

Гиперплазия предстательной железы — эволюция методов хирургического лечения

П.С. Серняк¹, С.Н. Шамраев^{1,3}, Ю.А. Виненцов¹, В.Г. Кобец², А.Н. Кнышенко¹

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

³ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк

В работе представлена эволюция методов хирургического лечения гиперплазии предстательной железы (ПЖ) в клинике урологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Показан путь от двухэтапной простатэктомии до лазерной вапоризации ПЖ. Приведен сравнительный анализ результатов трансуретральной резекции, позадилобковой и чреспузырной простатэктомий. В настоящее время время лидирующую позицию в хирургическом лечении гиперплазии ПЖ занимает ее трансуретральная резекция (65,5% в 2012 году).

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, хирургическое лечение, результаты лечения.

Гиперплазия предстательной железы (ГПЖ) – одно из самых распространенных заболеваний. В 2012 году в Украине зарегистрирован 193 491 больной этим недугом. В этом же году в Донецкой области распространённость ГПЖ составила 2448,2 на 100 000 мужчин старше работоспособного возраста. Донецкая область является бесспорным лидером по количеству хирургических вмешательств при этом заболевании (1852 в 2012 году) [1].

За последнее десятилетие значительно улучшилась диагностика ГПЖ, усовершенствованы методы ее лечения. Несмотря на то что современная урология имеет в своем арсенале множество лечебных мероприятий при этом заболевании, методом радикального лечения является хирургическое удаление гиперпластической ткани, сдавливающей мочеиспускательный канал. Особенно это касается больных осложненными формами гиперплазии с тяжелой степенью инфравезикальной обструкции.

Основными доступами к предстательной железе (ПЖ) являются: трансперинеальный, трансуретральный, трансвезикальный и позадилобковый [2].

В 1866 году Кюхлер предложил удалять ПЖ промежуточным доступом, что и выполнил впервые Бильрот, хотя данное вмешательство не нашло дальнейшего распространения. Уже в 1874 году Боттини предложил трансуретральную электрокоагуляцию ПЖ (цит. по Серняк П.С., 1962). Резектоскоп в настоящее время настолько совершенен, что трансуретральная резекция ПЖ (ТУРПЖ) является золотым стандартом в лечении ГПЖ. Идея трансуретрального доступа к ПЖ явилась трамплином для радиочастотных, ультразвуковых и лазерных методов лечения ГПЖ.

В 1895 году Фуллер и в 1896 году Фрейер выполнили чреспузырную простатэктомию (ЧПЭ), а Б.Н. Хольцов позже предложил производить это вмешательство в два этапа, что значительно улучшило ее результаты. С 1922 года Мертенс одномоментную ЧПЭ выполнял с глухим швом мочевого пузыря (цит. по Серняк П.С., 1962).

В 1922 году А.Г. Лидский применил позадилобковый доступ к ПЖ. Начиная с 1945 года за рубежом позадилоб-

ковая простатэктомия (ППЭ) стала известной, как операция Миллина (цит. по Серняк П.С., 1962).

Анализируя эволюцию хирургии ГПЖ в Донецкой области необходимо отметить следующее. До второй половины 50-х годов XX века чаще выполняли двухмоментную ЧПЭ. Бурное развитие анестезиологии способствовало расширению показаний к одномоментной ЧПЭ, с чего началось широкое освоение этого вмешательства, которое выполняли и с глухим швом мочевого пузыря [3]. Следующим шагом стало внедрение ургентной ЧПЭ [4]. Это вмешательство явилось новым и прогрессивным методом в урологической практике. Опыт клиники послужил основанием для органов здравоохранения области организовать ургентную урологическую службу в крупных городах.

В 1989 году урология Донецкой области вышла на новый качественный уровень оказания медицинской помощи больным ГПЖ. Внедрены и получили широкое распространение ППЭ и ТУРПЖ [5].

