

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра урологии, андрологии, сексологии ИПО

**РЕФЕРАТ
ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОСЛОЖНЕНИЕ АДЕНОМЭКТОМИИ.**

Выполнил:

Клинический ординатор

Фарафонов Иван Борисович

2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

1. Лечение доброкачественной гиперплазии
2. Недержание мочи после аденомэктомии.
3. Недержание мочи после аденомэктомии.
4. Консервативное лечение состоит
5. Литература

Лечение доброкачественной гиперплазии

Несмотря на все разнообразие методов (хирургические, малоинвазивные, медикаментозные), применяемых при лечении доброкачественной гиперплазии парауретральных желез, иными словами - аденома предстательной железы, на современном этапе наиболее частым является открытая аденомэктомия. Хотя данные операции при инфравезикальной обструкции у мужчин среднего, пожилого и старческого возраста выполняются давно, до сих пор возникают осложнения после их проведения.

Частота осложнений колеблется в пределах 8,8-18,8%. Среди осложнений после аденомэктомии различают ранние и поздние (отдаленные). Отдаленные осложнения аденомэктомии простаты можно подразделить на 3 группы:

1. инфекционно-аллергические
2. функциональные
3. органические

Посттравматические заболевания шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, но травма - аденомэктомия - носит хирургический характер. Эти осложнения нельзя назвать ятрогенными, т.е. возникающими по вине оперировавшего врача, но, в известной степени, они зависят от вида и способа аденомэктомии, послеоперационного лечения, длительности нахождения катетера в уретре после операции и, наконец, от квалификации самого хирурга, выполнившего операцию.

Наиболее частым из поздних инфравезикальных органических осложнений аденомэктомии простаты является простая структура задней части уретры. В клинической картине наблюдается затруднение мочеиспускания, мочеиспускание тонкой струей или по каналам. Причины этого осложнения можно только предполагать - раннее удаление катетера и уретрит. Лечение данного осложнения - бужирование. Однако, этот метод применим только при стриктурах небольшой протяженности (до 1 см), имеет целый ряд осложнений, из которых можно выделить очень частое рецидивирование стриктуры, образование ложного хода, обострение хронического воспалительного процесса.

На современном этапе разработана и внедрена в практику щадящих методов лечения стриктур уретры. К ним относятся оптическая уретротомия и трансуретральная электрорезекция, внутренняя слепая уретротомия (уретротом Мюзо).

Показаниями к ретроградной уретротомии является облитерация уретры на ограниченном протяжении при наличии эпицистостомы, выраженное сужение уретры, при котором проведение бужей было невозможно либо представляло значительные трудности и было чревато созданием “ложных” ходов.

Ретроградная уретротомия проводится под визуальным контролем. Кольцевидно расположенные рубцовые ткани рассекаются копьевидным ножом до появления возможности ретроградного проведения уретротомы в мочевого пузыря.

Антеградная уретротомия осуществляется после предварительного проведения бужей через стриктуру уретры с ее дилатацией до размера резектоскопа. Последний проводится в мочевого пузыря, а затем в антеградном направлении выполняется уретротомия и электрорезекция рубцовой ткани мочеиспускательного канала. Для улучшения результатов целесообразно на 3-4 день после операции применение рассасывающей терапии. По мнению ряда авторов, лучшим сочетанием считается применение эндоуретрального фонофореза лидазы и антибиотика при помощи ультразвукового излучателя. Ультразвуковое излучение, воздействуя на волокнистые структуры коллагена, способствуют глубокому проникновению лидазы и антибиотика в ткани рубцово-измененной уретры. Лидаза, содержащая фермент гиалуронидазу, способствует распаду цементирующего вещества соединительной ткани - гиалуроновой кислоты - до глюкозамина и глюкуроновой кислоты и тем самым уменьшает ее вязкость. Гиалуронидаза способствует проницаемости ткани и облегчает движение жидкости в межклеточном пространстве, что приводит к формированию более эластичного соединительнотканного рубца.

Сложнее обстоит дело с лечением длинных (более 1 см) стриктур уретры. В таких случаях методом выбора считается проведение радикальной операции. Среди множества операций наилучшие результаты наблюдаются при проведении ее по Соловову. Техническое выполнение этой операции относительно просто, однако для ее успеха необходимо полное удаление всех рубцовых тканей и достаточная мобилизация здоровой части уретры, чтобы ее сопоставление с шейкой мочевого пузыря происходило без малейшего натяжения.

