

УДК: 616.61-089.841-04

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ (ТУРП) ТА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ ВАПОРИЗАЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ТУВП) В ЛІКУВАННІ ІНФРАВЕЗІКАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ ПРИ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (РПЗ)

Шуляк О.В., Пасічник С.М.

Львівський національний медичний університет

Вступ: На сьогодні рак передміхурової залози (РПЗ) - визнаний однією з головних медичних проблем чоловічого населення. РПЗ служить причиною 9 % всіх летальних випадків, внаслідок захворювання РПЗ серед чоловіків. [1] В більшості країн світу відомий високий темп росту захворюваності на РПЗ. За частотою зустрічаємості серед всіх новоутворів у чоловіків літнього і старечого віку у високорозвинутих країнах Північної Америки та Європи ця пухлина займає 1 – 2 місце [6, 7] В країнах Європейського союзу кількість нових випадків в 2000 році складала 186 766 нових випадків РПЗ та більш ніж 81 353 чоловіків померло від цієї хвороби [9, 10]. Відповідно до досліджень деяких авторів [12] у 75% чоловічого населення у віці 80 років та старше буде розвиватись гістологічний РПЗ, 30 – 40 % 50 – річних чоловіків вражаються цією хворобою, і тільки у 8% вона діагностується. [14] З огляду на загальносвітову тенденцію до збільшення тривалості життя, слід очікувати зростання захворюваності і смертності від цього захворювання. [15]

У багатьох пацієнтів з різними стадіями РПЗ до моменту їх звернення в медичні заклади спостерігаються чітко виражені ознаки інфравезикальної обструкції, аж до виникнення гострої або хронічної затримки сечі. На сьогоднішній день для лікування інфравезикальної обструкції зумовленої РПЗ використовують майже всі методи специфічної дії. Такими методами є: оперативний, гормональний та променевий, кожен з яких має свої покази та проти покази. Частині хворих з ціллю усунення виснажливих симптомів проводиться періодична катетеризація сечового міхура або використання постійного катетера типу Фолей, в рідких випадках встановлюються уретральні стенти, разом з тим деяким пацієнтам внаслідок наявності певних протипоказів (стриктури уретри, розрив уретри та ін.) проводиться встановлення надлонової епіцистостоми з метою усунення обструк-

тивних явищ.

В нашому дослідженні ми хотіли зупинитись на хірургічному, а саме малоінвазивному методі лікування – трансуретральній резекції ПЗ (ТУРП). Останнім часом літературні дані доповнюються дослідженнями про лікування категорії пацієнтів з гострою затримкою сечі хворих на РПЗ з можливістю ліквідації інфравезикальної обструкції та відновлення природнього акту сечовипускання при допомозі ТУР, та модифікації цього методу – трансуретральної вапоризації передміхурової залози ПЗ [2, 3]. Методика ТУВП була вперше представлена на загал фірмою “CIRCON-ACMI” в 1994 році. Багато чисельні клінічні дослідження підтверджують, що ТУВП має суттєві переваги перед стандартною ТУР передміхурової залози. .

Метою нашого дослідження було вивчити результати трансуретральної резекції передміхурової залози та трансуретральної вапоризації у пацієнтів з ГЗС хворих на РПЗ.

Матеріали і методи: ТУРП проводили під спинномозковою анестезією. Пацієнтам вводився резектоскоп в сечовий міхур. Для ТУВП застосовували теж обладнання, що й для ТУРП, за виключенням електродів. Для іригації використовували постійне введення дистильованої води, інколи гліцину або розчину глюкози. Ми проводили спочатку вапоризацію середньої долі від шийки до сім'яного горбика. Потім - бокових долей ПЗ від шийки до сім'яного горбика послідовними рухами йдучи спочатку проти годинникової стрілки від 11 до 7 години, а потім за годинниковою стрілкою від 1 до 5 години, поки не усували необхідного об'єму враженої раковим процесом патологічно зміненої тканини ПЗ. Підрівнюючими рухами завершували вапоризацію з метою досягнути бажаного розміру і форми порожнини. Резекцію проводили до перехресних волокон хірургічної капсули. Наприкінці операції вводився постійний уретральний катетер 20-22 Ch, балон якого роздували в залежності від об'єму та

форми післяопераційної порожнини. При необхідності проводили тракцію та іригацію катетера сечового міхура фізіологічним розчином.