Цель исследования: проанализировать эволюцию подходов к выбору хирургических вмешательств, частоту осложнений и результаты лечения ГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургических методов лечения ГПЖ за период 1989–2012 годов в клинике урологии ДонНМУ. Нами прооперированы 6774 больных. Большинство пациентов были в возрасте от 61 до 80 лет (80,2%). У многих из них диагностировано до десяти интеркуррентных заболеваний (универсальный атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма др.) У 92% прооперированных пациентов были осложненные формы ГПЖ. Чаще имели место осложнения инфекционно-воспалительного характера. Нередко встречались пациенты, у которых количество остаточной мочи превышало 2000 мл. У 10,1% больных имели место камни мочевого пузыря, у 7,8% пациентов была полная задержка мочеиспускания. У 25,1% больных была тяжелая степень инфравезикальной обструкции. Этим пациентам не представлялось возможным выполнить достоверно урофлоуметрию. В зависимости от медицинских показаний и возможностей клиники, в разные годы больным проводили ЧПЭ, ППЭ или ТУРПЖ. С апреля 2013 года в клинике выполняют лазерную вапоризацию ПЖ (AMS Green Light HPS 120 W).

ЧПЭ проводили при внутривезикальном росте аденоматозных узлов, при наличии дивертикулов или опухолей мочевого пузыря, что требовало его открытой резекции, а также у больных с эпицистостомой, когда было невозможным произвести ППЭ вследствие склеротических изменений в ретциевом пространстве. В 312 (4,6%) наблюдениях ЧПЭ выполнена как второй этап хирургического лечения.

ППЭ выполняли при объеме ПЖ более 100 см³, наличии дилатации верхних мочевых путей, при камнях мочевого пузыря более трех сантиметров, когда возможность их эндоскопического удаления приводит к увеличению времени вмешательства и экономическим затратам. 243 больным вмешательство выполнено по ургентным показаниям на высоте полной задержки мочеиспускания. Это вмешательство, как и ТУРПЖ, дополняли эпицистостомией в тех наблюдениях, когда имели место гнойно-воспалительные процессы в мочевой системе или атония мочевого пузыря в результате большого количества остаточной мочи. В 146 наблюдениях ППЭ выполнена больным, у которых была эпицистостома.

ТУРПЖ выполняли чаще при объеме ПЖ менее 100 см³, хотя, считаем, что большой объем органа не является противопоказанием к этому вмешательству. Также ТУРПЖ проводили больным моложе 60 лет, когда необходимо было сохранить копулятивную функцию. Показаниями к ТУРПЖ были ожирение 3–4-й степени, ранее перенесенные операции на нижних мочевых путях, рецидив ГПЖ, сочетание гиперплазии и камней ПЖ. В 172 наблюдениях ТУРПЖ выполнена на высоте полной задержки мочи и 68 пациентам с эпицистостомой.

В послеоперационный период наблюдали инфекционно-воспалительные осложнения. После ТУРПЖ они составляли 0,7%, после ППЭ – 15,6%, после ЧПЭ – 32,0%. Особого внимания требовала группа пациентов, у которых ГПЖ наблюдалась на фоне хронического простатита. Подобное наблюдали у 75,2% больных. Как правило, имел место хронический гнойный или абсцедирующий простатит. В послеоперационный период обострение воспалительного процесса в ПЖ значительно влияло на результаты хирургического лечения.

