

УДК 616.65 – 006.03/ - 007.61 – 06:616.62 – 008.224] – 089.819

©О. Л. Ковальчук, А. І. Мисак, В. В. Твердохліб, О. С. Нестерук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЗАТРИМКИ СЕЧІ У ХВОРИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ І ТЯЖКОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЗАТРИМКИ СЕЧІ У ХВОРИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ І ТЯЖКОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ – У статті наведено результати лікування методом трансуретральної мікрохвильової термотерапії у 81 хворого на доброякісну гіперплазію простати, ускладнену гострою затримкою сечі. Клінічна ефективність запропонованого лікування становила 71,6 %.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ И ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ – В статье приведены результаты лечения методом трансуретральной микроволновой термотерапии у 81 больного с доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной острой задержкой мочи. Клиническая эффективность лечения составила 71,6 %.

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF ACUTE URINARY RETENTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA AND SEVERE CONCOMITANT DISEASES – This article describes results of the treatment by Transurethral Microwave Thermotherapy of 81 patients with acute retention of urine. Clinical efficiency of treatment was 71.6 %.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія простати, гостра затримка сечі, трансуретральна мікрохвильова гіпертермія.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия простаты, острая задержка мочи, трансуретральная микроволновая термотерапия.

Key words: benign prostatic hyperplasia, acute urinary retention, transurethral microwave thermotherapy.

ВСТУП Доброякісна гіперплазія передміхурової залози, згідно з епідеміологічними дослідженнями, є досить поширеним захворюванням, яке зустрічається у чоловіків середнього, похилого та старечого віку [1]. З віком частота цього захворювання збільшується до 85 % [2]. Поширеність доброякісної гіперплазії простати (ДГП) в Україні серед чоловіків, вік яких старший від працездатного, за останні п'ять років зростає майже на 35 % і становила у 2007 р. 4438,2 на 100 тис. відповідного населення (147 677 хворих) [3].

Відомо, що фізіологічний акт сечовипускання без натужування і болючості складає необхідний атрибут одного із компонентів оптимальної якості життя. Але інколи настають моменти, коли кардинально змінюється 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, прийом медикаментів із симпатоміметичною або антихолінергічною дією [4]. Але все ж таки, основну, превалюючу групу складають більше ніж 90 % чоловіків, у яких ГЗС зумовлена природним розвитком доброякісної гіперплазії простати (ДГП) [5, 6].

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 мкг/л [7, 8].

Всім нам добре відомо, що основними методами усунення ГЗС у хворих з 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 є досить проблематично, через тяжку супутню патологію. І тоді перед лікарем постає питання: 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 [9]. 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 критеріям, можна вважати трансуретральну мікрохвильову термотерапію (ТУМТ).

Метою дослідження було вивчення результатів ефективності ТУМТ у чоловіків з ДГП, ускладненою ГЗС і тяжкою супутньою патологією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» придбано та перебуває в експлуатації апарат локальної мікрохвильової гіпертермії простати (АЛМГП-01) виробництва фірми “РАДМІР” ДП АТ НДІРВ, м. Харків з 2002 року. За період з 2002 до 2013 року на базі урологічного відділення виконано 516 ТУМТ хворим на ДГП з високим оперативним ризиком.

Клінічно проаналізовано історії хвороб 81 (15,69 %) пацієнта, у якого ДГП ускладнилась ГЗС.

Скарги хворих оцінювали за допомогою індексу симптомів (IPSS), розробленому Американською Урологічною Асоціацією, та шкали оцінки якості життя внаслідок порушення сечовипускання (QOL). Об'єм сечового міхура, товщина стінки, розміри та об'єм передміхурової залози, кількість залишкової сечі визначали 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 29 хворих ми діагностували ІХС, дифузний та постінфарктний кардіосклероз, серцеву недостатність ІІА-Б ступеня; у 34 – ІХС із складним порушенням ритму серця; у 13 – залишкові явища після перенесеного інсульту; в 32 – гіпертонічну хворобу ІІІ ступеня; у 17 – хронічний бронхіт, емфізему легень, легеневу недостатність ІІ ступеня; у 8 – цукровий діабет, тип ІІ,

тяжка форма; у 21 – варикозну хворобу нижніх кінцівок із ХВН II–III ступенів; у 9 – хронічну ниркову недостатність II ступеня; у 2 – хворобу Бехтерева; у 3 – двобічний коксартроз. У кожного хворого, якому ми виконували ТУМТ, було від трьох до п'яти супутніх захворювань.

