

ПОЗАДИЛОННАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ-МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДГПЖ) БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.Ч. Усупбаев, Бактыбек уулу А., А.Т. Адиев, Т.С. Жумагазиев
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и
повышения квалификации им. С.Б. Даниярова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье были рассмотрены научные данные по теме доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) больших размеров и методах хирургического лечения больных с данной проблемой, которые включили отечественные и зарубежные публикации. Объектом исследования явились данные о позадилонной аденомэктомии как метод оперативного лечения больных с ДГПЖ больших размеров. Отмечены преимущества и недостатки данного метода, предложенные модификации с целью усовершенствования операции. Также, условно выделены в группы работы по методам минимизации геморрагических осложнений, которое является лидирующим из всех осложнений. Проанализировав научную литературу касаясь позадилонной аденомэктомии, мы пришли к выводу, что данный метод операции является методом выбора при лечении ДГПЖ больших размеров и может применяться в практической урологии. Таким образом, поиск новых способов оптимизации позадилонной аденомэктомии является актуальным вопросом в современной урологии. Которое в свою очередь приведет к значительным сдвигом вперед в борьбе с ДГПЖ больших размеров.

Ключевые слова: ДГПЖ, геморрагические осложнения, позадилонная аденомэктомия, объем предстательной железы, дорсальный венозный комплекс.

РЕТРОПУБИЯЛЫК АДЕНОМЭКТОМИЯ-ПРОСТАТА БЕЗИНИН ГИПЕРПЛАЗИЯСЫН (ВРН) ЧОҢ ӨЛЧӨМДӨ ДАРЫЛООДО ТАНДОО ЫКМАСЫ (АДАБИЯТТАРГА СЕРЕП)

А.Ч. Усупбаев, Бактыбек уулу А., А.Т. Адиев, Т.С. Жумагазиев
С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти
жогорлатуу медициналык институтунун
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада ата мекендик жана чет элдик басылмалар камтылган ири коломдогу эрендик беши жана бул көйгөй менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоо ыкмалары темасы боюнча илимий маалыматтарды карап чыкты. Изилдөөнүн объектиси болуп ири коломдогу эрендик беши менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоо ыкмасы катары чурай соогу арты аркылуу эрендик безин алып салуу операциясы боюнча маалыматтар алынган. Бул ыкманын артыкчылыктары жана кемчиликтери, ишти жакшыртуу үчүн сунушталган өзгөртүүлөр белгиленет. Ошондой эле, бардык татаалдашуулардын башында турган геморрагиялык татаалдашууларды азайтуу ыкмалары боюнча илимий иштер шарттуу түрдө топторго бөлүнөт. Чурай соогу арты аркылуу эрендик безин алып салуу операциясы боюнча илимий адабияттарды талдап чыккандан кийин, биз операциянын бул ыкмасы ири коломдогу эрендик безин дарылоодо тандоо ыкмасы болуп саналат жана практикалык урологияда колдонулушу мүмкүн деген жыйынтыкка келдик. Ошентип, чурай соогу арты аркылуу эрендик безин алып салуу операциясын оптималдаштыруунун жаңы жолдорун издөө

заманбап урологиянын актуалдуу маселеси болуп саналат. Бул өз кезегинде ири коломдогу эрендик бези менен күрөшүүдө олуттуу жылыштарга алып келет.

Негизги сөздөр: эрендик безинин гиперплазиясы, геморрагиялык асқынуулар, чурай соогу арты аркылуу эрендик безди алып салуу, простата көлөмү, дорсалдык веноздук комплекс.

RETROPUBIC ADENOMECTOMY IS THE METHOD OF CHOICE IN THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH) OF LARGE SIZES (LITERATURE REVIEW)

A.Ch. Usupbayev, Baktybek uulu A., A.T. Adiev, T.S. Zhumagaziev

Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training and Retraining named after S.B.Daniarov
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article reviewed scientific data on the topic of large BPH and methods of surgical treatment of patients with this problem, which included domestic and foreign publications. The object of the study was data on retropubic adenectomy as a method of surgical treatment of patients with large BPH. The advantages and disadvantages of this method, the proposed modifications to improve the operation are noted. Also, the work on methods of minimizing hemorrhagic complications, which is the leading of all complications, is conventionally divided into groups. After analyzing the scientific literature regarding retropubic adenectomy, we came to the conclusion that this method of operation is the method of choice in the treatment of large BPH and can be used in practical urology. Thus, the search for new ways to optimize retropubic adenectomy is a topical issue in modern urology. Which in turn will lead to a significant shift forward in the fight against large BPH.

