

УДК 616.65-007.61-006.55-089.87

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ  
РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ И ОТКРЫТОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ  
У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Н.С. Эстебесов*

Изучена частота осложнений трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

*Ключевые слова:* доброкачественная гиперплазия предстательной железы; трансуретральная резекция; аденомэктомия.

---

**COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPLICATIONS  
AFTER TURP AND CYSTIC PROSTATECTOMY IN PATIENTS  
WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**

*N.S. Estebesov*

The article presents the study of the rate of complications after transurethral resection of the prostate (TURP) and transcystic prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia.

*Key words:* benign prostatic hyperplasia; transurethral resection of the prostate; prostatectomy.

**Введение.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной урологии. Это связано с высокой распространенностью данного заболевания. Этиология заболевания до конца не ясна [1]. Существует несколько теорий возникновения ДГПЖ, в большинстве из них главное значение отводится возрастному нарушению гормонального обмена [2, 3]. Наиболее часто заболевание диагностируют у мужчин пожилого возраста, но все же может часто ДГПЖ проявляться и у мужчин молодого возраста. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у мужчин в возрасте 40–49 лет частота возникновения ДГПЖ составляет 11,3 %, а в возрасте 80 лет достигает 81,4 %. Отмечают, что с каждым годом жизни пожилого мужчины его простата увеличивается в среднем примерно на 1 см<sup>3</sup>, а скорость мочеиспускания снижается на 0,2 мл в секунду. Обзор научной литературы показал, что хирургическое удаление предстательной железы в возрасте 40–49 лет составляет около 13 %, в возрасте 50–59 лет – около 24 %, а у мужчин в возрасте старше 60 лет пример-

но в 39 % случаев требуется хирургическое лечение. Таким образом, почти 40 % мужчин оперируются в работоспособном возрасте, а около трети мужчин в возрасте 80 лет уже оперированы по поводу гиперплазии предстательной железы [4–7].

Однако неоспоримым фактом является и то, что каждое оперативное вмешательство имеет определенный процент осложнений. По литературным данным различных отечественных клиник, этот процент колеблется от 6 до 13 %. К ранним послеоперационным осложнениям (период до 3-х месяцев) относятся кровотечения, стриктура уретры, воспалительные заболевания (наиболее часто встречаемые орхит, орхоэпидидимит, восходящий пиелонефрит) и поздние стриктура уретры, рецидив ДГПЖ [8].

В современной урологии в оперативном лечении ДГПЖ применяется трансуретральная резекция (ТУР) и ее модификации, чреспузырная и позадилоная аденомэктомия. Сегодня открытая аденомэктомия выполняется при больших (более 100 см<sup>3</sup>) объемах гиперплазированной предстательной железы, а также при сочетании ДГПЖ с большим

дивертикулом мочевого пузыря, наличием камней в мочевом пузыре и невозможностью выполнения цистолитотрипсии. И хотя открытая операция даст наилучшие результаты в отношении параметров мочеиспускания и жалоб пациентов, значительное количество (до 21 %) ранних и поздних послеоперационных осложнений заставляет все чаще пересматривать показания к ее выполнению.

После открытых оперативных вмешательств в послеоперационном периоде и в более отдаленные сроки могут возникать обструктивные и воспалительные осложнения со стороны мочеполовой системы, требующие в последующем проведения соответствующей терапии. Важные факторы риска инфекционно-воспалительных осложнений – длительное уретральное и надлобковое дренирование мочевого пузыря, травматичность и продолжительность хирургического вмешательства, а также методы гемостаза ложа аденомы предстательной железы. Осложнения аденомэктомии подразделяют на интраоперационные, послеоперационные и осложнения позднего периода. Частота послеоперационных воспалительных осложнений со стороны мочеполовой системы чаще зависит от методов гемостаза ложа аденомы. Воспалительные осложнения чаще развиваются после аденомэктомии с гемостазом ложа аденомы поперечными или продольными швами, наложенными на шейку мочевого пузыря. Так, у оперированных пациентов в послеоперационном периоде возникли воспалительные осложнения. Высокий процент эпидидимита и обострения хронического простатита связан с длительным трансуретральным дренированием и неполным опорожнением ложа аденомы (так называемого предпузыря) от раневого отделяемого. Это ведет к воспалению и формированию грубой рубцовой ткани в ложе аденомы, т. е. создаются условия для возникновения в последующем инфравезикальной обструкции с выраженной клинической симптоматикой. В зависимости от метода гемостаза ложа аденомы возникают осложнения и на поздних сроках после аденомэктомии. Частота и характер поздних осложнений, находятся также в зависимости от методов гемостаза ложа аденомы предстательной железы. У одномоментно оперированных больных при гемостазе ложа аденомы предстательной железы съёмными кетгутowymi лигатурами среди поздних осложнений отмечаются единичные обострения хронического простатита и вторичного цистита. У пациентов, которым гемостаз ложа аденомы был выполнен поперечными несъёмными швами, наложенными на шейку мочевого пузыря, доля воспалительных осложнений колебалась в пределах от 16 до 33 % [3, 7, 9–12]. Кли-