Описано велика кількість методик вапоризації ПЗ: ТУВП, які включають в себе унілатеральну і білатеральну вапоризацію на 4 та\або 8 годинах [4, 11], 2 та 10 годинах або на 6 годині [5, 8], 5 та\або 7 годинах [13, 16, 17], з або без вапоризації простатичної тканини.

Перед ТУВП проводилась стандартна уретроцистоскопія. Пацієнтам під спинномозковою анестезією вводився резектоскоп в сечовий міхур і процедура тривала при постійному введенні іригаційної рідини. Нами використовувалась ТУВП на 5, 7 та 12 годинах розрізами, які починались на 1,5-2,0 см. нижче вічок сечоводів і проходили крізь тканину передміхурової залози до капсули. Наприкінці операції вводився постійний уретральний трьохходовий катетер 20-22 Ch. При необхідності проводили тракцію катетера та іригацію сечового міхура фізіологічним розчином.

ТУРП було виконано у 99 пацієнтів з РПЗ. Середній вік пацієнтів - 64,36±4,65 р. Середній об'єм передміхурової залози у пацієнтів складав - 60,1±8,1 см. куб. У 47 пацієнтів була гостра затримка сечовипускання.

ТУВП було виконано у 48 пацієнтів з ГЗС хворих на РПЗ. Середній вік пацієнтів складав 59,13±7,20 р. Середній об'єм передміхурової залози - 65,1±5,9 см. куб.

Хірургічне втручання проводилось із застосуванням резектоскопу Wolf і Storz із спеціальними електродами. Електродіатермія застосовувалась в операційному режимі.

Ефект хірургічного лікування оцінювався через 1, 4, 12 тижнів та 12 місяців після операції.

Критерії ефективності: 1) Інтраопераційна крововтрата; 2) Тривалість операції; 3) Тривалість постопераційної катетеризації; 4) Гематокрит; 5) Кількість залишкової сечі (КЗС); 6) IPSS; 7) Максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q max); 8) Частота інтра-, та післяопераційних ускладнень;

Результати:

Результати досліджень наведені в табл. 1-3 та на рисунки.

Таблиця 1.

Операція	Інтраопераційна крововтрата	Середня тривалість операції	Середня тривалість післяопераційної катетеризації
ТУРП	158,6 мл.	48,6 хв.	49,4±7,8 год.
ТУВП	75,3 мл.	56,0 хв.	21,6±5,8 год.

Таблиця 2.

Гематокрит у пацієнтів даної групи:

Операція	До операції	Через 24 год. після операції
ТУРП	44,25±3,42 мл/дл	40,99±4,8 мл/дл
ТУВП	44,12±3,55 мл/дл	42,91±3,8 мл/дл

Таблиця 3.

Порівняльна характеристика ускладнень ТУРП (99 хворих) і ТУВП (48 хворих)

Ускладнення	ТУРП (%)	ТУВП (%)
Гематурія помірної інтенсивності	25 (25,2 %)	4 (8,3 %)
Інфекції сечових шляхів	11 (11,1 %)	5 (10,41 %)
Гострий орхоепідиміт	1 (1,01 %)	1 (2,08 %)
Ретроградна еякуляція	78 (78,7 %)	20 (41,6 %)
ТУР-синдром	1 (1,01 %)	-
Стриктуря уретри	1 (1,01 %)	-
Склероз шийки сечового міхура	-	1 (2,08 %)
Нетримання сечі	1 (1,01 %)	-

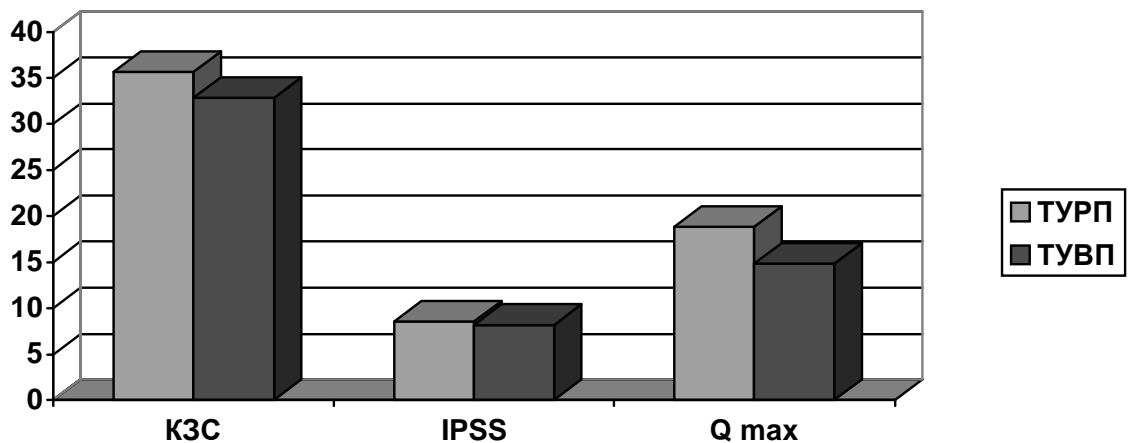
Висновки:

