

Сравнительная характеристика методов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Зимичев А.А., Гусев Д.О., Кузина Т.Н., Тарасов И.В., Почивалов А.С.
Частное учреждение образовательная организация высшего образования
Медицинский университет «Реавиз», г. Самара, Российская Федерация

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является широко распространённым заболеванием среди мужчин старшей возрастной группы. По различным данным частота встречаемости у мужчин старше 65 лет достигает 50%, при этом увеличиваясь пропорционально возрасту пациента. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы длительное время может протекать бессимптомно, что приводит к тому, что лечение пациента часто начинается на запущенных стадиях заболевания, что значительно снижает эффективность консервативной терапии. При неэффективности консервативного лечения приходится прибегать к хирургическому лечению ДГПЖ. Обилие хирургических методик лечения ДГПЖ приводит к необходимости делать выбор в пользу той или иной методики часто на основании крайне небольшого массива данных. В нашей статье мы рассмотрим преимущества и недостатки наиболее часто встречающихся методов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания, ОЗМ, хирургическое лечение.

Comparative characteristics of methods of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia

Zimichev A.A., Gusev D.O., Kuzina T.N., Tarasov I.V., Pochivalov A.S.
Private institution of higher education educational organization Medical University "Reaviz",
Samara, Russian Federation

Abstract. Benign prostatic hyperplasia is a widespread disease among older men. According to various data, the frequency of occurrence in men over 65 years of age reaches 50%, while increasing in proportion to the age of the patient. Benign prostatic hyperplasia can be asymptomatic for a long time, which leads to the fact that the patient's treatment often begins at the advanced stages of the disease, which significantly reduces the effectiveness of conservative therapy. If conservative treatment is ineffective, it is necessary to resort to surgical treatment of BPH. The abundance of surgical methods for the treatment of BPH leads to the need to make a choice in favor of a particular technique, often based on an extremely small array of data. In our article, we will consider the advantages and disadvantages of the most common methods of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, BPH, acute urinary retention, AUR, surgical treatment.

Введение. Трансуретральная резекция простаты (ТУРП) рекомендуется пациентам, имеющим показания к оперативному вмешательству и объем простаты от 30 до 80 см³ [1]. В некоторых клиниках, располагающих большим опытом выполнения ТУРП, верхняя граница объема простаты, подлежащей ТУРП, может повышаться до 120 см³. Метод эффективен у 80% пациентов. Результатом этой операции является увеличение максимальной скорости потока мочи на 163%, снижение балла IPSS на 70% и балла QoL на 69%. Количество остаточной мочи уменьшается на 77% [2]. ТУР предстательной железы многие годы считается «золотым стандартом» оперативного лечения ДГПЖ размерами до 80 см³.

Открытая аденомэктомия (чреспузырная, позадилоная, промежностная) рекомендуется пациентам, имеющим показания к оперативному вмешательству и объем простаты >80 см³ [3]. При высокой эффективности этот вариант оперативного вмешательства наиболее инвазивный и сопряжен с более высоким риском осложнений по сравнению с ТУРП. В долгосрочной эффективности данной операции сомнений

нет, что демонстрируют несколько клинических исследований [4; 5].

Эффект операции стойкий, рецидивы регистрируются очень редко и в основном являются «ложными» обусловлены разрастанием резидуальной аденоматозной ткани, не удаленной в ходе первой операции. Смертность после открытой аденомэктомии составляет <1%, частота гемотрансфузии – 7–14% [6], вероятность недержания мочи – до 10%, склероз шейки мочевого пузыря и стриктуры уретры регистрируются у 6% пациентов.

Одним из главных условий оказания качественной хирургической помощи пациентам с ДГПЖ является минимизация инвазивности и осложнений при высокой эффективности. Альтернативой открытой аденомэктомии при объеме простаты >80 см³ явилась трансуретральная энуклеация гиперплазии простаты, которая стала возможна с внедрением в клиническую практику современных лазерных технологий и биполярных инструментов. Данные операции обладают сопоставимой с открытой аденомэктомией эффективностью и меньшим риском осложнений [7].

