

#### CHOICE OF OPERATIVE TREATMENT METHOD IN PATIENTS WITH PROSTATE ADENOMA

E. N. Sitdykov, A. Yu. Zubkov, E. Yu. Zubkov

#### S u m m a r y

Case histories of 760 patients with prostate adenoma after various operative treatment methods are analyzed. Results of clinical studies made it possible to consider the suprapubic transvesical adenomectomy with primary blind suture and hemostasis of adenoma bed by removable catgut ligatures superimposed on bladder neck as the choice method. Transurethral endoscopic resection of prostate adenoma and other transurethral operations should be carried out in case of contraindications to open adenomectomy operation. To prevent intra- and postoperative haemorrhage in patients with prostate adenoma in the second stage of the disease it is recommended to prescribe in preoperative period anticoagulative therapy. The previously performed transurethral endoscopic resection just above the spermatic tubercle prevents the stricture of the prostatic part of the urethra after suprapubic transvesical adenomectomy.