Результати наших досліджень (99 пацієнтів після ТУРП, та 48 пацієнтів після ТУВП) підтверджують ефективність ТУВП і ТУРП у пацієнтів з РПЗ. ТУВП - модифікація ТУРП, які характеризуються дуже простою технікою оперативного втручання і простим навчанням. Ризик ТУВП та ТУРП є незначний: мінімальні інтраопераційні та післяопераційні ускладнення, а при ТУВП - малий час оперативного втручання, відсутність кровотечі, виключення розвитку ТУР - синдрому

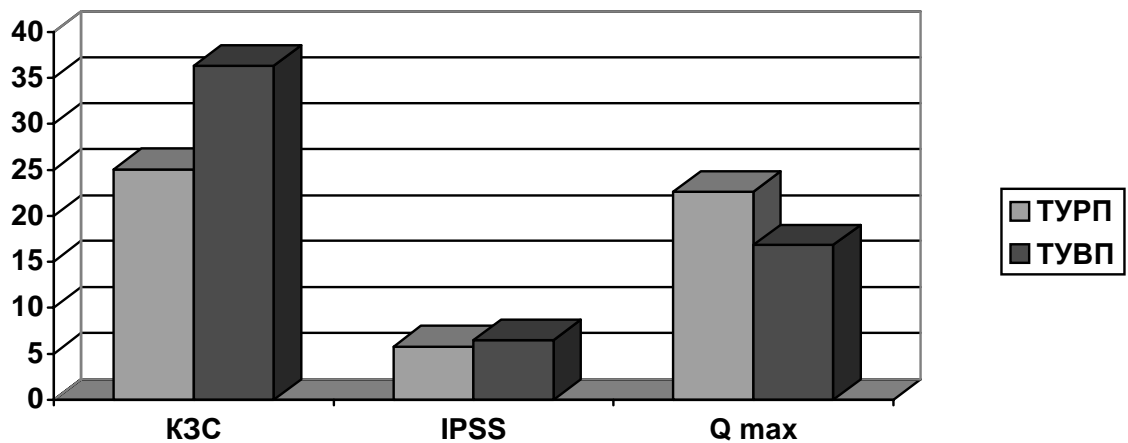
Література

- G.Aus (chairman), C.Abbou, M.Bolla, A.Heidenreich, H – P Schmid, van Poppel, J.Wolff, F.Zattoni „Guidelines on prostate cancer” Eur Urol 2001; 40 (2): 97-101
- Рак простати./А.С. Переверзев, М.И. Коган. – Харьков „Факт”, 2004. – 188 – 191с.

Через 1 місяць після операції:



Через 3 місяці після операції:



Через 12 місяців після операції:

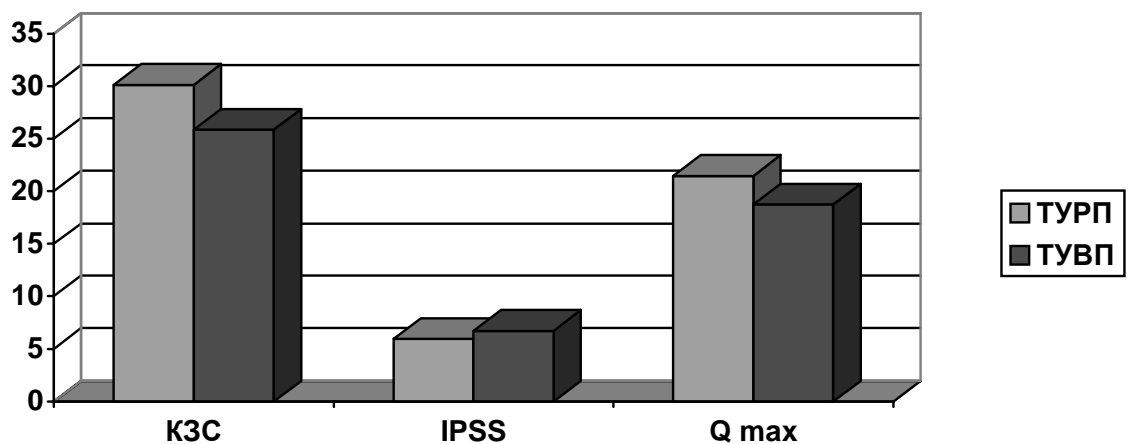


Рис. 1. Порівняння показників через різні терміни після ТУРП і ТУВП.

