

Презентация на тему: Методы
хирургического лечения
аденомы предстательной
железы

Выполнил студент 438 гр

Ниязов .В. Н

Показания к хирургическому лечению

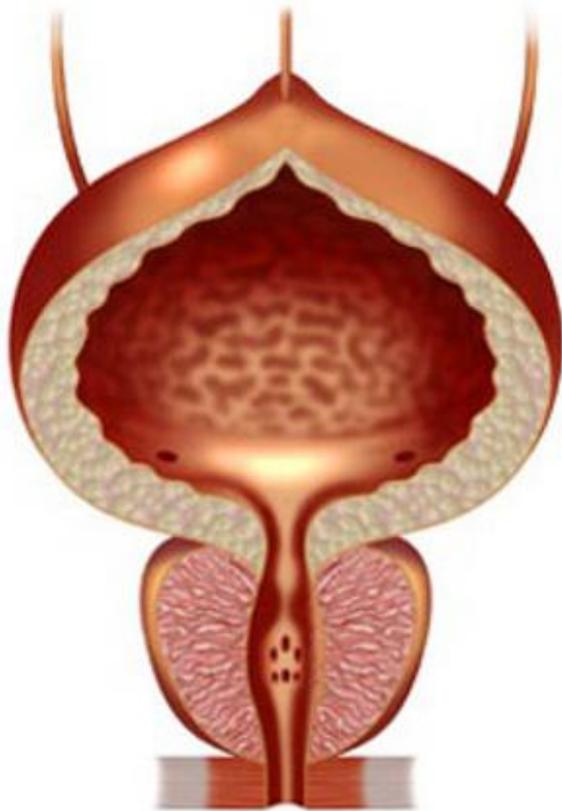
- постепенное увеличение количества остаточной мочи,
- упорная инфекция,
- рецидивирующие приступы задержки мочи,
- обильная гематурия
- множественные камни запростатического пространства
- резкое учащение ночного мочеиспускания, нарушающее сон

Все эти симптомы указывают на необходимость операции. Затягивать хирургическое лечение не рекомендуется, так как будет прогрессивно ухудшаться почечная функция

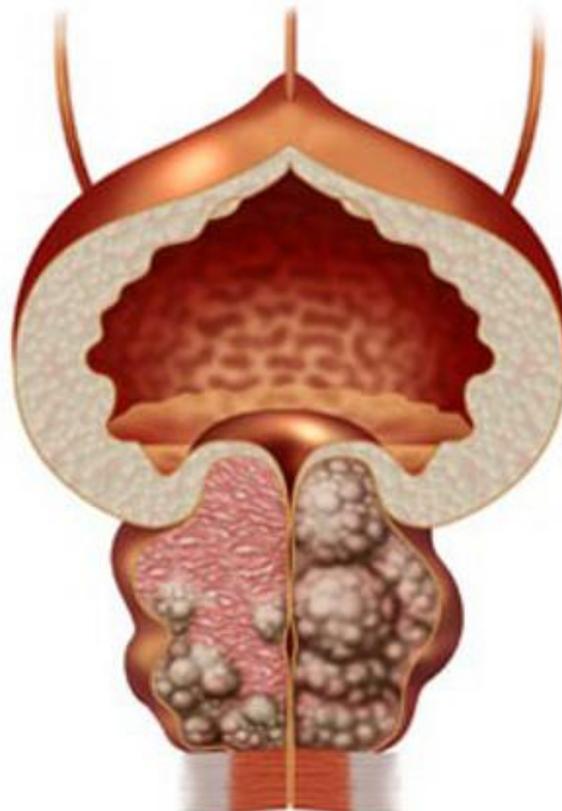
Противопоказания к операции

- тяжелые формы печеночной или сердечной недостаточности
- тромбоз венечных сосудов сердца, аневризма аорты
- далеко зашедшие формы атеросклероза мозговых сосудов
- легочное сердце.

Многие из этих противопоказаний являются временными и больной может быть подготовлен к операции соответствующим лечением



Нормальная простата



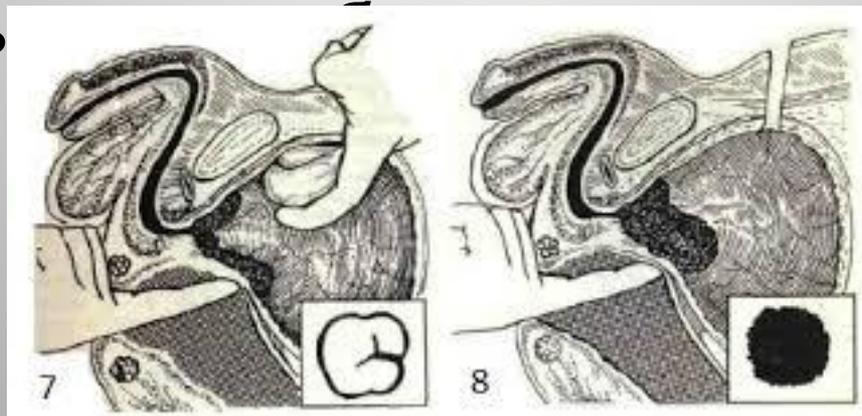
Аденома простаты

Наиболее старым методом избавления пациента от аденомы являлась методика открытой чрезпузырной аденомэктомии.

- **Открытая аденомэктомия** - это оперативное вмешательство, где хирург через разрез мочевого пузыря вылуццивает гиперплазированную (увеличенную) часть простаты.
- Данный вид операции проводится при больших размерах простаты, и различных осложнениях, таких как дивертикулы мочевого пузыря или камни мочевого пузыря

Двухмоментная операция по Федорову — Хольцову.