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 см³ до 102 см³ і в середньому склав 74,5 см³. Після закінчення сеансу ТУМТ пацієнтам повторно встановлювали катетер Foley і призначали пероральні антибактеріальні засоби, як правило, фторхінолонового чи цефалоспоринового ряду. Післяопераційний ліжко-день становив 4–7 ліжко-днів, у середньому 4,92 л/дня. За 3 доби до видалення уретрального катетера розпочинали прийом α_1 -адреноблокатора (Омнік 0,4 мг/д). 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 5 (6,17 %) пацієнтів у післяопераційному періоді відмічали короткотривалу уретрорагію, 2 (2,46 %) – явища цистопієлонефриту і ще 2 (2,46 %) – однократну уретральну лихоманку. Початкові доопераційні показники були наступними: IPSS – 21,62±1,14; QOL – 4,42±0,36. Провівши аналіз цих показників через 9–12 місяців після ТУМТ, отримано наступні результати: IPSS знизився до 18,42±1,63, а індекс якості життя QOL – до 3,07±0,24. Після видалення катетера Foley фізіологічне сечовипускання відновилося у 72 (88,89 %) хворих. Кількість залишкової сечі в пацієнтів, у яких відновилося сечовипускання, коливалась від 15 до 145 мл і в середньому склала (48,25±18,36) мл. Рівень PSA надалі залишався у межах норми.

Власна суб'єктивна оцінка пацієнтами ефективності від проведеної ТУМТ на тлі ГЗС виявилась наступною: не відчували від процедури жодного ефекту (сечовипускання не відновилося) 9 (11,11 %) хворих; почувають себе погано, але мали тимчасове (6–9 місяців хворі самостійно мочились, після чого повторно настала ГЗС) покращення 14 (17,28 %); почувають себе на даний час задовільно, хоча періодично турбують дизуричні розлади, але все ж таки стан кращий, ніж до ТУМТ – 40 (49,38 %) пацієнтів. На добре і відмінно, значно краще, ніж перед втручанням, свій стан оцінили 18 (22,22 %) хворих. У 9 пацієнтів, у яких не відновилося фізіологічне сечовипускання, були такі особливості: внутрішньоміхурове збільшення ДГП, об'єм залози у більшості хворих був вище 85 см³.

До року після ТУМТ хірургічне лікування проведено у 8 пацієнтів, у яких не відновилося самостійне сечовипускання (в 2 – черезміхурова аденомектомія, у

4 – ТУР простати і ще в 2 – надлобкова цистостомія). Один хворий відмовився від операційного лікування і знаходиться вже третій рік на постійному катетері. У групі з тимчасовим покращенням прооперовано 11 хворих (у 4 – черезміхурова простатектомія, в 6 – ТУР простати і ще в одного – троакарна надлобкова цистостомія). Трьом пацієнтам цієї ж групи після виникнення вдруге ГЗС було проведено повторний сеанс ТУМТ і знову відновлено самостійне сечовиділення. Слід відмітити, що при відкритих аденомектоміях (після ТУМТ) відмічали труднощі при енуклеації гіперплазованих вузлів, у зв'язку з проліферативними змінами в них і навколишніх тканинах. Другою особливістю було те, що після ТУМТ, як при відкритих аденомектоміях, так і при ТУР простати, крововтрата була меншою і короткотривалою.

ВИСНОВКИ Враховуючи неінвазивність, легку переносимість, відсутність побічних ефектів, ТУМТ є методом вибору в пацієнтів із ГЗС на ґрунті ДГП, в яких є протипоказання до хірургічного лікування і загального знеболювання. Віддалені результати ТУМТ можна рахувати задовільними, з хорошим ефектом у 71,62 % пацієнтів. При об'ємі передміхурової залози більше 85 см³ та вираженому внутрішньоміхуровому рості ДГП ефективність ТУМТ сумнівна.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанов О. Ф. Прогнозування результатів застосування тамсулозину для відновлення сечовипускання у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, ускладнену гострою затримкою сечі / О. Ф. Возіанов С. П. Пасечніков, Н. О. Сайдакова // Здоров'я чоловіка. – 2008. – № 3. – С. 118–123.
2. Cuneyt Ozden The Correlation between Metabolic Syndrome and Prostatic Growth in Patients with Benign Prostatic Hyperplasia / Cuneyt Ozden, Ozden Levent Ozdal, Guvenc Urganciglu // J. Urol. – 2007. – Vol. 51. – P. 199–206.
3. Сайдакова Н. О. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2006–2007 рік (відомче видання) / Н. О. Сайдакова, Л. М. Старцева. – К., 2008.
4. Переверзев А. С. Острая задержка мочи – неотложное клиническое состояние / А. С. Переверзев : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Чернівці, 2007. – С. 127–129.
5. Иремашвили В. В. Острая задержка мочеиспускания у мужчин / В. В. Иремашвили // Здоровья мужчины. – 2007. – № 4 (23). – С. 126–129.
6. Acute urinary retention in men: an age old problem / M. Emberton, K. Anson // BMJ. – 1999. – P. 921–925.
7. 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.
8. Management of acute urinary retention (AUR) in patients with BPH. a worldwide comparison / M. Elhilali, G. Vallancien, M. Emberton [et al.] // J. Urol. – 2004. – Vol. 171, № 407. – P. 1544.
9. Management of acute urinary retention / J. M. Fitzpatrick, R. S. Kirby // B. J. U. Int. – 2006. – Vol. 97 (Suppl 2). – P. 16–20.

Отримано 19.03.14