Keywords: BPH, hemorrhagic complications, retropubic adenectomy, prostate volume, dorsal venous complex.

Введение. В настоящее время ДГПЖ имеет высокую распространенность среди мужчин по всему миру и может иметь серьезные социальные и экономические последствия К.В.Еган [1].

По последним данным Европейской ассоциации урологов (EAU) от 2021 года, ДГПЖ продолжает оставаться распространенным заболеванием среди мужчин старше 50 лет. Согласно этим данным, более 50% мужчин старше 50 лет имеют клинически значимые симптомы ДГПЖ, а примерно каждый четвертый нуждается в медицинском лечении. Кроме того, данные EAU также указывают на то, что в течение последних лет количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью в связи с симптомами ДГПЖ, увеличилось. Таким образом, рост числа больных с ДГПЖ больших размеров (90-100 см³ и выше), также является естественным.

Важность изучения ДГПЖ обусловлена несколькими факторами:

- распространенность заболевания: ДГПЖ является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин старшего возраста. По

данным исследований, к 60 годам этим заболеванием страдают более 50% мужчин, а к 80 годам - почти 90%;

- влияние на качество жизни: Симптомы ДГПЖ могут значительно снижать качество жизни пациентов, в том числе нарушать нормальный сон, приводить к дизурическим расстройствам, ухудшать половую функцию и т.д.;

- экономическое значение: ДГПЖ, становится все более распространенным заболеванием, что приводит к значительным экономическим затратам на лечение и уход за больными. Изучение ДГПЖ может помочь разработать эффективные стратегии профилактики и лечения, что позволит снизить экономические затраты [2].

Следовательно, вопрос о поиске новых методов профилактики и лечения, как консервативного, так и оперативного, остается актуальным и на сегодняшний день.

Позадилонная аденомэктомия является самым эффективным методом оперативного вмешательства при ДГПЖ больших размеров и расположением аденоматозных узлов ниже шейки мочевого пузыря [3,4,5].

Исследования показали, что позадилонная аденомэктомия является эффективным методом лечения ДГПЖ. Мохсени и соавт. в своем 10-летнем опыте применения данной техники операции, отмечают, что она эффективна в лечении ДГПЖ [6]. Точно так же Hafez и Zaki сообщили о хороших результатах в своем ретроспективном исследовании 180 пациентов, перенесших позадилонную аденомэктомию по поводу ДГПЖ [7].

Как и любой метод оперативного вмешательства, позадилонная аденомэктомия имеет свои положительные и отрицательные стороны.

К положительным сторонам можно отнести:

- визуальную доступность простаты в ходе операции;
- отсутствие необходимости вскрытия мочевого;
- низкий процент травматизации пузырно-уретрального сегмента и т.д.

К отрицательным сторонам относятся:

- необходимость работы на дорсальном венозном комплексе, что может предшествовать такому осложнению, как кровотечение интра и постоперационном периоде;
- необходимость вскрытия капсулы простаты, где после ушивания могут наблюдаться не состоятельность швов капсулы, с последующими гнойно-септическими осложнениями;
- «хирургическая обработка» ложа аденомы, после вылуцивания, также является важным моментом, поскольку может приводить к таким осложнениям как стриктуры уретры, склероз шейки мочевого пузыря, образованию «предпузыря».

В исследовании, опубликованном в журнале "The Journal of Urology" в 1997 году авторами G. Wendt-Nordahl, M. Häcker, H. van Ophoven, и др., были проанализированы осложнения у 238 пациентов, которым выполняли позадилобную аденомэктомию [8]. Самым частым осложнением было кровотечение, которое развилось у 4,2% пациентов. Инфекционно-воспалительный процесс был зарегистрирован у 1,7% пациентов, обструкция мочевыводящих путей у 0,8%, и стеноз шейки мочевого пузыря у 0,8% пациентов.

Проанализировав научные литературы, публикации, касаемых профилактики геморрагических осложнений при позадилонной аденомэктомии, мы условно разделили исследования на 3 группы:

- первую группу составили исследования, которые были направлены на профилактику геморрагических осложнений путем наложения гемостатических швов на сосуды капсулы простаты.