- Эта операция показана ослабленным больным с плохой почечной функцией, когда требуется длительное дренирование.
- **Первый этап** — наложение надлобкового свища на срок, необходимый для улучшения почечной функции (от трех недель до шести месяцев).
- **Второй этап** — чрезпузырная энуклеация аденомы. Недостаток этого типа операции — длительность



Одномоментная чреспузырная аденомэктомия по Фрейеру

Эта операция отличается простотой подхода; летальность при ней снизилась до 1,8%. Гемостаз при этой операции обеспечивается также применением катетера с баллоном типа Померанцева — Фолея . Уменьшение кровопотери ведет также к уменьшению количества таких послеоперационных осложнений, как сепсис или почечная недостаточность

Одномоментная чреспузырная аденомэктомия по Фрейеру

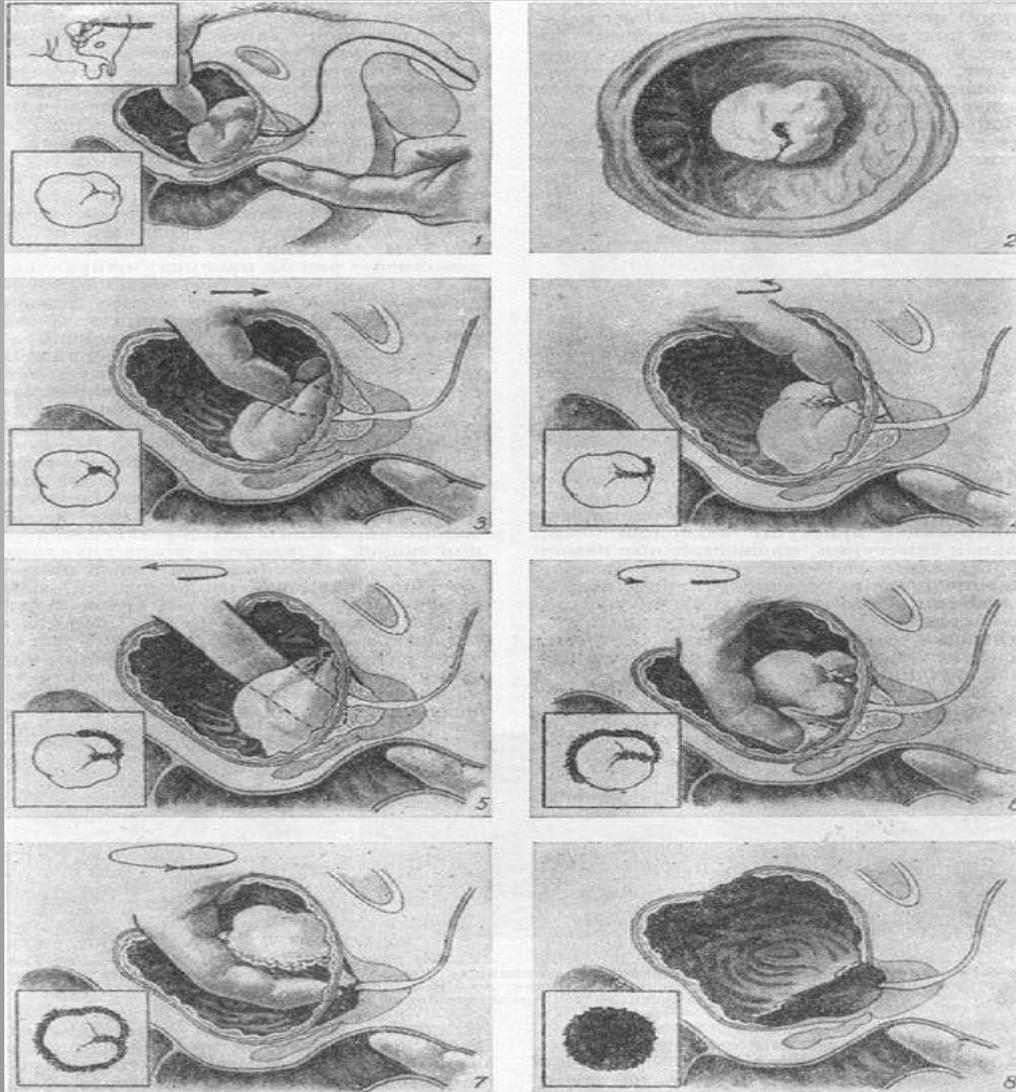
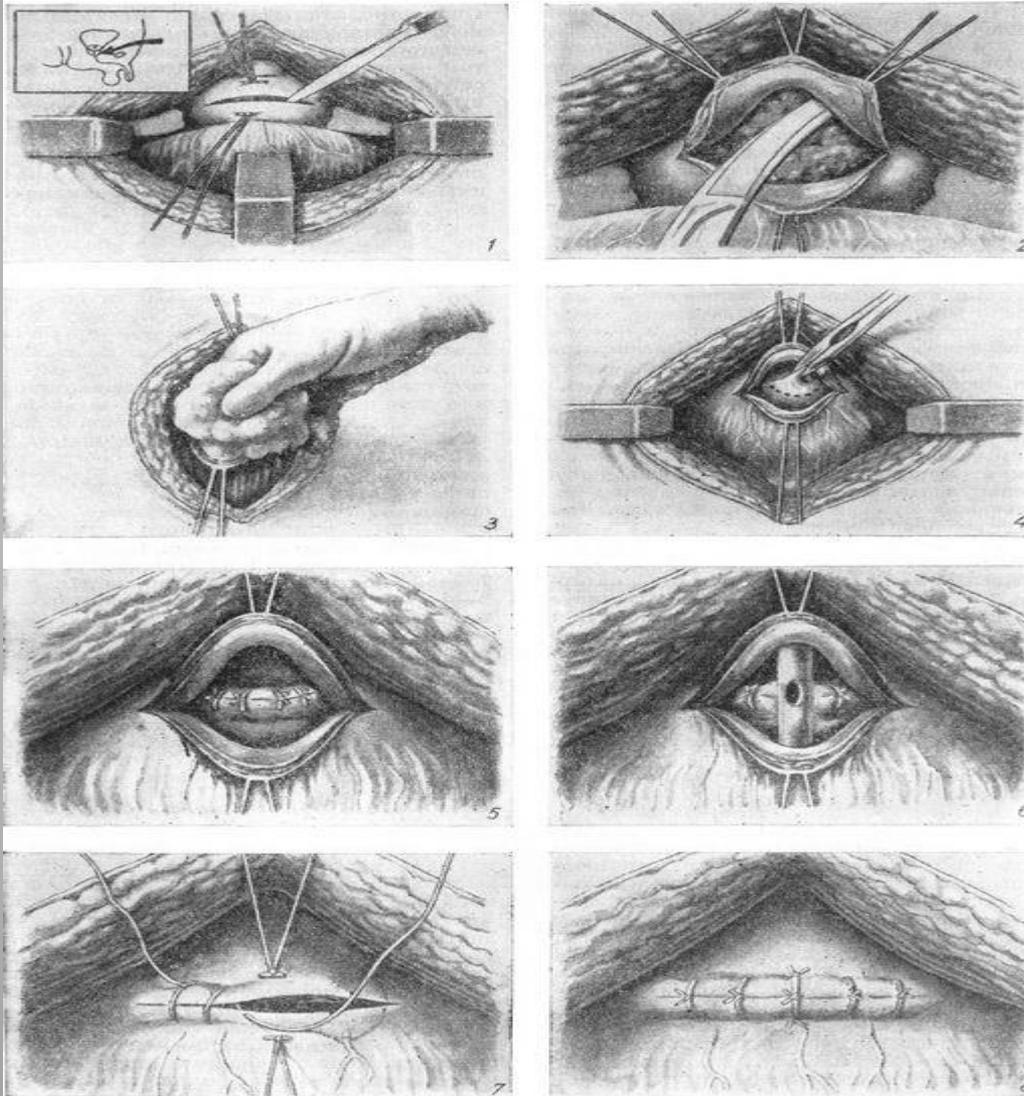