Более редким осложнением, занимающим второе место по частоте, является стриктура или облитерация шейки мочевого пузыря. Клиническая картина та же, что и при стриктурах уретры. Предполагаемыми причинами могут быть предшествовавший хронический простатит, ушивание шейки хромкетгутовыми толстыми швами и раннее удаление катетера или ведение без него. Лечение данного осложнения

включает в себя трансвезикальную резекцию шейки мочевого пузыря или проведение ТУР.

Еще один вид отдаленного осложнения аденомэктомии простаты органической природы – остаточная полость на месте удаленной аденомы, так называемый предпузырь. Если “предпузырь” не сопровождается стриктурой шейки мочевого пузыря или уретры, у большинства больных он не вызывает каких-либо клинических проявлений. Лишь у некоторых, перенесших уретрит, “предпузырь” может быть источником пиурии и болей в промежности без дизурии, иногда на столько сильных. Что больные не могут сидеть. При отсутствии эффекта от консервативной терапии. Выполняется иссечение “предпузыря” с инвагинацией уретры по Соловову.

Более тяжелые клинические проявления характерны для образования “предпузыря” с сочетанием со стриктурой уретры. В качестве причины этого комбинированного осложнения можно предположить удаление большой аденомы и вместе с ней простатической части уретры. Клинические проявления этого осложнения можно было бы охарактеризовать одним словом – дизурия. Однако, эта дизурия весьма своеобразна. Мочеиспускание учащено днем и ночью – соответственно до 8 и 5 раз. В момент начала мочеиспускания больные отмечают боль или давление в промежности, а затем появление мочи тонкой, вялой струей; эти ощущения удерживаются на протяжении всего акта мочеиспускания. Уменьшение боли или давления совпадают с началом выделения мочи по каплям. Напряжение брюшного пресса не приводит к окончанию подтекания мочи, и некоторое ее количество попадает на белье. Это пассивное выделение мочи происходит из “предпузыря” по суженной части уретры.

Лечение: включает в себя резекцию уретры в пределах здоровой ткани, иссечение “предпузыря” до шейки мочевого пузыря и реконструкцию уретры по Соловову на дренажной трубке. Еще более тяжелой бывает клиническая картина заболевания, когда к описанному выше осложнению присоединяется стриктура шейки мочевого пузыря, то есть у больного имеются стриктуры шейки мочевого пузыря, “предпузырь”, стриктура уретры. Причины этого осложнения, по видимому те же, что и у предыдущего, но с симптоматикой несколько иного характера. Ведущим симптомом является затрудненное, с натуживанием, иногда по каплям, мочеиспускание; выраженные боли в промежности и по ходу уретры, длительное подтекание мочи после мочеиспускания.

Перечисленные выше осложнения аденомэктомии сложны и требуют вдумчивого выбора адекватного метода лечения. При использовании инструментального лечения, то есть бужирования, радикального успеха практически никогда не добиться. Более того, этот

метод опасен новыми осложнениями (так называемыми “осложнениями осложнений”). Хорошим методом лечения является ТУР. При определенном навыке внутренняя уретротомия электроножом с помощью операционного уретроцистоскопа и трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря могут дать хорошие результаты. В послеоперационном периоде обязательно дренирование мочевого пузыря постоянным катетером в течение 3-5 дней с последующим бужированием в течение 2-3 месяцев с убывающей частотой. Существует и ряд особенностей при выполнении операции по Соловову в данных ситуациях. Доступ к уретре должен быть широким. Лучшим разрезом является продольный по шву от заднего полюса мошонки до промежности, не доходя до сфинктера анального отверстия. Абсолютно необходимым хорошая, по всей линии разреза мобилизация уретры. Опасения возможного искривления кавернозных тел вследствие укорочения уретры после операции излишни, так как у большинства больных имеется импотенция, а у сохранивших половую функцию мочеиспускательный канал сравнительно быстро растягивается. Важным правилом является тщательное выделение рубцово измененной части уретры вместе с “предпузырем”, стенки которого представляют собой обрывка капсулы простаты, остатки последней, рубцовую и грануляционную ткань. Уретру следует проводить по неизмененным тканям, необходимо категорически избегать протягивания ее через “предпузырь” - последний в дальнейшем рубцуется, что нарушает нормальную проходимость мочеиспускательного канала.