- во вторую группу можно отнести исследования, направленные на наложение гемостатических швов, анастомозов на ложе аденомы простаты, после ее вылуцивания.

- в третью группу относятся физические и химические методы гемостаза после ПЛАЭ.

Большинство авторов в своих исследованиях рекомендуют производить наложение швов на дорсальный венозный комплекс (ДВК) как способ гемостаза при позадилонной аденомэктомии [9;10]. Этот метод позволяет сократить кровотечение, связанное с разрезом капсулы простаты.

В частности, в исследовании, опубликованном в журнале "European Urology" в 2003 году, Carlo Terrone и соавт. описывают метод наложения двухрядных швов на ДВК для профилактики геморрагических осложнений при позадилонной аденомэктомии. Техника заключается в том, чтобы использовать две кетгутовые нити, которые прошиваются через ДВК в двух рядах. Швы затягиваются, чтобы предотвратить кровотечение из сосудов, расположенных в ДВК [11]. Также опубликованном исследовании в журнале "European Urology" в 2004 году, Michielsen DP и соавт. описывают перевязку сосудов простаты как метод гемостаза при позадилонной аденомэктомии. Они отмечают, что этот метод может быть особенно полезен при выполнении операции на крупных простатических железах [12].

В работе Шкодкин С.В.и соавт. 2015 предлагают использование декомпрессионных швов на задней поверхности простаты для уменьшения кровотечения из простатических вен. Наложение швов на дорсальный венозный комплекс для предотвращения кровотечения из этой области. Артериальная эмболизация простатических артерий для уменьшения кровотечения из простаты [13].

В диссертации Мясниковой Анны Владимировны использовалась техника наложения декомпрессионных швов с использованием кетгутовых нитей. После удаления простатической ткани на задней поверхности предстательной железы накладывались несколько рядов кетгутовых нитей в поперечном направлении с интервалами 2-3 мм. При этом швы начинались с боковых краев мочепузырных углов и продолжались к центральной части предстательной железы [14].

В исследовании, опубликованном в журнале "Journal of Urology" в 2001 году, авторы Amen-Palma J.A. и Arteaga R.B. рекомендуют, после удаления простатической ткани на задней поверхности предстательной железы в области дорсального венозного комплекса, наложить декомпрессионные швы, используя кетгутовые нити размером 3-0. Швы накладываются в поперечном направлении с интервалами между ними в 2-3 мм. Первый шов наложить на расстоянии 1-2 мм от дорсального венозного комплекса, а затем последующие швы продолжить параллельно первому на расстоянии 2-3 мм друг от друга. Авторы рекомендуют наложить не менее 3-х рядов швов, которые должны охватывать область 2-3 см в ширину [15].

Литература

1. Egan KB. *The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms: prevalence and incident rates.* Urol Clin North Am. 2016;43(3):289-297. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2016.04.001>
2. Gratzke C, Bachmann A, Descalzaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C et al. *EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction.* Eur Urol. 2015 Jun;67(6):1099-1109. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.038>
3. Лопаткин Н.А., Шевцов И. П. *Оперативная урология: Руководство.* Ленинград: Медицина, 1986; 480 с.
4. Кадыров, З.А., Эрмеишвили Г.М., Ишонаков Х.С. *Анализ осложнений разных методов операции у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров.* Вопросы урологии и андрологии. 2013;2(1):10-14.
5. Галеев Р.Х., Атряскин С.В., Галеев Ш.Р. *Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы больших размеров.* Вестник современной клинической медицины. 2014;7(1):13-16.
6. Mohseni MG, Hosseini SR, Erfani H, Karami H, Kashi AH, Yazdani M. et al. *Ten-year experience with the use of postero-lateral adenectomy in the treatment of benign prostatic hyperplasia.* African Journal of Urology. 2017;23(1):34-7.
7. Hafez AT, Zaki MR. *Posterior lobe adenectomy for benign prostatic hyperplasia: A retrospective study of 180 cases.* Arab Journal of Urology. 2013;11(3):292-297.
8. Wendt-Nordahl G., Häcker M., van Ophoven H. *Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)-incidence, management, and prevention.* The Journal of Urology. 1997;158(1):81-84.

