

Obiective

De a evidenția și de a descrie complicațiile postoperatorii care au survenit în rezultatul tratamentului chirurgical al hiperplaziei benigne a prostatei și metodele de tratament specifice aplicate în cadrul secției urologie a IMSP SCM „Sf Treime” în perioada anilor 2005-2009.

Material și metode

A fost studiat un lot de 908 pacienți cu diagnosticul: Hiperplazie benignă a prostatei, tratați în cadrul secției urologie a IMSP SCM „Sf. Treime” în perioada anilor 2005-2009.

Din lotul studiat: 409 pacienți (45%) au fost supuși intervenției chirurgicale într-o etapă, iar alți 15 pacienți (1,7%) în 2 etape – Adenomectomia transvezicală, cu drenarea vezicii urinare transuretral cu cateter Foley și tub de irigare din silicon fixate în lojă, suturarea ermetică etajată a pereților vezicii urinare și drenarea spațiului prevezical cu dren din cauciuc; această metodă fiind aplicată cu succes în practică în secția noastră din anul 2000. 28 pacienți (3,1%) au suportat intervenția chirurgicală paliativă – Cistostomia suprapubiană din motivul comorbidităților existente. Ceilalți 456 pacienți (50,2%) nu au fost tratați chirurgical din diverse motive.

Rezultate

Din 424 intervenții efectuate, următoarele complicații postoperatorii au survenit la 42 pacienți (9,9%):

Tamponada vezicii urinare	- 8 cazuri (1,9%);
Hemoragii tardive din loja prostatei	- 16 cazuri (3,8%);

Orhoepididimita acută:

Cu vasorezecție bilaterală	- 2 cazuri (0,5%);
Fără vasorezecție bilaterală	- 4 cazuri (0,9%);
Stricturi uretrale	- 12 cazuri (2,8%).

Hemoragiile acute precoce, cu tamponada vezicii urinare, în primele 24 ore după operație, au fost rezolvate în toate cazurile (100%) prin reoperație cu stoparea mecanică a sursei de hemoragie. Hemoragiile tardive apărute în perioada a 9-14 zi după operație au fost stopate prin administrarea tratamentului hemostatic medicamentos. Vasorezecția bilaterală s-a efectuat practic la toți pacienții operați, cu excepția celor care au refuzat categoric această intervenție. În marea majoritate a cazurilor de orhoepididimită acută postoperatorie, fie uni- sau bilaterală, 6 (1,4%) pacienți au fost supuși intervenției chirurgicale: 1. Incizia și drenarea epididimului - 2 (0,5%); 2. Epididimectomia - 1 (0,2%); 3. Orhectomia - 3 (0,7%). Stricturile uretrale postoperatorii s-au realizat prin bujări dilatative progresive în 9 cazuri (2,1%) și IOU la 3 pacienți (0,7%).

Concluzii

În tratamentul chirurgical al hiperplaziei benigne a prostatei prin adenomectomie transvezicală, efectuat în cadrul secției urologie a IMSP SCM „Sfânta Treime”, cele mai frecvente complicații postoperatorii în perioada anilor 2005-2009 au fost hemoragiile tardive, care se întâlnesc cu o frecvență de 3,8%, urmate de stricturile uretrale (2,8%), tamponada vezicii urinare (1,9%) și orhoepididimita acută (1,4%), care au necesitat efectuarea atât a tratamentului chirurgical la 6,1% pacienți, cât și celui medicamentos.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОПТИМИЗАЦИИ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА, ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ЛОЖА АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УРЕТРЫ ПРИ ОПЕРАЦИИ «АДЕНОМЕКТОМИЯ ЧРЕЗПУЗЫРНАЯ»

ECONOMIC BENEFIT OF THE OPTIMIZATION METHODS OF THE HEMOSTASIS, BLADDER, BED OF ADENOMA AND URETRA LAVAJE, DURING THE OPERATION «TRANSVESICAL ADENOMECTOMY»

Борис Ипати, Виктор Бобу, Константин Гуцу, А. Л. Бондаренко, Константин Иешану, Лилия Кирица, Владимир Карайон, Эдуард Плешка

Клиника Урологии, Муниципальная Клиническая Больница «Sf. Treime», Кишинев

Summary

This article is consecrated to the practical experience of application of an advanced method of transvesical adenomectomy. Intraoperation hemostasis and postoperative lavaje of the bladder, applied according to the efficiency proposal to 100 patients, have resulted in considerable decrease in quantity of hospitalization days and significant reduction of intra - and postoperational complications. The described method has a conclusive economic gain.

