

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-614-0-5>

EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF PROSTATIC SCLEROSIS

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СКЛЕРОЗУ ПРОСТАТИ

Leonov A. V.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Medical Director
Private Enterprise Medical and
Diagnostic Center «Olimpiyskiy»
Kharkiv, Ukraine*

Леонов А. В.

*кандидат медичних наук, доцент,
медичний директор
Приватне підприємство Лікувально
діагностичний центр «Олімпійський»
м. Харків, Україна*

Вступ. Склероз простати (СП) – різновид інфравезикальної обструкції, що проявляється різними формами дизурії аж до гострої і хронічної затримки сечі. СП – термінальна стадія хронічного простатиту, що може без лікування закінчитися уремією. Зустрічається частіше у геріатричних пацієнтів. Діагностується важко, часто маскуючись під аденому простати і в основному проявляє себе після проведення операції з незадовільним результатом у вигляді стійкої дизурії. Внаслідок атрофії паренхіми простати змінюється простатичний відділ уретри, трикутник Льюта, стінки сечового міхура, інтрамуральні відділи сечоводів й т.і. Часто зустрічається СП у пацієнтів після проведення трансуретральної резекції простати (ТУР) або відкритої аденомектомії. Про СП відомо з моменту розвитку урології як науки. СП проявляється дизурією без збільшення розмірів простати. Ми дотримуємося думки відчизняного хірурга-уролога А.А. Чайки (1934) та інших, що СП розвивається внаслідок нелікованого простатиту. Простата при цьому атрофується, склеротичний процес переходить на весь міхурово-уретральний сегмент, з розвитком його тотального фіброзу, яка викликає важку інфравезикальну обструкцію. Але фіброзсклероз не зупиняється тільки на міхурово-уретральному сегменті, він уражає інтрамуральні відділи сечоводів, сім'явиносящі протоки. Вперше простатектомію з приводу СП виконав Албарран (Albarran, 1912). При нелікованому хронічному простатиті застоюється секрет простати, утворюються різкі ретенційні зміни в її протоковій системі, які закінчуються поступовою атрофією її залозистої тканини. СП простати відмічається у статевозрілих чоловіків будь-якого віку. Розвитку СП сприяють: аномалії уретри, камні сечового міхура, простати, травми промежини, операції в малому

тазу, уретро-цистоскопія, маніпуляції в простатичному відділі уретри, практика перерваного коїтуса, регулярне подавлення позиву на уринування [1, с. 6].

Мета дослідження. Розробити та впровадити практичний об'єктивний спосіб діагностики СП. Дати оцінку проведеному лікуванню СП на підставі об'єктивних даних урофлоуметрії та об'єму залишкової сечі.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом за період з 2008 р. по 2025 р. був 51 пацієнт. Більшість пацієнтів поступило після лікування в інших клініках, де вони піддавалися різним дослідженням і систематичним тривалим лікуванням, включаючи оперативне; 37 (72,5%) поступило з постійним уретральним катетером і 9 (17,6%) з накладеною епіцистостоמוю. Із них до 60 років було 8 (15,6%) пацієнтів. Тривалість захворювання СП більше 5 років була у всієї групи. До звернення до нашої клініки пацієнти лікувалися від хронічного простатиту, каменів сечового міхура, стриктури задньої уретри, аденоми простати, раку простати. Скарги, пред'явлені при обстеженні, були такі: тривале уринування тонким струменем, слабкі і часті позиви, незадовільне відчуття після уринування, необхідність сильно «днутися» для того, щоб сеча стала відходити. Загальна слабкість і втомленість, імпотенція, ниючі болі в яєчках. У всіх пацієнтів була хронічна затримка сечі. Постійний уретральний катетер у жодного пацієнта не відновив самостійного нормального уринування. Ішурія парадокса була у 5 (9,8%) пацієнтів, вона в усіх випадках супроводжувалася наявністю розвернутої клініки хронічної ниркової недостатності. У прооперованих раніше з приводу аденоми черезміхуровим шляхом, відкривалися сечові норниці з післяопераційної рани. Більше 5 разів в післяопераційному періоді у 3 (5,8%) пацієнтів. У всій групі пацієнтів була різноманітна супутня соматична патологія. Дослідження сечі завжди виявляло патологічні зміни. У пацієнтів при ректальному пальцевому дослідженні відмічались нормальні та зменшені розміри простати, була відсутня серединна бороздка, легко був досяжний верхній полюс.