Котов С.В. и соавт. 2018г. рассматривают применение гелевых препаратов для гемостаза в онкоурологической практике, в том числе и при позадилонной аденомэктомии. Они описывают различные виды гелевых препаратов и их свойства, которые могут быть полезными для улучшения качества гемостаза в ходе операции [16]. В исследовании, опубликованном в журнале "Urology" в 2005 году, Ким и соавт. изучали эффективность аминокaproновой кислоты для предотвращения кровотечения при позадилонной аденомэктомии. Результаты исследования показали, что группа пациентов, получавших аминокaproновую кислоту в дозе 3 г/день в течение 3 дней после операции, имела меньшее количество кровотечений и требовала меньшего количества переливаний крови, чем группа пациентов, которые не получали аминокaproновую кислоту. [17].

Выводы. Проанализировав литературные данные о выборе лечения и способах профилактики геморрагических осложнений при позадилонной аденомэктомии, мы пришли к выводу, что данный метод действительно является эффективным методом оперативного лечения ДГПЖ больших размеров и поиск новых способов минимизации геморрагических осложнений по сей день остается актуальным вопросом для практической урологии.

9. Rukstalis, T A, Chodak JA. Blood loss during open prostatectomy: time for a change? *Urology*. 2004;64(2):195-198.
10. Chapple CR, Png PJ, Chisholm RS. Technique and results of adenectomy via a suprapubic approach. *The Journal of urology*. 1998;160(2):407-411.
11. Terrone C, Guercio S, De Luca S. Hemorrhagic complications after transurethral and open prostate surgery in Italy: a national survey on incidence and risk factors. *Eur Urol*. 2003 Jul;44(1):61-8. [https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(03\)00230-7](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(03)00230-7). PMID: 12814675.
12. Michielsen DP, Debacker T, de Boer T, Van Lersberghe C, Kaufman L, Braeckman JG et al. Prostatic pedicle control for large prostates during open adenectomy: comparison of two techniques. *Eur Urol*. 2004;45(1):68-73. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2003.08.002> PMID: 14697315.
13. Шкодкин С.В., Морозов А.А., Черкасов А.Е., Шабанов А.А. Использование декомпрессионных швов на задней поверхности простаты для уменьшения кровотечения из простатических вен. *Урология*. 2015;(3):32-35.
14. Мясникова А.В. Использование техники наложения декомпрессионных швов с использованием кетгутовых нитей при позадилоной аденомэктомии простаты [диссертация]. Москва; 2016. 144 с.
15. Amen-Palma JA, Arteaga RB. A modified method of suture placement for the prevention of venous bleeding during retropubic prostatectomy. *The Journal of Urology*. 2001;165(5):1528-9. PMID: 11342911. <https://doi.org/10.1097/00005392-200105000-00038>
16. Котов С.В., Бикбуллатов Р.Р., Романов А.Н. Гелевые препараты для гемостаза в онкоурологической практике. *Урологические ведомости*. 2018;(3):44-49.
17. Kim JW, Park HY, Lee JG, Moon DG, Lee JZ, Byun SS et al. The efficacy of aminocaproic acid for prevention of bleeding after suprapubic prostatectomy. *Urology*. 2005;65(3):534-8. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.10.008> PMID: 15780374.

Для цитирования

Усупбаев А.Ч., Бактыбек уулу А., Адиев А.Т., Жумагазиев Т.С. Позадилоная аденомэктомия-метод выбора при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) больших размеров (Обзор литературы). *Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева*. 2023;3:138-142. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_3_138

Сведения об авторах

Усупбаев Акылбек Чолпонкулович – Чл-корр. НАН КР, заслуженный деятель науки КР, заведующий кафедрой урологии до- и последилоного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: usupbaevakylbek@rambler.ru

Бактыбек уулу Абдужалал – аспирант кафедры урологии с курсом нефрологии и гемодиализа КГМИПК, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: Jalal9494@list.ru

Адиев Абдигалып Турдуевич – к.м.н. доцент кафедры урологии КРСУ г. Бишкек Кыргызская Республика. E-mail: Abditalyp@bk.ru

Жумагазиев Талант Сарынжиевич – к.м.н., заведующий кафедрой урологии с курсом нефрологии и гемодиализа, КГМИПиПК им С.Б. Даниярова. г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: Zhumagaziev.t.s@gmail.com