3. Аденома передміхурової залози./ А.С. Переверзев, Н.Ф.Сергиенко. – Киев, 1998. 145 – 166 с.
4. Delaere KPJ, Debruyne FMJ, Moonen WA. Extended bladder neck incision for outflow obstruction in male patients. Br J Urol 1983; 55; 225-8.
5. Edwards L, Powell C. An objective comparison of transurethral resection and bladder neck incision in treatment of prostatic hypertrophy. J Urol 1982; 128; 325-7.
6. Е.С.Губанов, М.Б. Пряничникова Современные гипотезы этиологии и патогенеза рака предстательной железы. Урология, 2004, №5 с.72 -74
7. Borre M., Nerstrom B., Overgaard J. "The natural history of prostate carcinoma based on a Danish population treated with no intent to cure. Cancer 1997; 80: 917 – 28.
8. Jenkins JD, Allen NH. Bladder neck incision - a treatment for retention with overflow in the absence of adenoma. Br J Urol 1978; 50; 395-7.
9. Watanabe M., Nakajama T., Shiraishi T. et al. Comparative studies of prostate cancer in Japan versus United States. A review// Urol. Oncol. – 2000. – Vol. 5 – P. 274 – 283.
10. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M. Globocan 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide vision 1, 0 IARC Cancer base №5 Lyon IARC Press, 2001
11. Kelly MJ, Roscamp D, Leach GE. Transurethral incision of the prostate: a preoperative and postoperative analysis of symptoms and urodynamic findings. J Urol 1989; 142; 1507-9.
12. Carter H.B., et al. Estimation of prostatic growth using serial prostate – specific antigen measurements in men with and without prostate disease. Cancer res. 1992;52(12):3323 – 8
13. Mobb GE, Moisey CU. Long-term follow-up of unilateral bladder neck incision. Br J Urol 1988; 62; 160-2.
14. Carter H.B., et al. Estimation of prostatic growth using serial prostate – specific antigen measurements in men with and without prostate disease. Cancer res. 1992;52(12):3323 – 8
15. О.Ф.Возіанов, С.П. Пасечніков Рак передміхурової залози: стан проблеми у світі і Україні Урологія, 2003, №2 с.91-92
16. Orandi A. Transurethral incision of prostate. J. Urol.1973; 110; 229-31.
17. Orandi A. Transurethral incision of prostate (TUIP) - 646 cases in 15 years- a chronological appraisal. Br J Urol 1985; 57; 703-7.

Резюме

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ (ТУРП) И ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ИНЦИЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ТУВП) В ЛЕЧЕНИИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РПЖ).

Шуляк А.В., Пасечник С.М.

Результаты наших исследований (99 пациентов после ТУРП и 48 пациентов после ТУВП) подтверждают эффективность ТУРП и ТУВП у пациентов с РПЖ. ТУВП - это модификация ТУРП, которая характеризуется простой техникой оперативного вмешательства и простым обучением. ТУВП показана молодым пациентам с небольшими размерами предстательной железы при наличии незначительной гипертрофии боковых долей, без или с обструкцией в шейке мочевого пузыря. Риск ТУРП и ТУВП незначительный: минимальные интраоперационные и послеоперационные осложнения, а при ТУВП небольшая продолжительность оперативного вмешательства, отсутствие кровотечения и ТУР – синдрома.

Summary

ANALYSIS OF RESULTS OF TRANSURETHRAL RESECTION (TURP) AND TRANSURETHRAL INCISION OF PROSTATE (TUIP) IN CANCER OF PROSTATE (CP) TREATMENT.

Shulyak A.V., Pasichnyk S.M.

Results of our investigation confirm (99 patients after TURP and 28 patients after TUIP) the effectiveness of TURP and TUIP in patients with CP. Transurethral electroincision of prostate (TUIP) is modification of TURP, which characterized by simple technique and method of education. TUIP is indicated in "young patients" with small sizes of prostate and in presence of not significant hypertrophy of lateral lobes, and with or without obstruction in bladder neck. Risk of TURP and TUIP is not significant: minimal intra- and postoperative complications and in the cases of TUIP - a short operative time, without bleeding and TUR syndrome.