Рис. 15. Операция Фрейера (слева
внизу — схемы удаления аденомы): 1 —
указательный палец левой руки введен
в прямую кишку и приподнимает
аденому кверху; указательный палец
правой руки введен во внутреннее
отверстие мочеиспускательного канала
(слева вверху — схема введения
пальца через операционное отверстие
в брюшной стенке и мочевом пузыре); 2
— **аденома** предстательной железы,
вид сверху, в центре аденомы —
внутреннее отверстие
мочеиспускательного канала; 3 —
указательный палец правой руки
движением вперед разрывает
комиссуру; 4—7 — этапы **выделения**
аденомы из капсулы: слева (4), сбоку
(г), сзади (6); выделение нижнего
полюса до мочеиспускательного
канала, который надрывают (7); 8 —
аденома выделена и удалена, видно ее
ложе.

Ретролобковая аденомэктомия

- Впервые предложена А. Т. Лидским и разработана Миллином (Т. Millin).. В настоящее время ее применяют реже из-за наблюдавшихся осложнений — до 15% (А. Я. Абрамян).
- Подход к предстательной железе через вертикальный или поперечный надлобковый разрезы. Собственную капсулу простаты вскрывают поперечным разрезом на 1 см ниже шейки мочевого пузыря. Аденому простаты удаляют из капсулы, выделяя ее вплоть до стенки мочевого пузыря;
- Пересечением центральной части мочеиспускательного канала у самой шейки мочевого пузыря удаляют опухоль. После тщательного гемостаза через мочеиспускательный канал в пузырь вводят постоянный катетер с большими отверстиями на конце.