После операции мочеиспускание восстановилось в основном через 5,0 дня после ТУРПЖ, через 7,5 дня после ППЭ и через 12,4 дня после ЧПЭ. Послеоперационный койко-день в среднем после ТУРПЖ составил 6,0±0,8 дня, после ППЭ – 9,0±0,5 дня и после ЧПЭ – 14,8±1,5 дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ характера хирургических вмешательств при ГПЖ показал, что ЧПЭ выполнена 1088 (16,1%) пациентам, ППЭ – 3421 (50,5%), ТУРПЖ – 2265 (33,4%). Оперированные больные были разделены на пять групп: первая группа включала период наблюдения с 1989 по 1993 г., вторая – с 1994 по 1998 г., третья – с 1999 по 2003 г., четвертая – с 2004 по 2008 г., пятая – с 2009 по 2012 г. В первой группе ЧПЭ выполнена 478 (29,1%), ППЭ – 940 (57,3%) пациентам, ТУРПЖ – 223 (13,6%). Летальность в первой группе после открытых вмешательств составила 2,3%, что на 1,4% больше по сравнению с ТУРПЖ за тот же период. Во второй группе ЧПЭ выполнена 322 (18,4%) пациентам, ППЭ – 1020 (58,4%), ТУРПЖ – 405 (23,2%); летальность после открытых хирургических вмешательств за анализируемый период составила 1,3%, после эндоскопических – 0,7%. В третьей группе ЧПЭ выполнена 112 (11,8%) пациентам, ППЭ – 539 (56,8%), ТУРПЖ – 298 (31,4%); летальность составила 1,2% и 0,7% соответственно для открытой и ТУРПЖ. В четвертой группе ЧПЭ выполнена 118 (10,3%) пациентам, ППЭ – 571 (49,8%), ТУРПЖ – 457 (39,9%). Летальность, как и ранее, после открытых вмешательств была больше, чем после эндоскопических, и составляла 1,2% и 0,5% соответственно. В пятой группе ЧПЭ выполнена 58 (4,5%) пациентам, ППЭ – 351 (27,2%), ТУРПЖ – 882 (68,3%). Умерших после операции за период 2009–2012 годов не было.

Анализируя приведенные данные, следует отметить изменение приоритетного метода лечения ДГПЖ после 2004 года. Отношение открытых хирургических вмешательств к эндоскопическим увеличилось в сторону последних. По 2003 год включительно выполнено 912 (21,0%) ЧПЭ, 2499 (57,6%) ППЭ и всего 926 (21,4%) ТУРПЖ. С 2004 года – 176 (7,2%) пациентов перенесли ЧПЭ, 922 (37,8%) – ППЭ и 1339 (55,0%) больным с гиперплазией ПЖ выполнена ТУРПЖ. Отмечается увеличение количества ТУРПЖ на 23,6% и снижение летальности как после открытых вмешательств с 1,7% до 0,7%, так и после ТУРПЖ с 0,8% до 0,2%.

Мы считаем, что ППЭ имеет ряд преимуществ перед ЧПЭ. ППЭ исключает ятрогенную травму детрузора, обеспечивает широкий доступ к ПЖ, что позволяет сформировать уретроцистоанастомоз и осуществить надежный гемостаз, а также восстановить нормальную анатомию везикоуретрального сегмента за счет адекватного и герметичного сопоставления шейки мочевого пузыря с капсулой ПЖ и мембранозной частью мочеиспускательного канала при наложении анастомоза [6].

Причиной ранних и поздних послеоперационных осложнений простатэктомии является неадекватный метод хирургического вмешательства, когда не учтены локализация гиперпластических узлов и объем ПЖ. Имеют значение погрешности хирургической техники: чрезмерное удаление мочеиспускательного канала, травматичная энуклеация и неполное удаление аденоматозных узлов, недостаточный гемостаз ложа ПЖ, использование неадекватного шовного материала и уретрального катетера, диаметр которого не соответствует мочеиспускательному каналу. Развитию склеротических изменений шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала способствует ненадлежащий уход за больным после операции, неадекватное дренирование мочевого пузыря, недостаточная антибактериальная терапия и несвоевременное удаление уретрального катетера.

Послеоперационная летальность составила 2,2% (152 больных). Наиболее частыми причинами смерти были инфаркт миокарда 26,5%, уросепсис – 19,6%, тромбоз легочной артерии – 12,3%, хроническая почечная недостаточность – 8,2%. Иногда причиной смерти были ТУР-синдром (0,7%) и тромбоз мезентеральных сосудов (0,7%).

