

Використання трансуретральної мікрохвильової термотерапії у хворих з гострою затримкою сечі

А.І. МИСАК, В.В. ТВЕРДОХЛІБ, В.Я. ХОРОШ¹, А.В. МАНКІШ², Т.Б. КОРИЛЬЧУК¹

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна клінічна лікарня¹, Чернівецька обласна клінічна лікарня²

USING OF TRANSURETHRAL MICROWAVE THERMOTHERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE RETENTION OF URINE

A.I. MYSAK, V.V. TVERDOKHLIB, V.Y. KHOROSH¹, A.V. MANKISH², T.B. KORYLCHUK¹

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky, Ternopil Regional Clinical Hospital¹, Chernivtsi Regional Clinical Hospital²

У статті наведено результати лікування методом трансуретральної мікрохвильової термотерапії у 74 хворих на доброякісну гіперплазію простати, ускладнену гострою затримкою сечі. Клінічна ефективність запропонованого лікування становила 71,62 %. Враховуючи неінвазивність, легку переносимість, відсутність побічних ефектів, ТУМТ є методом вибору у хворих із ГЗС на ґрунті ДГП, в яких є протипоказання до хірургічного лікування і загального знеболювання.

This article describes the results of treatment of 74 patients with acute retention of urine by transurethral microwave thermotherapy. Clinical efficiency of offered treatment was 71,62 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Фізіологічний акт сечовипускання без надування і болочості складає необхідний атрибут одного із компонентів оптимальної якості життя. Але інколи настають моменти, коли кардинально міняється поняття про якість життя. Одним із таких можна назвати гостру затримку сечі (ГЗС). В поодиноких випадках ГЗС виникає внаслідок провокуючих факторів, таких як хірургічне втручання під загальним знеболюванням, надмірне вживання рідини, приймання медикаментів із симпатоміметичною або антихолінергічною дією [1]. Але все-таки основну, преваючу групу, складають більш ніж 90 % чоловіків, у яких ГЗС зумовлена природним розвитком доброякісної гіперплазії простати (ДГП) [2, 3].

Факторами ризику розвитку ГЗС, за даними урологів Європи, є: вік > 70 років, об'єм простати > 30 см³, урофлоуметрія < 12 мл/с, індекс симптомів за шкалою IPSS > 7 балів, наявність залишкової сечі > 50 мл, рівень ПСА > 1,5 нг/мл [4, 5].

Всім нам добре відомо, що основними методами усунення ГЗС у хворих із ДГП залишається короткотривала катетеризація сечового міхура, троакарна чи надлобкова епіцистостомія, трансуретральна резекція чи відкрита простатектомія. Але бувають ситуації, коли при відсутності ефекту від консервативної терапії наважитись на радикальне усунення причини ГЗС досить проблематично че-

рез тяжку супутню патологію. І тоді перед лікарем постає дилема: як вийти з даної проблеми? Який вид лікування застосувати, щоб не зашкодити хворому і відновити самостійне сечовипускання?

За останні десятиріччя проходить пошук нових підходів у лікуванні симптоматичної ДГП [6]. Для того, щоб той чи інший метод був визнаний успішним, необхідно, щоб він був менш інвазивним і при цьому проявляв виражену ефективність, не потребував загальної анестезії, можливо, проводився амбулаторно і мав якнайменше ускладнень. Одним із таких уротехнологічних впроваджень, що відповідає вищезгаданому критерію, можна вважати трансуретральну мікрохвильову термотерапію (ТУМТ).

Мета роботи: оцінити результати ефективності ТУМТ у чоловіків із ДГП, ускладненою ГЗС.

Матеріали і методи. За період з 2002 до 2008 року на базі урологічного відділення Тернопільської обласної клінічної лікарні виконано 412 ТУМТ хворим на ДГП із високим оперативним ризиком, із них у 29 (7,04 %) – амбулаторно. У 74 (17,96 %) пацієнтів ДГП ускладнилась ГЗС.

Скарги хворих оцінювались за допомогою індексу симптомів, розробленого Американською урологічною асоціацією (IPSS), та шкали оцінки якості життя внаслідок порушення сечовипускання (QOL). Об'єм сечового міхура, товщина стінки, розміри та об'єм передміхурової залози, кількість залишкової сечі визначались

трансабдомінальною сонографією. Функцію верхніх сечовивідних шляхів оцінювали за допомогою рентгенологічних та радіонуклідних методів дослідження. Рівень простатичного специфічного антигену (PSA) у всіх пацієнтів був у межах норми (до 4 нг/мл).

Неможливість застосування більш радикальних методів хірургічного лікування ДГП була зумовлена наявністю тяжкої комбінованої супутньої патології: у 28 – ІХС, дифузний та постінфарктний кардіосклероз, серцева недостатність Па-б ступеня; у 18 – ІХС із складним порушенням ритму серця; у 11 – залишкові явища після перенесеного інсульту; у 17 – гіпертонічна хвороба III ступеня; у 12 – хронічний бронхіт, емфізема легень, легенева недостатність II ступеня; у 4 – цукровий діабет, тип II, тяжка форма; у 19 – варикозна хвороба нижніх кінцівок із ХВН II-III ступеня; у 6 – хронічна ниркова недостатність II ступеня; у 2 – хвороба Бехтерева; у 1 – двобічний коксартроз.