Теперь хотелось бы сказать о так называемых “осложнениях осложнений”. Причиной их является насильственное бужирование при уже имеющейся стриктуре или стриктуре в сочетании с “предпузырем”. При стриктуре шейки мочевого пузыря возможен ложный ход в шейке мочевого пузыря. В клинической картине этого осложнения нет каких-либо специфических признаков: первоначальная послеоперационная дизурия (частые позывы, мочеиспускание с натуживанием тонкой струей и малыми порциями) переходила в потерю позывов и мочеиспускание по ощущению тяжести над лоном с натуживанием, тонкой вялой струей. Тонус такого мочевого пузыря обычно понижен, с большим количеством остаточной мочи. При осмотре со стороны мочевого пузыря в области внутреннего отверстия мочеиспускательного канала виден белесоватый рубец, плотный при пальпации, и обычно рядом с ним в складках слизистой оболочки удается обнаружить свищ. Одним из возможных выходов в данной ситуации является ТУР рубцово измененной ткани шейки мочевого пузыря с проведением резектоскопа по ложному ходу, то есть иссечение перемычки между ложным ходом и истинной уретрой.

Чем тяжелее осложнение, тем серьезнее его осложнение. Можно указать на несколько вариантов “осложнений осложнений”: предпузырно-пузырный ложный ход; уретропузырный ложный ход, минуя “предпузырь”. Причины этих комбинированных осложнений заключаются в бужировании при наличии стриктуры шейки мочевого пузыря или стриктуры и шейки и предпузырного отдела уретры. В клинической картине можно отметить большую вариабельность расстройств мочеиспускания - от непрерывного подтекания мочи до полной ее задержки. В лечении этих комбинированных осложнений консервативные методы не эффективны, методом выбора остается операция Соловова по описанной выше методике. Отличительной особенностью оперативного вмешательства является необходимость полного удаления ложного хода. В противном случае нагноение сводит все усилия хирурга на нет: рецидив стриктуры или мочевого промежностный свищ и нарушенное мочеиспускание оставляет такого пациента в категории тяжелейших больных.

Недержание мочи после аденомэктомии.

Функциональные осложнения аденомэктомии стоят на 3 месте после инфекционно-аллергических и органических осложнений. Установлено, что при позадилобковой аденомэктомии недержание мочи встречается в 0,1% случаев, при чрезпузырной - в 1-3 %, при промежностной - в 2-5 %. Для успешного лечения недержания мочи после аденомэктомии необходимо знать анатомо-функциональное состояние мочевого пузыря и его замыкательного аппарата. В норме пассивное удержание мочи осуществляется за счет расслабления детрузора, эластических свойств задней уретры, а активное удержание мочи - за счет сократительной способности наружного сфинктера.

Причиной возникновения недержания мочи после аденомэктомии предстательной железы можно условно разделить на предрасполагающее и непосредственные.

1. Предрасполагающие факторы
патологические процессы, затрудняющие энуклеацию аденоматозных узлов;
нарушение иннервации в зоне Циммермана;
вегетативной нервной системы (снижение влияния симпатического отдела);
повышение уровня простогландина Е 2

1. Непосредственные факторы:

гиперрефлексия детрузора;

повреждение сфинктеров мочевого пузыря (разрыв или растяжение) при энуклеации аденомы или неправильное использование с гемостатической целью баллонного катетера (ишемические изменения вплоть до некроза при чрезмерной и длительной компрессии баллоном шейки мочевого пузыря).

Различают 5 видов недержания мочи:

1. тотальное недержание мочи, характеризующееся постоянным подтеканием мочи независимо от положения тела;
2. стрессовые недержания мочи, возникающие при физической нагрузке и повышении внутрибрюшного давления
3. ортостатическое недержание мочи, проявляющееся в вертикальном положении пациента, тогда как при горизонтальном положении появляется позыв на мочеиспускание и больной мочится самостоятельно
4. эпизодическое недержание мочи, возникающее в независимости от времени, положения тела и физических нагрузок
5. недержание мочи, развивающееся в результате частых императивных позывов на мочеиспускание.

У части больных, кроме недержания мочи чаще всего диагностируются стриктуры уретры и шейки мочевого пузыря, “предпузырь”, камни “предпузыря”, ложный ход уретры, воронкообразная шейка мочевого пузыря.

