



В. О. Шапринський,
В. І. Горовий, О. М. Капшук,
О. О. Воровський

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИКОНАННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ЗАЛОБКОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА СИМУЛЬТАННОЇ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПРОСТАТИ ТА ПАХВИННУ ГРИЖУ

Резюме. Пахвинну грижу виявляють у 2-8 % хворих на доброякісну гіперплазію простати. Можливість одномоментного усунення простатичної обструкції та пахвинної грижі вимагає удосконалення методики гемостазу під час виконання залобкової простатектомії з метою зменшення крововтрати та часу операції є актуальним питанням, як абдомінальної хірургії, так і урології.

Мета досліджень. Удосконалити методику гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу з метою зменшення крововтрати та часу виконання операції.

Матеріали і методи досліджень. Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залобкової простатектомії було виконано 32 хворим на доброякісну гіперплазію простати. У перших 6 пацієнтів передочеревинну грижопластику виконували перед залобковою простатектомією, в останніх 26 хворих — після простатектомії через можливість послаблення накладених швів при розтягуванні рани гачками.

Результати досліджень та їх обговорення. З метою зменшення кровотечі під час залобкової простатектомії та часу виконання операції ми запропонували виконувати зав'язування гемостатичних П-подібних кетгутових швів (№ 6) на бічних поверхнях капсули простати на м'язових шматочках (прокладках) із пірамідального м'яза живота. Інтраопераційну крововтрату під час операції визначали ваговим способом. Застосування методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу дозволило скоротити тривалість операції на 10-15 хв, а крововтрату на 150-250 мл.

Висновки. Результати удосконалення методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу показують зменшення тривалості операції та інтраопераційної крововтрати. Використання сітчастого протеза при виконанні передочеревинної пластики пахвинних гриж та одномоментної залобкової простатектомії дозволяє одномоментно усунути дві хірургічні патології з одного доступу, профілакувати рецидив грижі, покращити якість життя пацієнта та має економічне обґрунтування.

Ключові слова: одномоментна залобкова простатектомія, симультанна передочеревинна грижопластика, гемостаз ложа простати.

Вступ

За даними літератури, пахвинну грижу виявляють у 2-8 % хворих на доброякісну гіперплазію простати. Наявність пахвинної грижі по-

гіршує якість життя пацієнтів, які страждають на доброякісну гіперплазію простати, і несе потенційну загрозу защемлення із розвитком тяжких ускладнень. Можливість одномомент-

ної симультанної герніопластики при виконанні простатектомії є актуальним питанням, як абдомінальної хірургії, так і урології. Можливість одномоментного усунення простатичної обструкції та пахвинної грижі вимагає удосконалення методики гемостазу під час виконання залобкової простатектомії з метою зменшення крововтрати та часу операції [1-5]. Методика симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж при виконанні одномоментної залобкової простатектомії була дельно представлена нами у попередніх публікаціях [6,7].

Мета досліджень

Удосконалити методику гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу з метою зменшення крововтрати та часу виконання операції.

Матеріали і методи досліджень

Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залобкової простатектомії було виконано 32 хворим на доброякісну гіперплазію простати, які знаходились на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні в 2008-2019 рр. Вік хворих коливався від 62 до 75 років: 10 хворих були у віці до 65 років, 13 пацієнтів у віці 66-70, 9 – старше 70 років. При цьому, 5 хворим була виконана грижопластика з обох боків. Розміри грижових воріт (зовнішнього пахвинного кільця) коливались від 2,5 до 4,5 см, прямих гриж було 14, косих – 18. У перших 6 пацієнтів передочеревинну грижопластику виконували перед залобковою простатектомією, в останніх 26 хворих – після простатектомії через можливість послаблення накладених швів при розтягуванні рани гачками. У 2 хворих до операції виявили наявність інфекції у сечовивідних шляхах (у загальному аналізі сечі

кількість лейкоцитів перевищувала 10 у полі зору) через наявність невеликих каменів (до 1-2 см) у сечовому міхурі.

Одномоментну залобкову простатектомію виконували поперечним доступом в надлобковій ділянці за Пивоваровим П. І. та співавторами (1991) [8]. Спосіб полягає у проведенні 2-х чи 3-х П-подібних лігатур через капсулу простати (з боку ложа видалених гіперплазованих вузлів простати) і зав'язування їх на бічних (зовнішніх) поверхнях капсули з метою низведення (тригонізації) заднього півкола шийки сечового міхура у порожнину ложа простати, закриття рани ложа та зупинки кровотечі із ложа. Камені сечового міхура видаляли через шийку. Після виконання основного етапу операції (простатектомії) виділяли пахвинну грижу, відділяли її від сім'яного канатика, висікали грижовий мішок (у 18 випадках) та проводили пластику задньої стінки пахвинного каналу шляхом зшивання клубово-лобкового тяжа із аркою поперечного м'яза живота Вікриорм 3.0 чи шовковими (№4) лігатурами та одночасного встановлення сітчастого імплантата «PROMESH». У 14 випадках грижовий мішок не висікали (через невеликі розміри), а лише відводили від зони герніопластики.