Эмболизация простатических артерий рекомендуется пациентам с абсолютными противопоказаниями к оперативному вмешательству [8]. Принцип метода основан на снижении артериального притока к предстательной железе, что приводит к достаточно быстрому уменьшению ее объема и снижению выраженности симптомов нижних мочевых путей. В условиях рентгеноперационной производится селективная эмболизация простатических артерий микрокатицами диаметром от 45–700 мкм. По данной методике имеются систематическое ревю и мета-анализ [9]. С апреля 2018 года ЭПА входит в перечень методов, рекомендованных для лечения ДГПЖ в Великобритании, по данным NICE (National Institute for Health and Care Excellence). В августе 2016 года FDA (Food and Drug Administration) одобрила проведение ЭПА в США. Результаты исследований свидетельствуют об эффективности и безопасности методики, сохранении антеградной эякуляции и эректильной функции. ЭПА уменьшает обструктивные симптомы у пациентов с ДГПЖ, которые не подходят, или отказываются от стандартных хирургических подходов [10, 11, 12].

Материалы и методы, результаты. В условиях урологического отделения ГБУЗ СО «СГКБ № 8» за 2015–2016 гг. осуществлён анализ результаты лечения 154 больных, распределённых на 2 группы. В первую группу вошли пациенты, которым выполнялась открытая чреспузырная аденомэктомия (75 человек), во

вторую группу определены пациенты, которым проводилась биполярная ТУР ПЖ (79 человек). В исследование были включены больные с объемом ПЖ по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ), более 80 см³. Перед оперативным вмешательством всем больным было проведено исследование крови на простатспецифический антиген (ПСА), в сомнительных случаях произведена пункционная биопсия ПЖ. Всем пациентам проведено клиническое обследование, включающее сбор анамнестических данных, общеклинические, рентгенологические, ультразвуковые и другие исследования. Средний возраст больных составил 67,2 года, минимальный возраст пациента был 52 года, максимальный – 82 года. Средний объем ПЖ по данным ТРУЗИ – 89,7 см³. Максимальный объем – 124 см³. 7 пациентам (12 % больных) ранее выполнена цистостомия по поводу острой или хронической задержки мочеиспускания. Средний уровень ПСА крови составил – 4,1 нг/мл. Сопутствующие заболевания были выявлены практически у всех пациентов. Наибольшую частоту среди сопутствующих заболеваний составляли гипертоническая болезнь (56,1%), ИБС (42,3%), атеросклеротический кардиосклероз (21,3%). У 9 (15,8%) пациентов в анамнезе наблюдались инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения. У 12 пациентов (21 %) имел место сахарный диабет 1 и 2 типа. У 17 (29,8%) больных отмечались заболевания дыхательной системы в виде хронического бронхита, эмфиземы легких, пневмосклероза.

Частота интра-, ранних и поздних послеоперационных осложнений после открытой аденомэктомии и ТУР ДГПЖ (%)

Виды осложнений	Чреспузырная аденомэктомия	ТУР ДГПЖ
Интраоперационное кровотечение	17,2 %	7,1 %
Кровотечение с тампонадой МП	6,9 %	3,6 %
Инфекционно-воспалительные осложнения	3,4 %	10,7 %
Острая задержка мочеиспускания	6,9 %	3,6 %
Частичное недержание мочи	6,9 %	0,6 %
Стриктура уретры	10,4 %	7,1 %
Осложнения, связанные с другими системами	13,8 %	3,6 %

Осложнения, связанные с другими системами в раннем послеоперационном периоде (желудочно-кишечные кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, тромбоз вен нижних конечностей) появлялись в большем проценте после чреспузырной аденомэктомии, что еще раз доказывает выраженную инвазивность данного метода, по сравнению с другими.

Малоинвазивные хирургические методы с минимальными рисками развития возможных осложнений становятся особенно значимыми для больных с большими объемами простаты, имеющих серьезные сопутствующие заболевания и представляющих значительный риск для анестезии и открытой операции. К таким малоинвазивным и достаточно радикальным методам лечения ДГПЖ относится рентгенэндоскопическая окклюзия артерий простаты (РЕВОАП). Суть его заключается в прекращении артериального притока к предстательной железе, что приводит к быстрому уменьшению объема последней и восстановлению мочеиспускания.