Ретролобковая аденомэктомия

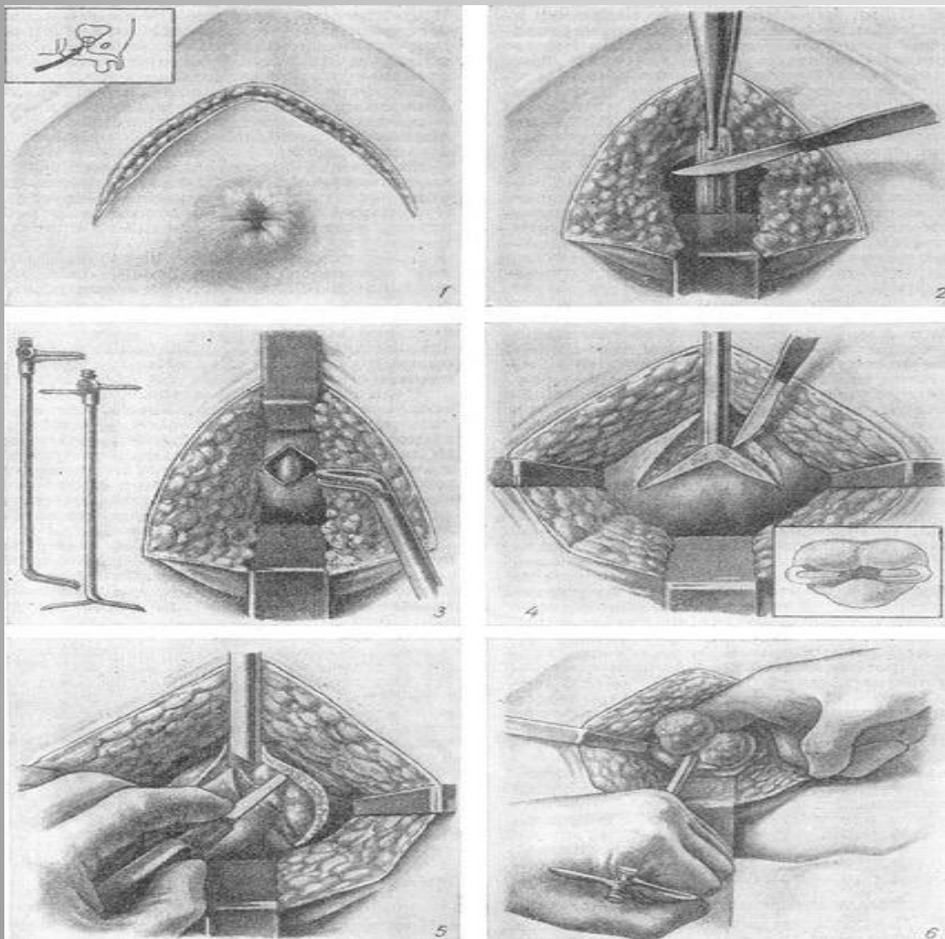


- Операция Лидского — Миллина (слева вверху схема разреза для доступа к аденоме):
- 1 — разрез капсулы предстательной железы;
- 2—3 — выделение аденомы [передней и боковых поверхностей (2), средней доли (3)];
- 4 — резекция шейки мочевого пузыря;
- 5 — гемостаз шейки мочевого пузыря;
- 6 — введение постоянного катетера;
- 7 — наложение шва на разрез капсулы;
- 8 — второй этаж швов, погружающий предыдущий.

Промежностную аденомэктомию по Янгу

- В настоящее время почти не применяют из-за опасности возникновения осложнений: недержания мочи, промежностных свищей, импотенции. Возникновение этих осложнений при промежностном подходе вполне объяснимо, так как аденому удаляют через зону каудальной простаты, тесно связанной с волокнами наружного сфинктера.

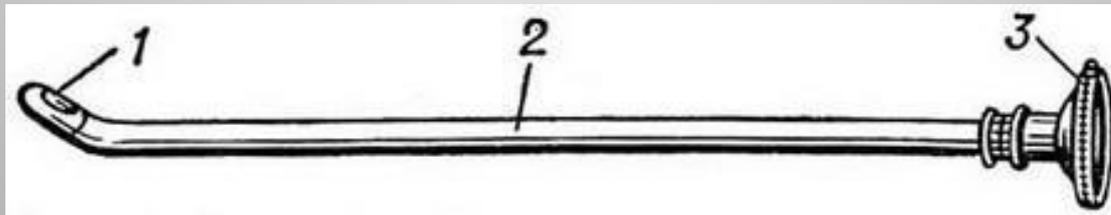
Промежностную аденомэктомию по Янгу



- Промежностная аденомэктомию по Янгу:
- 1 — дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки промежности (слева вверху — схема разреза для доступа к аденоме);
- 2 — пересечение центрального сухожильного тяжа позади луковицы мочеиспускательного канала;
- 3 — рассечение мочеиспускательного канала над катетером у вершины предстательной железы виден траокар Янга, подготовленный для введения в мочевой пузырь (слева — общий вид траокара Янга в открытом и закрытом виде);
- 4 — рассечение капсулы аденомы (справа внизу — положение трактора в мочевом пузыре);
- 5 — первый момент выделения левой боковой доли аденомы;
- 6 — последний момент выделения обеих долей аденомы.

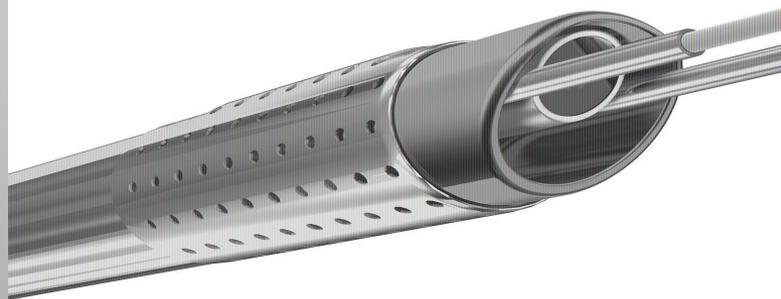
Трансуретральная резекция

- **ТУР** – это старейшая малоинвазивная (щадящая) операция в истории медицины, и применяться она начала с изобретением в 1887 году *Максом Нитцем* цистоскопа – универсального урологического прибора с электрической подсветкой, позволяющего не только обнаружить и диагностировать (**биопсия**) заболевания нижней половины мочевыделительной системы, но и производить операционные мероприятия по удалению препятствий оттока мочи с помощью местных прижиганий.



Трансуретральная резекция

- Постепенные усовершенствования на основе цистоскопа, соответственно поэтапному развитию техники, привели к созданию операционного медицинского прибора – **резектоскопа**, который представляет собой универсальный, высокотехнологичный, многофункциональный урологический инструмент. Первый прототип современного резектоскопа был изобретен в 1926 году *Максом Штерном*, когда основной новинкой в нём стала электрическая петля, впоследствии многократно модернизированная для токов высокой частоты, и позволяющая не только производить удаление патологических тканей, но и одновременно коагулировать (прижигать) сосуды.



овоточащие

Трансуретральная резекция

- Современная классическая оперативная техника резекционной петли позволяет удалять патологические ткани как одномоментно, так и послойно. При этой технике к операционному полю через резектоскоп постоянно поступает очищающий раневую поверхность, низкоэлектролитный солевой раствор. Однако в некоторых случаях применения этой методики, при нагрузке на сердце в виде большого объёма гипотонического раствора (гипергидратации), у кардиопациентов могут развиваться осложнения в виде тошноты и беспокойства. Для предотвращения подобных осложнений (синдром ТУР) в современной медицине применяется метод биполярной резектоскопии позволяющий проводить очищающие раневые вымывания / инстилляции изотоническим раствором.