Rezumat

EFECTUL ECONOMIC AL OPTIMIZĂRII METODELOR DE HEMOSTAZĂ, DRENARE A VEZICII URINARE, LOJEI ADENOMULUI DE PROSTATĂ ȘI URETREI ÎN CADRUL INTERVENȚIEI „ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ”

Prezentul articol este consacrat experienței practice a aplicării unei metode avansate a adenomectomiei transvezicale. Hemostaza intraoperatorie și lavajul postoperatoriu al vezicii urinare, utilizate în conformitate cu propunerea de eficientizare la 100 pacienți a fost urmată de o scădere considerabilă a numărului zilelor de spitalizare și a complicațiilor intra- și postoperatorii. Metoda descrisă oferă un beneficiu economic substanțial.

Введение

В настоящее время в мире имеются 3 метода аденомектомии:

- чрезпузырная открытая
- позадилобковая
- трансуретральная резекция (ТУР)

К сожалению, наше урологическое отделение не располагает аппаратом для ТУР и мы применяем классическую чрезпузырную аденомектомию по методу Федорова-Фрейера.

Задачи метода

Гемостаз и дренирование мочевого пузыря после аденомектомии являются важными моментами и могут иметь далеко идущие последствия, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде: кровопотеря в момент операции, ранние и поздние кровотечения, образование стриктур, расход медикаментов, длительность пребывания больного в послеоперационном периоде.

Предложенный комбинированный метод гемостаза, дренирования мочевого пузыря, ложа аденомы предстательной железы (АПЖ) и уретры после указанной операции, является очередным шагом в поиске наиболее оптимальных методов, и доказал высокую эффективность.

Материал и методы

Рационализаторское предложение №695/15 от 23.01.2001, автор Б.А. Ипату

Описанный ниже метод использовался в Клинике Урологии Муниципальной Клинической Больницы «Sfinta Treime» с 2001 по 2010 годы у 100 пациентов при операции «Аденомектомия чрезпузырная».

Суть метода

После вскрытия мочевого пузыря (МП) и ревизии пальцем и на глаз, иногда применяли предварительные гемостатические швы в области устьев мочеточников и рассечения электроножом слизистой МП над АПЖ, с целью уменьшения образования обрывков слизистой.

В последнее время применяли введение в простату 5%-20мл раствора аминокaproновой кислоты до вылуцивания АПЖ - метод предложен урологической кафедрой усовершенствования врачей г. Санкт-Петербург проф. В.П. Александров.

После энуклеации АПЖ делается временный гемостаз с помощью марлевой салфетки, смоченной в 3% H₂O₂, либо пропитанной вазоконстрикторами - адреналин, норадреналин. После чего, производится ревизия ложа АПЖ, выявляемые обрывки тканей иссекаются; кровоточащие сосуды в области устьев мочеточников прошива-

ются швом-восьмеркой и слизистая подтягивается в ложе АПЖ и фиксируется к «хирургической капсуле».

Если ложе АПЖ больших размеров, то накладываются кетгутовые швы - Z-образные, либо одиночные – вкол-выкол с каждой стороны на стенку мочевого пузыря в области ложа АПЖ, с целью приблизить друг к другу стенки мочевого пузыря, слизистая оболочка к слизистой, для уменьшения объема ложа. Накладываются один-два шва.

Сближение стенок МП данным методом «слизистая к слизистой» суживает шейку МП и полость ложа временно (на 5-7 дней), и позволяет произвести тракцию баллона катетера Фолей с целью гемостаза. Баллон при натяжении не должен проваливаться в ложе АПЖ. Через 5-7 дней кетгут простой размягчается и самораспускается, при этом образуется общая полость «МП и ложе АПЖ» с широким сообщением, т.е. не образуются «песочные часы» или стриктура задней уретры.

Через уретру в мочевой пузырь проводится 2-х ходовой катетер Фолей, вместе с дополнительной трубкой от разовой капельницы, концы их в мочевом пузыре прошиваются капроновой нитью. Баллон катетера Фолей наполняется 35-40 мл жидкости, катетер подтягивается и фиксируется к коже бедра. Баллон осуществляет гемостаз.

Нить из пузыря проводится через все слои, и с ее помощью катетер Фолей и трубка фиксируется на «поплавке» на передней брюшной стенке. Мочевой пузырь ушивается наглухо. Ирригация мочевого пузыря осуществляется, начиная с 3-5 постоперационного дня.

Это позволяет струйно отмывать мочевой пузырь и ложе АПЖ от крови, слизи, солей и т.д. В случае образования «клапана» из сгустков крови и слизи в отверстиях катетера Фолей (ретроградно ток свободный, антеградно – жидкость не идет) орошение мочевого пузыря идет через основной канал катетера Фолей, отток – через дополнительную уретральную трубку.