Мы располагаем весьма незначительным опытом этого альтернативного лечения ДГПЖ значительных размеров с противопоказаниями к открытой операции – всего 5 больных. Следует отметить, что никаких осложнений при проведении самой процедуры РЕВОАП мы не отметили. Ультразвуковое исследование предстательной железы проводилось больным на 3 день после РЕВОАП, далее через месяц и через 3 месяца.

Достоверное уменьшение объема железы за это время на 30–40% было отмечено при ТРУЗИ у 3 больных и у них же восстановилось адекватное мочеиспускание. Если учесть, что у всех этих пациентов объем простаты превышал 200 см³ и была ярко выраженная клиника симптомов нижних мочевых путей, этот результат можно считать вполне удовлетворительным.

Выводы. Полученные нами данные показывают, что, у больных ДГПЖ с большим объемом простаты осложнения встречаются чаще после чреспузырной аденомэктомии. После ТУР в основном встречались

инфекционно-воспалительные осложнения, которые были устранены консервативными методами. Внедрение малоинвазивных методов лечения, в качестве альтернативы, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и накопление достаточ-

ного опыта позволит снизить количество традиционных операций у больных с большим объемом простаты. Также, следует отметить, что необходимо совершенствовать предоперационную подготовку перед ТУР простаты больших объемов с целью сведения возможных осложнений к минимуму.

Литература:

1. Burke N. и др. Systematic review and meta-analysis of transurethral resection of the prostate versus minimally invasive procedures for the treatment of benign prostatic obstruction. // Urology. 2010. №75. P. 1015.
2. Ahyai S.A. и др. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement. // Eur Urol. 2010. №58. P. 384-397.
3. Donat R, Mancey-Jones B. Incidence of thromboembolism after transurethral resection of the prostate (TURP)--a study on TED stocking prophylaxis and literature review. Scand J Urol Nephrol. 2002. №36 (2). P. 119-23.
4. Gratzke C. и др. Complications and early postoperative outcome after open prostatectomy in patients with benign prostatic enlargement: results of a prospective multicenter study. // J Urol. 2007. №177. P. 1419.
5. Varkarakis, I., et al. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. Urology, 2004. 64: 306. Verhamme K.M.C. и др. Drug-Induced Urinary Retention // Drug-Safety. 2008. Т. 31. № 5. С. 373-388.
6. Kuntz, R.M., et al. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. Eur Urol, 2008. 53: 160.
7. Skolarikos, A., et al. Eighteen-month results of a randomized prospective study comparing transurethral photoselective vaporization with transvesical open enucleation for prostatic adenomas greater than 80 cc. J Endourol, 2008. 22: 2333.
8. Kuang M, et al. A Systematic Review of Prostatic Artery Embolization in the Treatment of Symptomatic Benign Prostatic Hyperplasia. Cardiovasc Intervent Radiol. 2017 May;40(5):655-663.
9. Mallin B, et al. Prostate artery embolisation for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. Eur Radiol. 2019 Jan;29(1):287-298.
10. Al Rawashdah S.F., Pastore A.L., Velotti G. и др. Sexual and functional outcomes of prostate artery embolisation: A prospective long-term follow-up, large cohort study. // Int J Clin Pract. 2019. Nov №26. P. e13454. doi: 10.1111/ijcp.13454.
11. Острая задержка мочеиспускания у мужчин: этиопатогенетические и клинико-морфологические аспекты/Гусев Д.О., Адилов А.Д., Пикалов С.М., Зимичев А.А., Климентьева М.С., Сумский П.В., Боряев Е.А., Кириллов В.И., Тарасов И.В./Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. 2019. № 6 (42). С. 85-94.
12. Оптимизация выбора объема лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы с помощью нейронной сети/Зимичев А.А., Адилов А.Д., Пикалов С.М., Гусев Д.О., Кузина Т.Н., Хрисанов Н.Н./Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. 2019. № 5 (41). С. 65-71.