нические исследования свидетельствуют о том, что гемостаз ложа аденомы марлевыми тампонами чаще способствует возникновению воспалительных осложнений, хотя при этом методе гемостаза ложа аденомы предстательной железы условия для развития послеоперационной инфравезикальной обструкции не создаются.

Стеноз шейки мочевого пузыря и стриктура простатического отдела уретры относятся к характерным поздним осложнениям после выполнения гемостаза ложа аденомы поперечными или продольными несъёмными кетгутowymi швами. По данным отдельных авторов, доля обструктивных осложнений колеблется в широких пределах: от 3,9 до 50 %.

Среди поздних осложнений наиболее серьёзным и требующим оперативного вмешательства состоянием бывает инфравезикальная обструкция, которая, по данным литературы, колеблется в широких пределах и достигает 50 %. Мнения клиницистов по этиологии и патогенезу обструктивных осложнений весьма противоречивы. Одни полагают, что данное осложнение возникает в связи с воспалительным процессом в ложе аденомы предстательной железы, другие видят причину в методике гемостаза ложа аденомы предстательной железы.

Анализ клинического материала показал, что стриктура простатического отдела уретры после надлобковой чреспузырной аденомэктомии возникает в связи с вытягиванием и отрывом простатической части уретры в процессе вылушивания аденомы или из-за ее пересечения дистальнее верхушки аденомы. В подобных случаях длительное уретральное дренирование не обеспечивает профилактики развития стриктуры простатического отдела уретры.

ТУР предстательной железы является общепризнанным стандартом оперативного лечения ДГПЖ, что объясняется высокой эффективностью данной методики в избавлении от инфравезикальной обструкции и связанной с ней симптоматики, меньшей, по сравнению с открытой операцией травматичностью вмешательства, возможностью повторения без значительного повышения риска для больного, более коротким периодом реабилитации [12–16]. Однако даже самый “золотой стандарт” – трансуретральная аденомэктомия не лишена осложнений. Наиболее грозным из них является кровотечение. Среди поздних осложнений ТУР наиболее серьёзными являются: рубцовая деформация шейки мочевого пузыря, недержание мочи, ТУР-синдром и ретроградное семяизвержение. Стриктура уретры и склероз шейки мочевого пузыря (простаты) – стабильные осложнения отдаленного периода, больных, перенесших ТУР про-

Таблица 1 – Сравнительная характеристика частоты осложнений ТУР и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных с ДГПЖ

Вид осложнений	ТУР (n = 47)	Открытая аденомэктомия (n = 82)
Кровотечение, %	1	5
Травма уретры и сфинктера, %	3	1
Инфекционно-воспалительные осложнения, %	4	6
Острая задержка мочи, %	5	1
Недержание мочи (краткосрочное), %	5	3
Обострение пиелонефрита, %	1	3
Сроки пребывания больных в стационаре после операции, койко-дней	5–6	10–11
Длительность операции, мин	30–40	60–70

статы. Инфекционно-воспалительные осложнения возникают обычно в течение нескольких дней – недель после ТУР простаты и могут проявляться в виде острого пиелонефрита, уретрита, эпидидимита, эпидидимоорхита, цистита, парауретральных абсцессов и др. Риск повторной операции составляет 18–20 %.

Цель работы – провести сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений при трансуретральной резекции простаты (ТУР) и открытой аденомэктомии у больных ДГПЖ.

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни и опыте лечения 129 пациентов с ДГПЖ (средний возраст составил  $67 \pm 2,4$  года).

**Результаты и их обсуждение.** Для каждого метода оперативного лечения ДГПЖ есть показания и противопоказания. Показаниями к выполнению открытой аденомэктомии являются наличие камней, опухолей и дивертикулов мочевого пузыря, большой объем предстательной железы (80 см<sup>3</sup> и более).

Эндоскопическое вмешательство – ТУР (без вскрытия мочевого пузыря) – выполняется, если имеет место тяжелая сопутствующая патология, не позволяющая провести открытую чреспузырную аденомэктомию, если объем железы не превышает 80 см<sup>3</sup>, а также у пациентов до 60 лет с сохраненной половой функцией. Послеоперационные результаты лечения больных обеих групп, таких как длительность послеоперационного периода, количество послеоперационных осложнений и реабилитация больных зависят от выбранного метода оперативного лечения.