Результати досліджень та їх обговорення

Основним етапом залобкової простатектомії є швидка зупинка кровотечі із ложа простати та одночасне відновлення міхурово-простатичного сегмента. З метою зменшення кровотечі під час залобкової простатектомії та часу виконання операції ми запропонували виконувати зав'язування гемостатичних П-подібних кетгутових швів (№ 6) на бічних поверхнях капсули простати на м'язових шматочках (прокладках) із пірамідального м'яза живота (Спосіб фіксації П-подібних гемостатичних лігатур при виконанні залобкової простатектомії // Патент на корисну модель №135330, МПК А61 В17/00. Дата подання 22.01.2019, дата публікації 25.06.2019, бюл. №12) (рис. 1). Особливо до-



Рис. 1. Спосіб фіксації П-подібних гемостатичних лігатур на м'язових шматочках (1,5 x 0,7 см) із пірамідального м'яза живота при виконанні симультанної залобкової простатектомії (а, б)



речно застосовувати м'язові шматочки при витонченні капсули простати для профілактики прорізування гемостатичних швів (виконали у 3-х випадках). У випадках кровотечі із ложа простати для зменшення часу операції та крововтрати проводили гемостатичні лігатури на бічні поверхні капсули простати із одного лише проколу капсули (виконали у 3-х випадках) (рис. 2-4).

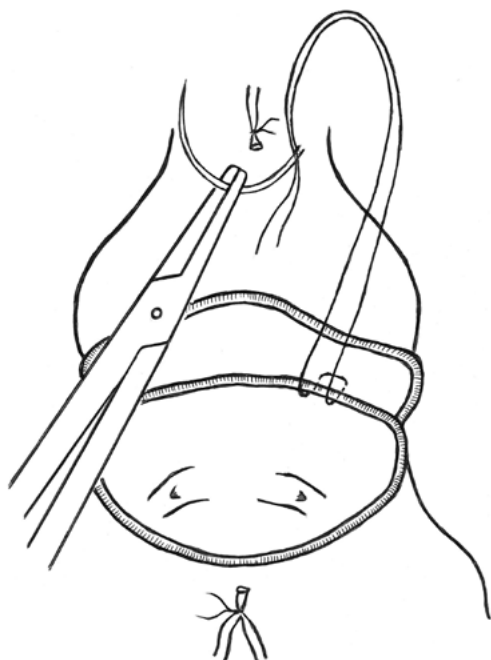


Рис. 2. Накладання двох П-подібних гемостатичних лігатур на нижнє півколо шийки сечового міхура та встановлення кінців лігатур у хвіст (лігатурний кінець) голки

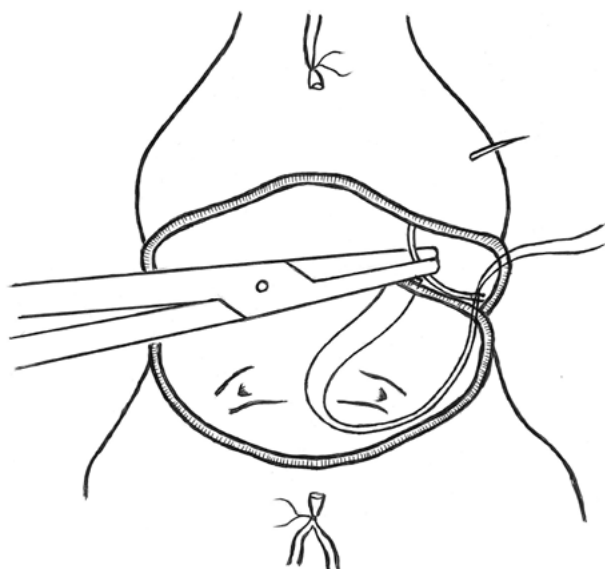


Рис. 3. Проведення П-подібних гемостатичних лігатур через капсулу простати (із внутрішнього боку на зовнішній) із одного проколу капсули