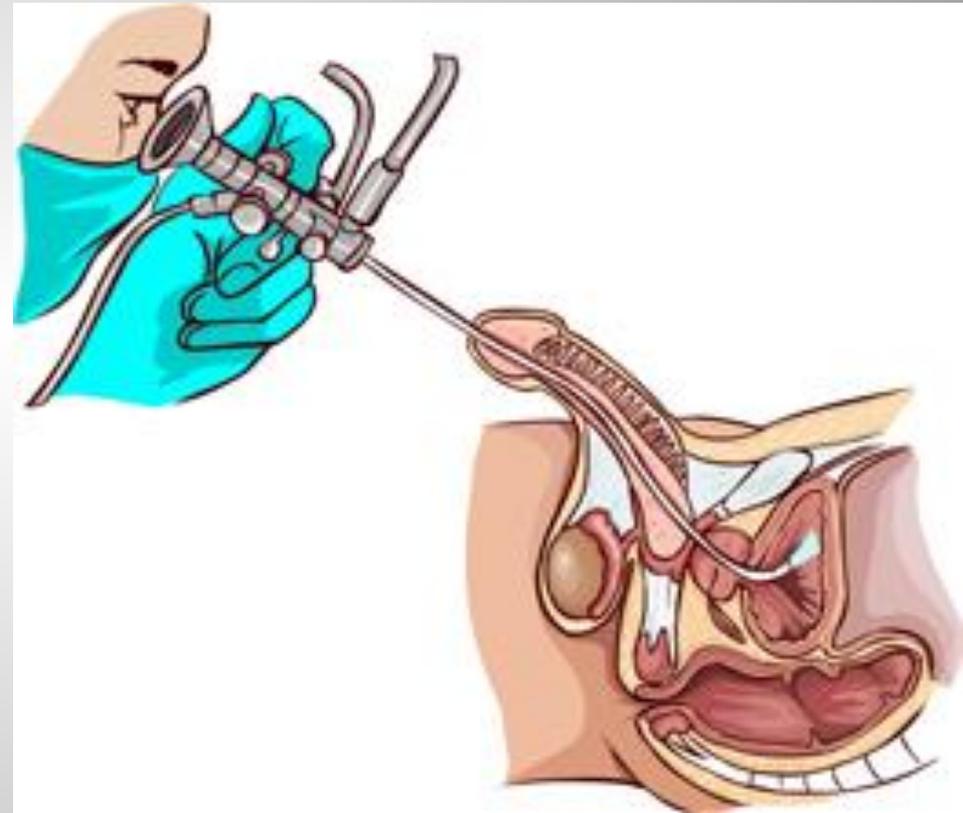


Трансуретральная резекция

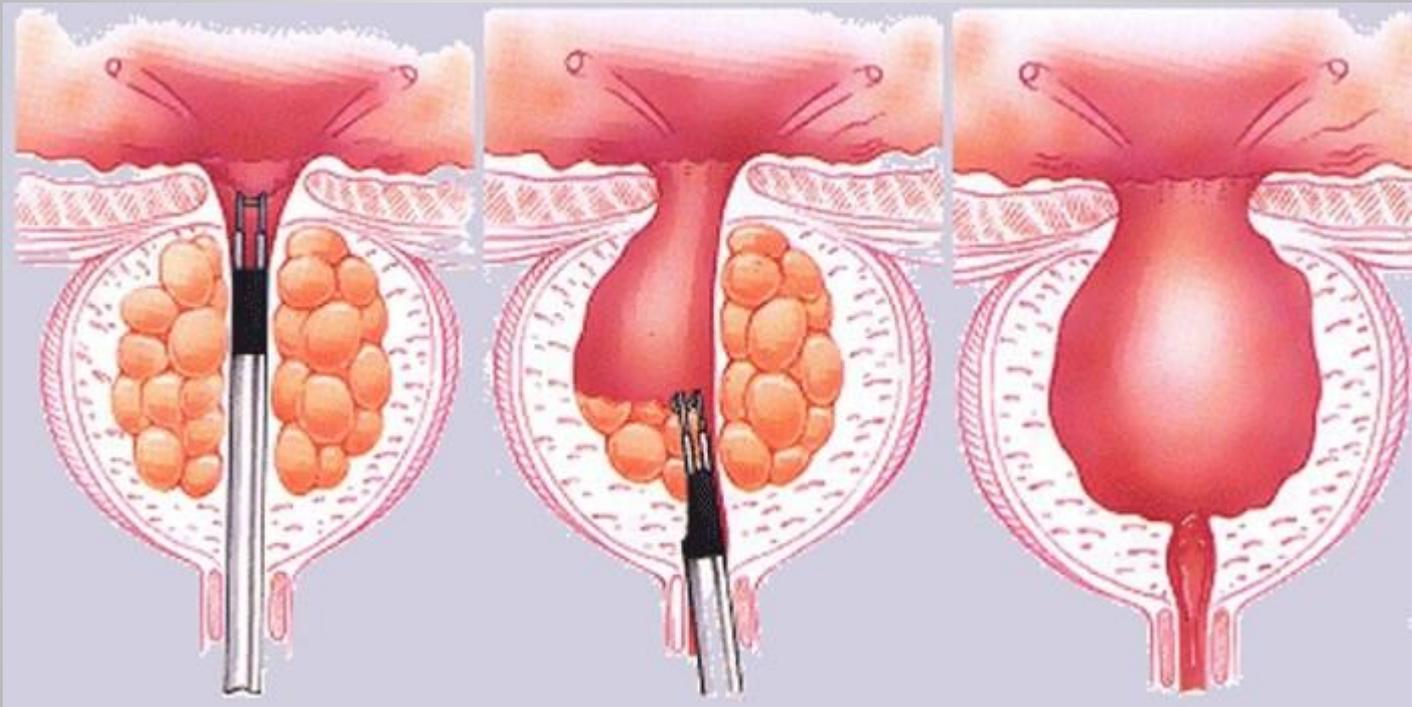
- Чаще проводят электрохирургическим методом, применяют ее при нарушениях оттока мочи из мочевого пузыря, обусловленных аденомой или раком простаты, склерозом или опухолью шейки мочевого пузыря.
- **Противопоказания:**
- сужение мочеиспускательного канала, исключающее возможность проводить инструмент в мочевой пузырь
- недостаточная емкость мочевого пузыря
- выраженная почечная недостаточность.