Натяжение катетера Фолей снимается через 6-20 часов, тогда же эвакуируется жидкость из баллона катетера Фолей, благодаря чему образуется единая полость – МП и ложе АПЖ, что позволят легко отмывать эту полость от крови, слизи, обрывков тканей. При наличии умеренного кровотечения из ложа АПЖ на вторые-шестые сутки применяли в системе орошения вазоконстрикторы – адреналин, норадреналин.

Наполненный баллон катетера Фолей, по нашим наблюдениям, заполняя определенный объем МП является дополнительным раздражителем и причиной ложных позывов к мочеиспусканию.

Благодаря наличию в уретре двух самостоятельных трубок, создается пространство – щель между трубками и

слизистой уретры, содержимое уретры и ложа АПЖ легко эвакуируется наружу.

Обе уретральные трубки находятся в уретре 7-9 суток, позволяя в любой момент наладить орошение в случае кровотечения.

Дренирование уретры и ложа АПЖ является важным моментом в послеоперационном периоде: уменьшается вероятность уретритов, «уретральной лихорадки», нет мучительных позывов на мочеиспускание.

Результаты и обсуждение

У всех больных не наблюдали больших кровотечений требующих переливания крови. Температурная реакция была умеренной: 3-4 дня 37,5-38С. Практически все раны зажили первичным натяжением, уретральные трубки убрали через 7-9 суток. Мочеиспускания всегда были свободными. Длительность пребывания больного в стационаре 14-15 дней, в том числе, период операции составлял 9-12 дней.

Сравнительный анализ длительности пребывания больного в стационаре говорит о видимых преимуществах данного метода:

1. В сборнике работ посвященных столетию кафедры усовершенствования врачей г. Санкт-Петербург, автор статьи В.П. Александров указывает на длительность пребывания больного после операции «Аденомэктомия чрезпузырная», которая составляла в контрольной группе 19,3 дня, а после введения 20 мл 5 % раствора аминокaproновой кислоты составляла 17,1 день.

2. Детальный анализ длительности пребывания больного после указанной операции в условиях Муниципальной Клинической Больницы «Sfinta Treime» приведенный др. В.Г. Бобу показал что - в 1993 году прооперировано стандартными методами 56 пациентов, послеоперационный койко-день 19,9;

- в 1998 году прооперировано стандартными методами 44 пациентов, послеоперационный койко-день 21,1;
- в 2004-2005 годах прооперировано по вышеуказанной нашей методике 100 пациентов, послеоперационный койко-день 11,35. Общее пребывание больного в стационаре составляло 14-15 суток.

3. Журнал «Урология» №1 за 2004 год, статья «Современные аспекты оперативного лечения АПЖ», автор А. Камелов, Институт Урологии РФ, директор академик Н.А. Лопаткин, после операции «Аденомэктомия чрезпузырная» указывает на послеоперационный койко-день 16,8.

4. Журнал «Урология» №5 за 2010 год, статья «Отличительные особенности чрезпузырной экстрауретральной аденомэктомии от трансуретральной резекции простаты при аденоме», автор Н. Ф. Сергиенко и соавторы, Главный военный клинический госпиталь имени Ак. Бурденко. Автор подчеркивает некоторые преимущества чрезпузырной аденомэктомии по сравнению с ТУРом. Заживление операционной раны и полное восстановление акта мочеиспускания у больных при чрезпузырной аденомэктомии наступало на 12-16 сутки, больного выписывали на 18-21 сутки.

Выводы

Применяемый метод привел к сокращению количества койко-дней в среднем на 6-8 дней, что представляет собой около 30 % времени нахождения больного в стационаре. Полученные нами результаты являются самыми оптимальными в сравнении с данными других авторов при операции «Аденомэктомия чрезпузырная».

Без сомнения, в улучшение показателей после данной операции играют роль современные методы анестезии и применение новейших лекарств. Тем не менее, имеется явный экономический эффект от применения указанного метода операции «Аденомэктомия чрезпузырная», который составляет на данном этапе на каждом больном с АПЖ 5 дней или 700-750 лей в условиях Республики Молдова.

Литература

1. В.П. АЛЕКСАНДРОВ, Сборник работ посвященных столетию кафедры усовершенствования врачей г. Санкт-Петербург, 1986 г., стр. 102-107
 2. А. КАМЕЛОВ, «Современные аспекты оперативного лечения АПЖ», журнал «Урология» №1, 2004 год, стр. 65-67.
 3. Н.Ф. СЕРГИЕНКО, «Отличительные особенности чрезпузырной экстрауретральной аденомэктомии от трансуретральной резекции простаты при аденоме», журнал «Урология» №5 за 2010 год, стр. 29-35
-