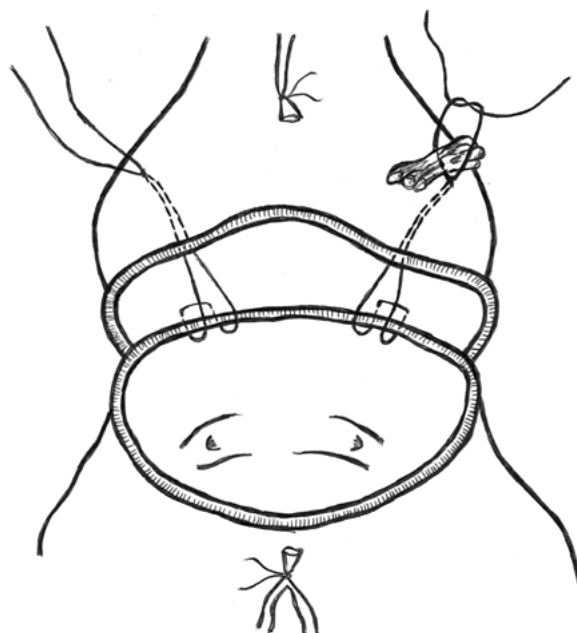


Рис. 4. Розміщення шматочка із пірамідального м'яза живота між кінцями проведеної П-подібної гемостатичної лігатури, підтягування лігатури та фіксація її на бічній поверхні капсули простати на м'язовому шматочку

Інтраопераційну крововтрату під час операції визначали ваговим способом

Застосування методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу дозволило скоротити тривалість операції на 10-15 хвилин, а крововтрату на 150-250 мл.

У ранньому післяопераційному періоді (до виписки хворого із відділення) рецидиву пахвинних гриж не спостерігали. У віддаленому післяопераційному періоді рецидиву грижі також не було відмічено. У одного хворого відмічена біль у ділянці герніопластики, яка була купована знеболюючими та протизапальними препаратами. Випадків нетримання сечі та стриктури шийки сечового міхура після простатектомії не спостерігали [8, 9]. Віддалені результати передочеревинної пластики пахвинних гриж оцінювали за допомогою анкетування.

Висновки

Результати удосконалення методики гемостазу при виконанні одномоментної залобкової простатектомії та симультанної передочеревинної герніопластики у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу дозволяють констатувати зменшення тривалості операції та інтраопераційної крововтрати. Використання сітчастого протеза при виконанні передочеревинної пластики пахвинних гриж та одномоментної залобкової простатектомії до-



зволяє одномоментно усунути дві хірургічні патології з одного доступу, профілакувати ре-

цидив грижі, покращити якість життя пацієнта та має економічне обґрунтування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велиев Е.И., Соколов А.Е., Богданов А.Б., Илюхин Л.В. Модифицированная техника позадилоной аденомэктомии (техника РМАПО) // Урология. – 2012. - №4. – С. 65 - 68.
2. Шкодкин С.В., Золотухин Д.А., Идашкин Ю.Б. и др. Способы профилактики геморрагических осложнений при позадилоной аденомэктомии // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2018. - №1. – С. 40 – 45.
3. Переверзев А.С., Сергиенко Н.Ф. Аденома предстательной железы. – Киев, 1998. - 278 с.
4. Сергиенко Н.Ф. Экстрауретральная аденомэктомия. – М.: Издательство Патриот, 2010. – 336 с.
5. Hinmann's atlas of urological surgery / Smith J. A. et al. – 3rd. ed. - Elsevier Saunders, 2012. – 604 p.
6. Шапринський В. О., Горовий В. І., Барало І. В., Капшук О. М. Досвід симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж при виконанні одномоментної залобкової простатектомії // Харківська хірургічна школа. – 2019. - №2(95). – С. 203 – 206.
7. Шапринський В.О., Горовий В.І., Капшук О.М. Застосування симультанної передочеревинної пластики пахвинних гриж з одномоментною залобковою простатектомією // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Сучасні технології в алопластичній та лапароскопічній хірургії гриж живота". – Київ, 2019. – С. 119 – 121.
8. Методика гемостаза при внепузырной позадилобковой аденомэктомии / П.И. Пивоваров, Б.Ф. Гурский, В.Д. Максимов, В.И. Горовой // Урология и нефрология. - 1991. - №2. – С. 37 – 41.



УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
МЕТОДИКИ ГЕМОСТАЗА
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
ОДНОМОМЕНТНОЙ
ЗАЛОБКОВОЙ
ПРОСТАТЭКТОМИИ
И СИМУЛЬТАННОЙ
ПРЕДБРЮШИННОЙ
ГЕРНИОПЛАСТИКИ
У БОЛЬНЫХ ИЗ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ
ПРОСТАТЫ И ПАХОВОЙ
ГРЫЖЕЙ

В. А. Шапринский,
В. И. Горовой,
А. Н. Капшук,
О. О. Воровский

Резюме. Паховые грыжи обнаруживают у 2-8 % больных доброкачественной гиперплазией простаты. Возможность одномоментного устранения простатической обструкции и паховой грыжи требует усовершенствования методики гемостаза при выполнении залобковой простатэктомии с целью уменьшения кровопотери и времени операции является актуальным вопросом, как абдоминальной хирургии, так и урологии.