При урофлоуметрії відмічалось збільшення тривалості уринування, зниження урофлоуметричного індексу до 3 мл/с. Всім пацієнтам виконували діагностичну цистоскопію. Цистоскопію у 9 (17,6%) пацієнтів проводили в том числі і через цистостому. Цистоскопічна картина була одноманітною, слизова трикутника Льюто набрякла, багряно-синюшна, відмічались варикозні вени, трабекулярність стінок, фібринові плівки, осад. Дзюбом цистоскопу при огляді через цистостому відмічали різку щільність шийки сечового міхура, наявність грубого предміхура у прооперованих з край каламутним осадом. Рентгенологічне дослідження активно використовували на першому етапі,

в подальшому для діагностики СП від нього відмовились взагалі, так як повністю задовільними були дані, отриманими від сонографії. Ми застосовували практичну оригінальну функціональну методику діагностики СП, техніка її полягає в наступному: встановлюється уретральний катетер пацієнту в положенні лежачи, заповнюємо сечовий міхур фіз.розчином 200 мл. і перетискаєм відток, балон Фоллея заповнюємо на 10 мл, проводимо контроль розташування балона на сонографії, починаємо його повільно підтягувати і одночасно оцінюємо форму балона Фоллея і стан шийки сечового міхура (симптом фігурної скобки) за Карпенко В.С. та співавторами. По контуру балона, який облягає міхурово-уретральний сегмент, оцінювали на сонографії ступінь його звуження.

При виборі методу оперативного лікування керувалися принципом найменш травматичної методики, яка максимально знижує крововтрату, тому від застосування простатектомії в лікуванні СП було вирішено утриматися. Арсенал застосованих нами засобів показано у таблиці 1.

Таблиця 1

Методи лікування

Розсічення шийки сечового міхура і простати	24 (47%)
Клиновидна резекція шийки сечового міхура за Моріоном	3 (5,8%)
Тунелізація уретри за Фронштейном	8 (15,6%)
Парціальна ТУР-резекція простати	4 (7,8%)
ТУР-інцизія простати и ТУР-інцизія шийки сечового міхура	12 (23,5%)

Час, витрачений на операцію, не перевищував 1 години. Для профілактики післяопераційних орхоепідімітів застосовували вазорезекцію, якщо пацієнт не заперечував, в 24 випадках (47%). При нагоді старались сечові нориці не накладати, робили тільки реєпіцистостомію як виняток в 2 (3,9%) спостереженнях, які закрились в срок до 1 місяця.

Отриманні результати. Післяопераційний ранній період характеризувався раною активацією пацієнтів в 1 добу, обмежено дозволялось повернення до звичайного способу життя на 2–7 добу, що було можливим завдяки нанесенню мінімальної травматичності і крововтрати. Пізній післяопераційний період оцінювали як хороший у 29 (56,8%), задовільний у 14 (27,4%), і поганий в 8 (15,6%) випадках, виходячи з показників урофлоуметрії і об'єму залишкової сечі, дивись табл. № 2.

Таблиця 2

Показники урофлоуметрії і об'єму залишкової сечі

Результати	Урофлоуметрія	Залишкова сеча
Хороший	25–35 мл/с	15–25 мл.
Задовільний	15–20 мл/с	30–40 мл.
Поганий	3–10 мл/с	45–2000 мл.

Пацієнти с поганим результатом померли в строки від 2 до 5 років, від ускладнень хронічної ниркової недостатності, раку; були вимушені в строки від 6 місяців до 1 року після операції залишитися з постійним уретральним катетером.

Висновки. Застосований спосіб діагностики СП дозволив точно в усіх випадках оцінити стан міхурово-уретрального сегменту. Не дивлячись на наявність високого операційного ризику, оперативне лікування, виконане швидко і травматично, дозволило повернути здоров'є 84,2%, та покращити якість життя у 15,6% пацієнтів.

Список скорочень:

СП – склероз простати;

ТУР – трансуретральна резекція простати.

Література:

1. Карпенко В. С. Склероз передміхурової залози. Київ, 1985. 143 с.