ВЫВОДЫ

Изучение проблемы лечения ГПЖ отражает эволюцию хирургических методов лечения этой болезни в клинике урологии ДонНМУ за последние 25 лет. Критическая оценка двухмоментной ЧПЭ позволила перейти к одномоментной ЧПЭ с глухим швом мочевого пузыря. Благодаря снижению количества осложнений одномоментная ЧПЭ стала популярной и оказалась основным хирургическим вмешательством в 70–80-е годы XX столетия в Донецкой области. Широкое применение в межрайонных урологических отделениях ургентной ЧПЭ снизило количество гнойно-септических осложнений и улучшило реабилитацию больных. ЧПЭ показана при сопутствующих заболеваниях мочевого пузыря (дивертикул и/или резектабельная опухоль мочевого пузыря). Подготовка кадров, освоение ППЭ снизили продолжительность пребывания больных в стационаре, уменьшили количество послеоперационных осложнений и повысили качество жизни пациентов. Многочисленные стажировки и учеба сотрудников клиники и приобретение оборудования для диагностики и проведения эндоурологических вмешательств позволили в начале 90-х годов XX столетия освоить и внедрить ТУРПЖ при ГПЖ.

В настоящее время лидирующую позицию в хирургическом лечении ГПЖ занимает ТУРПЖ (65,5% от всех хирургических вмешательств в 2012 году). Объем ПЖ не влияет на выбор метода хирургического вмешательства, а зависит от наличия в лечебном учреждении технического оснащения и опытного медицинского персонала для выполнения малоинвазивных вмешательств (ТУРПЖ, лазерная вапоризация ПЖ). Лазерная вапоризация ПЖ является современным методом в лечении ГПЖ и требует дальнейшего более широкого внедрения.

Гіперплазія передміхурової залози – еволюція методів хірургічного лікування
П.С. Серняк, С.М. Шамраєв, Ю.О. Віненцов, В.Г. Кобець, О.М. Книщенко

У роботі представлена еволюція методів хірургічного лікування гіперплазії передміхурової залози в клініці урології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Показаний шлях від двохетапної простатектомії до лазерної вапоризації передміхурової залози (ПЗ). Наведено порівняльний аналіз ре-

зультатів трансуретральної резекції, залобкової та черезміхурової простатектомії. У даний час лідируючу позицію в хірургічному лікуванні гіперплазії ПЗ займає її трансуретральна резекція (65,5% у 2012 році).

Ключові слова: гіперплазія передміхурової залози, хірургічне лікування, результати лікування.

Hyperplasia of the prostate – the evolution of methods of surgical treatment
P.S. Sernyak, S.N. Shamrayev, Yu.A. Vinentsov, V.G. Kobets, A.N. knyshenko

The paper presents the evolution of methods of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia in the clinic of urology Donetsk national medical University. Shows the path of a two-stage prostatectomy to laser vaporization of the prostate. Comparative analysis of the results of transurethral resection, retropubic and transvesical prostatectomy was done. At present time the leading position in the surgical treatment of prostatic hyperplasia takes its transurethral resection (65,5% in 2012).

Key words: hyperplasia prostate, surgical treatment, the results of the treatment.

Сведения об авторе

Серняк Петр Степанович – Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; тел.: (062) 385-95-03

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2011–2012 рік. Відомче видання. – К., 2013. – С. 115–129.
2. Переверзев А.С. Новые направления в диагностике и лечении доброкачественной обструкции предстательной железы / Здоровье мужчины. Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов. – Харьков, 2004. – С. 5–25.
3. Серняк П.С. Одномоментная чреспузырная аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря, выполненная надлобковым дугообразным внебрюшинным разрезом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Донецк, 1962. – 18 с.
4. Каракуц А.Ф. Неотложная чреспузырная аденомэктомия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1984. – 18 с.
5. Серняк П.С., Віненцов Ю.О., Золочевський С.А. Наші результати хірургічного лікування гіперплазії передміхурової залози. / Актуальні питання медичної науки та практики. Збірник наукових праць. Випуск 67. Книга 2. – Запоріжжя, 2004. – С. 99–103.
6. Шамраєв С.М. Модифікація залобкової простатектомії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1999. – 16 с.