Трансуретральная резекция

- **Методика проведения операции** по удалению патологических тканей при доброкачественной гиперплазии (аденоме) простаты позволяет проникнуть в неё со стороны, непосредственно прилегающей к уретре. При этой операции капсула простаты - периферические ткани и оболочка железы, с покрывающей её разветвлённой сетью кровеносных и лимфатических сосудов, остаются неповреждёнными, оберегая, таким образом, и сфинктер мочеиспускательного канала, и важные для эректильной функции нервные волокна. Подобная щадящая методика иногда используется и при раке простаты в начальных стадиях.



Трансуретральная резекция



Так же к эндоскопическим методам можно отнести:

- Баллонная дилатация
- Уретральные стенты
- Трансуретральная инцизия
- Фокусированный ультразвук высокой интенсивности
- Криодеструкция
- Трансуретральная вапоризация простаты

Трансуретральная инцизия простаты (ТУИП)-

- Это тип оперативного вмешательства применяется у пациентов с умеренным увеличением простаты, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями, когда другие виды операций несут в себе потенциальный риск осложнений.
- Этот метод более безопасен (особенно для молодых мужчин, которые желают сохранить сексуальную функцию), но несколько менее эффективен. Ткань **ТУИП** – это эндоскопическая операция, как и **ТУРП**, которая проводится при аденоме простаты. Во время операции в уретру вводится резектоскоп. Далее при помощи электрического тока высокой частоты или лазерного луча производится рассечение ткани простаты в той области, где она примыкает к мочевому пузырю. Такой разрез простаты увеличивает просвет уретры, благодаря чему восстанавливается нормальный отток мочи.

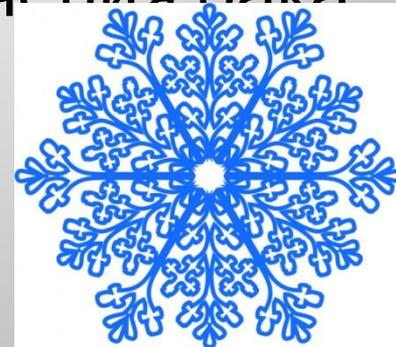
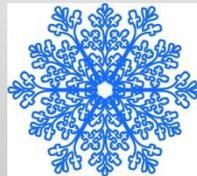
Фокусированный ультразвук высокой интенсивности (ФУВИ)

- Этот метод основан на воздействии ультразвука высокой интенсивности на ткань простаты. Под действием ФУВИ происходит нагревание ткани простаты и, соответственно, ее разрушение. Процедура выполняется с помощью эндоскопической техники.

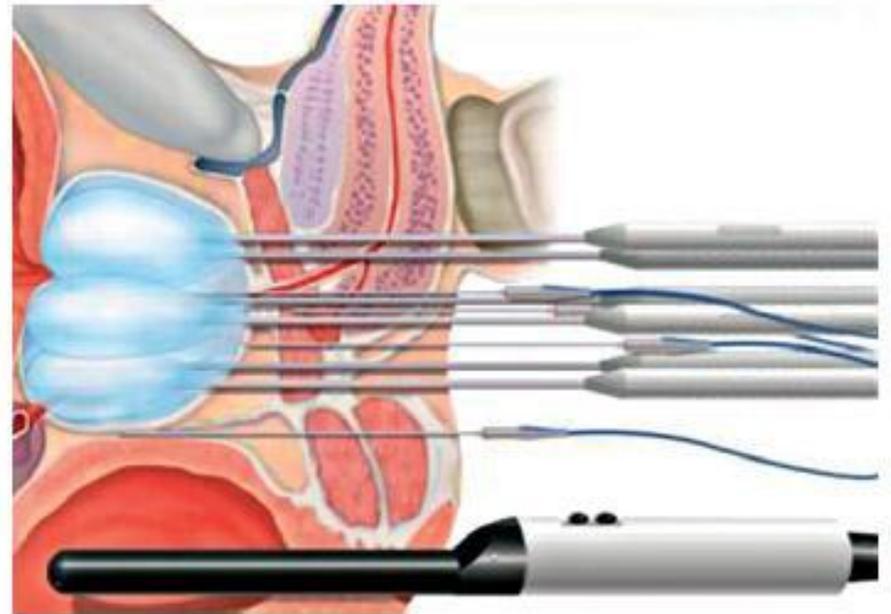
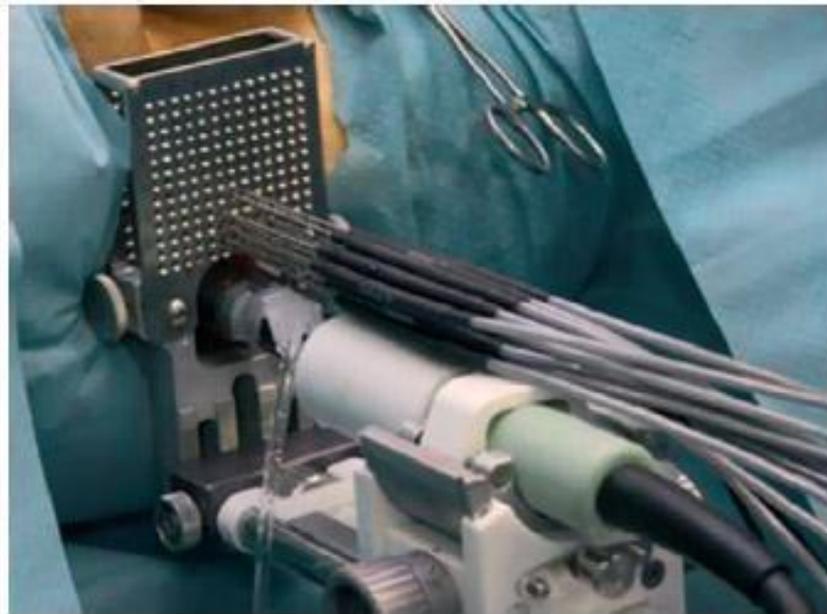