Характер выявленных нарушений указывает на необходимость индивидуального выбора метода терапии для каждого больного с недержанием мочи после аденомэктомии.

В клинике у больных с недержанием мочи при наличии сочетанного поражения нижних мочевых путей в первую очередь проводится мероприятия, направленные на ликвидацию инфравезикальной обструкции.

На следующем этапе проводится противовоспалительная терапия и коррекция сопутствующих заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления. После этого осуществляется медикаментозное лечение гиперрефлекторного мочевого пузыря. В последнюю очередь осуществляются лечебные мероприятия, направленные на

восстановление нарушенной функции замыкательного аппарата мочевого пузыря и повышение резистентности уретры.

Показаниями к оперативному лечению является ортостатическое и тотальное недержание мочи, при котором чаще всего отмечается неэффективность консервативного лечения, и все другие виды недержания мочи после проведенного консервативного лечения без эффекта. В ряде случаев при отборе больных для оперативного лечения пользуются результатом исследования профиля внутриуретрального давления, во время которого определяется функциональная длина уретры и максимальное внутруретральное давление. Исследование проводится в покое и при стимуляции сфинктеров мочевого пузыря; полученные результаты сравниваются и по ним прогнозируется эффективность или неэффективность консервативной терапии.

Консервативное лечение состоит

1. лечебная физкультура

проводится всем больным. На ряду с общефизическим упражнениями, благотворно влияющими на сердечно-сосудистую и нервную системы, применяются специальные упражнения, направленные на укрепление сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, а также мышц тазового дна (сокращение сфинктера мочевого пузыря - имитация прерывания струи мочи; напряжение сфинктеров заднего прохода, “ велосипед “,

“ножницы”). Упражнения проводятся по 20-30 мин. В день в течение 4-6 месяцев.

2. Медикаментозное лечение.

Направлено на устранение состояний при которых повышается внутрибрюшное давление: запоры, сильный и частый кашель.

При гиперрефлекторном мочевом пузыре с целью снижения его порога рефлекторности назначают антихолинэргические препараты (атропин, платифиллин, экстракт белодонны), ректальные свечи с белодонной, инстилляции в мочевой пузырь раствора дроперидола. Под влиянием этих препаратов увеличивается объем мочевого пузыря, снижается внутрипузырное давление, возрастает внутриуретральное сопротивление.

С целью стимуляции сфинктеров мочевого пузыря используется прозерин. Физические методы лечения сочетаются с введением АТФ (восполняет энергозатраты сфинктеров мочевого пузыря при электростимуляции).

3. Физические методы.

С 1970 года в лечении широко применяется электростимуляция. Для проведения электростимуляции используют поверхностные, накожные, уретральные, ректальные и анальные электроды. Уретральные электроды поочередно подводятся к области наружного и внутреннего сфинктера мочевого пузыря; индифферентный электрод устанавливается на кожу в области крестца. Курс лечения - 10 сеансов по 10 мин.

Под влиянием электростимуляции улучшаются трофические процессы в рецепторах, нервных проводниках и спинальных центрах, вследствие чего повышается возбудимость мышц сфинктера. Кроме того, прямая электрическая стимуляция является эффективным лечением сопутствующего хронического простатита.

Звуковая стимуляция. Излучатель звука устанавливается на промежность, прижимая к коже. Процедура состоит из двух сеансов по 10 минут с перерывом в 60 минут. Курс лечения - 10 процедур. Эффект лечения обусловлен преобразованием электрических сигналов, оптимальных при прямой электрической стимуляции, в механические.

Комплексное консервативное лечение оказывается эффективным приблизительно в 80% случаев недержания мочи.

ЛИТЕРАТУРА :

1. А. Г. Хрипкова, В. С. Миронов, И. Н. Шепило “Физиология человека”, издательство “Просвещение”, Москва, 1971 г.
2. Р. Д. Синельников “Атлас анатомии человека”, издательство “Медицина”, Москва, 1973 г.
3. А. В. Краев “Анатомия человека”, издательство “Медицина”, Москва, 1978г.
4. Н. В. Крылова, Т. М. Соболева “Мочеполовой аппарат”, анатомия в схемах и рисунках, издательство Российского университета дружбы народов, Москва, 1994 г.
5. “Руководство по урологии” под редакцией Н. А. Лопаткина, издательство “Медицина”, Москва, 19