Послеоперационные результаты лечения больных обеих групп, таких как длительность послеоперационного периода, количество послеоперационных осложнений и реабилитация больных зависят от выбранного метода оперативного лечения [4, 9, 10].

В таблице 1 представлена сравнительная характеристика частоты осложнений ТУР и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных ДГПЖ.

Как видно из таблицы 1, каждый из методов хирургического лечения имеет свои преимущества и недостатки. Так, при ТУР кровотечений меньше (тем более, с тампонадой мочевого пузыря), значительно реже наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения, сокращается продолжительность оперативных вмешательств и сроки пребывания больных в стационаре.

Таким образом, в настоящее время основным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является оперативный, а трансуретральная резекция предстательной железы не уступает по эффективности открытой операции и в последнее время становится наиболее распространенным методом лечения ДГПЖ, который считается “золотым стандартом” оперативного лечения анализируемой патологии. Трансуретральная резекция ДГПЖ значительно расширила показания к выполнению оперативного лечения и становится стандартной операцией не только при обычных, но и при больших размерах ДГПЖ. Данный метод оперативного лечения имеет меньше осложнений и сокращает сроки пребывания больных на стационарном лечении.

#### Литература

1. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Н.А. Лопаткин, А.В. Сивков. М., 1999. С. 99–102.
2. Лопаткин Н.А. Урология / Н.А. Лопаткин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. 520 с.
3. Roehrborn C.G. Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia. Chapter 38 / Roehrborn C.G., McConnell J.D. // Campbell's Urology. 8th edition. WB Saunders, 2000.

4. *Сергиенко Н.Ф.* К вопросу о выборе способа операции при аденоме предстательной железы / Н.Ф. Сергиенко, А.И. Бегаев, А.В. Щекочихин и др. // Воен. мед. журнал. 2006. № 7. С. 38–42.
5. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.А. Камалов и др. // Урология. 2004. № 1. С. 30–34.
6. *Madersbacher S., Gerasimos A., Nordling J. et al.* EAU 2004 Guidelines on assessment, therapy and follow up of men with LUTS suggestive of BPH (BPH Guidelines) // Eur. Urol. 2004. V. 46. P. 547–554.
7. *Porru D., Jallous H., Cavalli V. et al.* Prognostic value of a combination of IPSS, flow rate and residual urine volume compared to pressure flow studies in the preoperative evaluation of symptomatic BPH // Eur. Urol. 2002. V. 41. P. 246–249.
8. *Мартов А.Г.* Послеоперационные урологические осложнения трансуретральных электрохирургических вмешательств на предстательной железе по поводу аденомы / А.Г. Мартов, Д.С. Меринов, С.И. Корниенко и др. // Урология. 2006. № 3. С. 25–32.
9. *Сивков А.В.* Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы / А.В. Сивков // Урология. Consilium Medicum. 2002. Приложение. С. 9–18.
10. *Перепанова Т.С.* Уретральный катетер как фактор риска образования стриктуры уретры и инфекции мочеполовых органов у мужчин / Т.С. Перепанова, Ю.В. Кудрявцев // Мужское здоровье: материалы всерос. конф. М., 2003. С. 94.
11. *Пушкарь Д.Ю.* Гнойно-воспалительные осложнения после открытых урологических операций / Д.Ю. Пушкарь // Пленум Правления Российского общества урологов. Киров, 2000. С. 109–120.
12. *Борисов В.В.* Диагностика и терапия недержания мочи после аденомэктомии / В.В. Борисов // Материалы Пленума Правления Российского общества урологов. Ярославль, 2001. С. 244–245.
13. *Мартов А.Г.* Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии аденомы простаты / А.Г. Мартов, Н.А. Лопаткин. М.: Триада X, 1997. С. 95–103 .
14. *Ткачук В.Н.* Факторы, влияющие на развитие гнойно-воспалительных осложнений после ТУР у больных ДГПЖ / В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, А.Э. Лукьянов и др. // Международный. мед. конгресс “Медицина высоких технологий в XXI веке”: сб. тезисов. Челябинск, 1999. С. 179–180 .
15. *Mebust W.* Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. Cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3,885 patients / Mebust W., Holtgrewe H., Cockett A., Peters P. // J Urol. 2002. V. 167 (1). P. 5–9.
16. *Thomas A.W., Cannon A., Bartlett E. et al.* The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: the influence of detrusor underactivity on the outcome after TURP with a minimum 10 year urodynamic follow up // Br. J. Urol. 2004. V. 93. P. 745–750.