Криодеструкция

- Этот метод также заключается в воздействии на простату заморозкой. Для этого используется жидкий азот. Для проведения криодеструкции используется эндоскопическая техника. На конце вводимого катетера обычно имеется замораживающая головка, которая воздействует на ткань простаты. В настоящее время при проведении криодеструкции простаты используется особое согревание уретры на всем ее протяжении, чтобы избежать ее повреждения холодом. Криодеструкция применяется также и для лечения рака простаты.



Криодеструкция



Трансуретральная вапоризация простаты

- Метод вапоризации простаты заключается в применении лазерного излучения, которое нагревает воду в ткани простаты. Происходит испарение воды, и одновременно коагуляция ткани простаты. Этот метод применяется обычно при небольших степенях аденомы простаты. Его преимуществом является меньшая частота внутри- и послеоперационных осложнений

Лазерная вапоризация



- Малоинвазивные операции при аденоме простаты отличаются своей краткосрочностью и меньшей кровопотерей по сравнению с открытой аденомэктомией и даже ТУР. Эти методы лечения аденомы прекрасно подходят для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с тяжелой сопутствующей патологией, сахарным диабетом, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, хроническими заболеваниями дыхательных путей, нарушениями свертываемости крови и больным преклонного возраста

Осложнения

- Все методы хирургического лечения аденомы простаты чреваты осложнениями. Особенно опасны и всегда смертельны эмболии легочного ствола. Раннее вставание является профилактикой этих осложнений. Грозное осложнение — вторичное септическое кровотечение из простатического ложа. Оно возникает обычно на 7—10-й день после операции. Если промывания мочевого пузыря горячим физиологическим раствором или раствором азотнокислого серебра не останавливают кровотечения, показана тампонада ложа, гемотрансфузия.

Эмболизация артерий простаты

- В течение нескольких последних лет в развитых странах бурно развивается и внедряется в клиническую практику метод эмболизации артерий простаты.

Эмболизация артерий предстательной железы показана в случаях, когда лечение лекарственными препаратами оказывается безрезультатным, а также больным с объемом предстательной железы свыше 60 см³ при наличии выраженных симптомов задержки мочи.

- Для проведения операции потребуется ангиографическая аппаратура. В ходе хирургического вмешательства проводится перекрытие сосудов, которые питают простату. Вследствие этого простата уменьшается в размерах из-за уменьшения кровоснабжения

Эмболизация артерий простаты

Противопоказания

- * Наличие в венах нижних конечностей флотирующих тромбов.
- * Диагностирование заболевания сосудов.

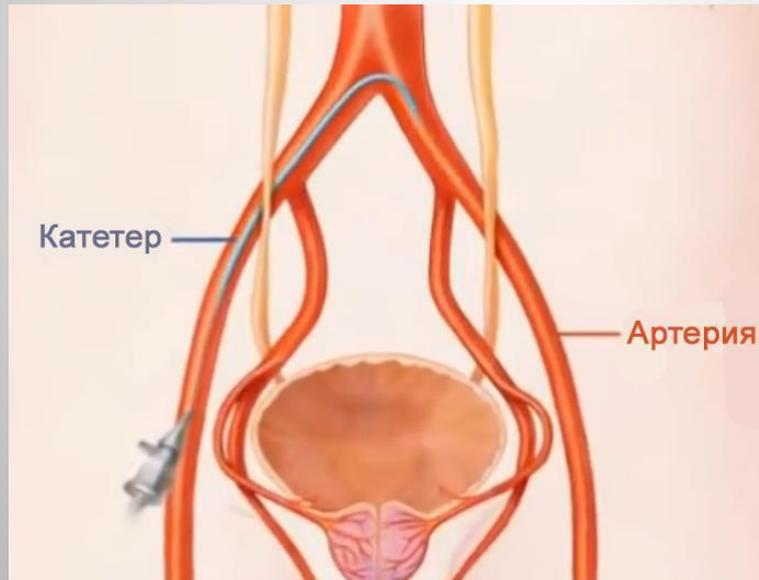
Эмболизация артерий простаты

- Так выглядит предстательная железа при аденоме (сдавливает мочеиспускательный канал)