Цель исследований. Усовершенствовать методику гемостаза при выполнении одномоментной залобковой простатэктомии и симультанной предбрюшинной пластики паховых грыж у больных доброкачественной гиперплазией простаты и паховой грыжи с целью уменьшения кровопотери и времени выполнения операции.

Материалы и методы исследований. Предбрюшинную пластику паховой грыжи при одномоментной залобковой простатэктомии было выполнено 32 больным с доброкачественной гиперплазией простаты. В первых 6 пациентов предбрюшинную грижепластику выполняли перед залобковой простатэктомией, в последних 26 больных — после простатэктомии из-за возможности ослабления наложенных швов при растяжении раны крючками.

Результаты исследований и их обсуждение. С целью уменьшения кровотечения во время залобковой простатэктомии и времени выполнения операции мы предложили выполнять завязывания гемостатических П-образных кетгутовых швов (№6) на боковых поверхностях капсулы простаты на мышечных кусочках (прокладках) с пирамидального мышцы живота. Интраоперационную кровопотерю во время операции определяли весовым способом. Применение методики гемостаза при выполнении одномоментной залобковой простатэктомии и симультанной предбрюшинной пластики паховых грыж у больных доброкачественной гиперплазией простаты и паховой грыжи позволило сократить продолжительность операции на 10-15 минут, а кровопотерю на 150-250 мл.

Выводы. Результаты совершенствования методики гемостаза при выполнении одномоментной залобковой простатэктомии и симультанной предбрюшинной герниопластики у больных доброкачественной гиперплазией простаты и паховой грыжи показывают уменьшение продолжительности операции и интраоперационной кровопотери. Использование сетчатого протеза при выполнении предбрюшинной пластики паховых грыж и одномоментной залобковой простатэктомии позволяет одномоментно устранить две хирургические патологии является с одной доступа, профилактировать рецидив грыжи, улучшить качество жизни пациента и имеет экономическое обоснование.

Ключевые слова: одномоментная залобковая простатэктомия, симультанная предбрюшинная грижепластика, гемостаз ложа простаты.

IMPRUING HEMOSTASIS
DURING ONE-
STAGE RETROPUBIC
PROSTATECTOMY
AND SIMULTANEUS
PREPERITONEAL
HERNIOPLASTIC IN
PATIENTS WITH BENIGN
PROSTATIC HYPERPLASIA
AND INGUINAL HERNIAS

V. O. Shaprinskyi,
V. I. Gorovyi,
O. M. Kapshuk,
O. O. Vorovskyi

Summary. Inguinal hernia is found in 2-8% of patients with benign prostatic hyperplasia. The possibility of simultaneous elimination of prostatic obstruction and inguinal hernia requires improvement of the method of hemostasis during the performance of recumbent prostatectomy in order to reduce blood loss and time of surgery is a pressing issue for both abdominal surgery and urology.

Purpose of research. Improve the method of hemostasis in the performance of one-stage prostatectomy and simultaneous preabdominal plastic of inguinal hernia in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia to reduce blood loss and time of operation.

Materials and methods of research. Preabdominal plastic of the inguinal hernia during a single-stage concurrent prostatectomy was performed for 32 patients with benign prostatic hyperplasia. The first 6 patients, preperitoneal hernioplasty was performed before retropubic prostatectomy, for the last 26 patients - after a prostatectomy because of the possibility of loosening of the applied sutures at stretching of a wound by hooks.

Research and discussion of results. In order to reduce bleeding during prostate prostatectomy and time of surgery, we proposed to perform hemostatic U-shaped catgut sutures (No. 6) on the lateral surfaces of the prostate capsule on muscle pieces (pads) of the pyramidal abdominal muscle. Intraoperative blood loss during surgery was determined by weight. The application of the hemostasis technique in the performance of a single-stage concurrent prostatectomy and simultaneous preperitoneal plasticity of inguinal hernias for patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia allowed to reduce the duration of surgery by 10-15 minutes, and blood loss by 150-250 ml.

Conclusions. The results of improvement of the method of hemostasis in the performance of a single-stage concurrent prostatectomy and simultaneous preperitoneal hernioplasty in patients with benign prostatic hyperplasia and inguinal hernia show a decrease in the duration of surgery and intraoperative blood loss. The use of mesh prosthesis in the performance of pre-abdominal plastics of inguinal hernias and one-time supraventricular prostatectomy allows one surgical pathology to be eliminated simultaneously with one access, to prevent recurrence of hernia, to improve the quality of life of the patient and to have economic justification.

Key words: *one-stage retropubic prostatectomy, simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair, hemostasis of prostatic cavity.*