ТУМТ виконували на вітчизняному апараті “АЛМГП-01” з частотою 1300 Hz, ректальною температурою – 42,5 °C і уретральною температурою – 44,5 °C. Середня тривалість сеансу становила 46-55 хв. Об’єм простати, за даними УЗД, коливався від 46 до 102 см³ і в середньому склав 74,5 см³. Після закінчення сеансу ТУМТ пацієнтам повторно встановлювали катетер Foley і призначали пероральні антибактеріальні середники, як правило, фторхінолонового ряду. За 3 доби до видалення уретрального катетера розпочинали приймання α_1 -адреноблокаторів (кардура – 2 мг/добу). У двох пацієнтів, схильних до гіпотонії, був призначений селективний α_{1a} -адреноблокатор (омнік) в дозі 0,4 мг/добу. Катетер видаляли на четвертий тиждень після ТУМТ, після завершення процесів розсмоктування клітинного некрозу.

Результати досліджень та їх обговорення.

Більшість хворих добре перенесла сеанс ТУМТ. Лише у 3 (4,05%) пацієнтів в післяопераційному періоді відзначалась короткотривала уретрорагія, в 2 (2,70%) – явища цистопієлонефриту і ще в 1 (1,35%) – одностороння уретральна лихоманка. Початкові доопераційні показники були такими: IPSS – 21,54±1,12; QOL – 4,46±0,32. Провівши аналіз цих показників через 9-12 місяців після ТУМТ, отримано такі результати: IPSS знизився до 18,51±2,45, а індекс якості життя QOL – 3,04±0,32. Після видалення катетера Foley фізіологіч-

не сечовипускання відновилося у 66 (89,19%) хворих. Кількість залишкової сечі у пацієнтів, в яких відновилося сечовипускання, коливалась від 15 до 130 мл і в середньому склала (46,25±18,36) мл. Рівень PSA надалі залишався у межах норми.

Власна суб’єктивна оцінка пацієнтами ефективності від проведеної ТУМТ на фоні ГЗС виявилась такою: не відчували від процедури ніякого ефекту (сечовипускання не відновився) 8 (10,81%) хворих; почувують себе погано, але мали тимчасове (6-9 місяців хворі самостійно мочились, після чого повторно настала ГЗС) поліпшення – 13 (17,57%); почувують себе на теперішній час задовільно, хоча періодично турбують дизуричні розлади, але все ж таки стан кращий, ніж до ТУМТ, – 36 (48,65%) пацієнтів. На добре і відмінно, значно краще, ніж перед втручанням, свій стан оцінили 17 (22,97%) хворих. У 8 пацієнтів, в яких не відновилося фізіологічне сечовипускання, були такі особливості: внутрішньоміхуровий ріст ДГП, об’єм залози у більшості хворих був понад 85 см³.

До року після ТУМТ хірургічне лікування проведено 8 пацієнтам (в 2 – черезміхурова простатектомія, в 4 – ТУР простати і ще у 2 – надлобкова цистостомія). У групі з тимчасовим поліпшенням прооперовано 10 хворих (в 6 – черезміхурова простатектомія, в 4 – ТУР простати). Трьом пацієнтам цієї ж групи, після виникнення вдруге ГЗС, було проведено повторний сеанс ТУМТ і знову відновлено самостійне сечовипускання. Слід відмітити, що при відкритих простатектоміях (після ТУМТ) відмічалися труднощі при енуклеації гіперплазованих вузлів, в зв’язку з проліферативними змінами в них і навколишніх тканинах. Другою особливістю було те, що після ТУМТ, як при відкритих простатектоміях, так і при ТУР простати, крововтрата була меншою і короткотривалою.

Висновки. 1. Враховуючи неінвазивність, легку переносимість, відсутність побічних ефектів, ТУМТ є методом вибору у хворих з ГЗС на ґрунті ДГП, в яких є протипоказання до хірургічного лікування і загального знеболювання.

2. Віддалені результати ТУМТ можна вважати задовільними, з добрим ефектом у 71,62% пацієнтів.

3. При об’ємі передміхурової залози більше 85 см³ та вираженому внутрішньоміхуровому рості ДГП ефективність ТУМТ сумнівна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Переверзев А.С. Острая задержка мочи – неотложное клиническое состояние // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Чернівці, 2007. – С. 127-129.
2. Иремашвили В.В. Острая задержка мочеиспускания у мужчин // Здоровье мужчины. – 2007. – № 4(23). – С. 126-129.
3. Emberton M., Anson K. Acute urinary retention in men: an age old problem // BMJ. – 1999. – P. 921-925.
4. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on

management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations // J. Urol. – 2003. – P. 30-47.

5. Elhilali M., Vallancien G., Emberton M. et al. Management of acute urinary retention (AUR) in patients with BPH. A worldwide comparison // J. Urol. – 2004. – Vol. 171, № 407. – P. A1544.

6. Fitzpatrick J.M., Kirby R.S. Management of acute urinary retention // BJU Int. – 2006. – Vol. 97 (Suppl 2). – P. 16-20.