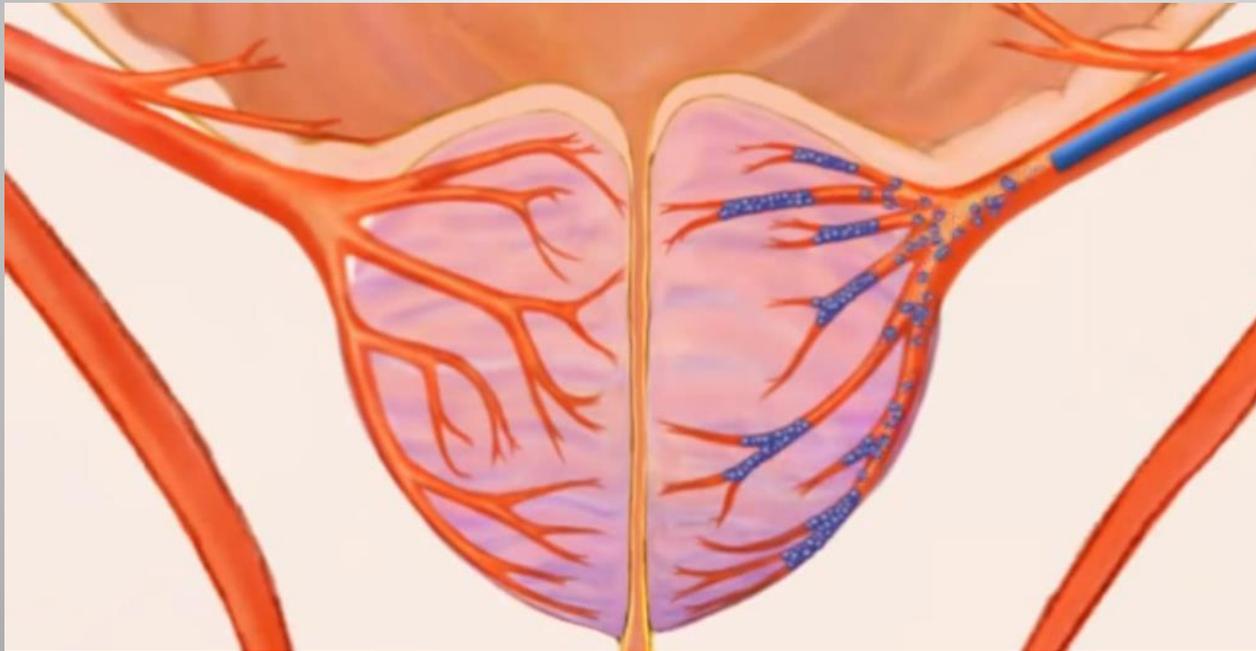
Эмболизация артерий простаты

- Продвижение катетера от места прокола бедренной артерии в паховой области к артериям простаты.



Эмболизация артерий простаты

- Введение эмболизационного препарата через катетер.



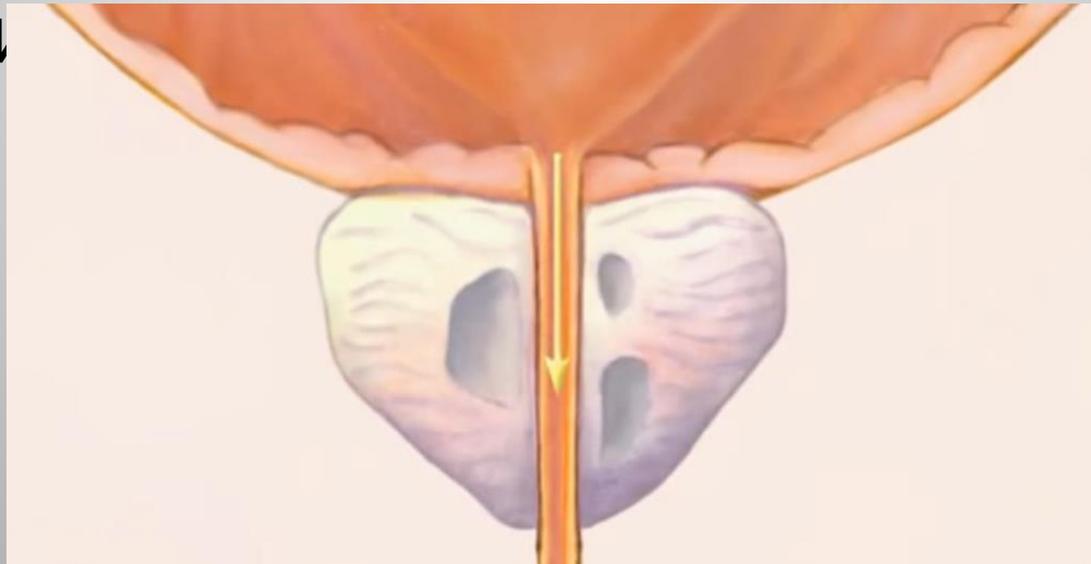
Эмболизация артерий простаты

- Введение эмболизационного препарата через катетер.



Эмболизация артерий простаты

- После эмболизации простата уменьшается в размерах, так как теряет кровоснабжение, вследствие чего **проходит** сдавление мочеиспускательного канала



Преимущества современных методов лечения аденомы простаты:

- Несравненно большая эффективность по сравнению с медикаментозным лечением.
- Некоторые методы характеризуются меньшим риском развития осложнений (особенно кровотечения) и побочных эффектов (эректильной дисфункции и недержания мочи).
- Некоторые лечебные процедуры можно выполнять в амбулаторных условиях, т.е. не требуется госпитализация в стационар.
- Как правило, катетер в мочевого пузырь устанавливается на 24 часа, в то время как после трансуретральной резекции этот период равен 2-4 дням.
- После некоторых процедур болевой синдром выражен незначительно и не требует применения обезболивающих препаратов.
- Раннее восстановление и возвращение к привычному образу жизни.

Недостатки современных методов лечения аденомы простаты:

- Большинство методик требуют более детального изучения, так как нет достоверных данных о долгосрочных результатах лечения.
- Большинство современных методов лечения аденомы простаты подразумевает «уничтожение» тканей железы в процессе операции, что делает невозможным их гистологическое исследование на предмет рака простаты