

УДК 616.65-002-089.87

**МЕСТО ОТКРЫТОЙ ХИРУРГИИ ДГПЖ В СОВРЕМЕННОЙ УРОЛОГИИ****Баранцев Д.С.***ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования Росздрава»,  
Москва, e-mail: barantzev@mail.ru*

Произведен анализ литературных источников с целью оценить актуальность открытого хирургического вмешательства при лечении ДГПЖ больших размеров, проводился поиск литературных источников по медицинской поисковой системе MedLine. Из обзора исключены исследования, где проводились робот-ассоциированные оперативные вмешательства, в связи с малым количеством операций, а также малоинвазивные хирургические вмешательства, которые проводятся при малых размерах предстательной железы.

**Ключевые слова:** ДГПЖ, ТУРП, открытая аденомэктомия, трансвезикальная аденомэктомия, позадилоная аденомэктомия

**VENUE OPEN SURGERY BPH IN MODERN UROLOGY****Barantsev D.S.***GOU DPO «Russian Medical Academy of Postgraduate Medical Education», Moscow,  
e-mail: barantzev@mail.ru*

Analysis of literary sources with the purpose to estimate relevance of the open surgical intervention when treating a big Benign prostatic hyperplasia has been carried out (search of the literary sources has been carried out in MedLine medical search system). Researches with robot-aided operative interventions, in connection with small quantity of operations, as well as low-invasive surgical interventions which are carried out at small prostate were excluded from the review.

**Keywords:** BPH, TURP, open adenomectomy, transvesical adenomectomy, retropubic adenomectomy

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является распространенным заболеванием среди стареющих мужчин, которое значительно нарушает качество жизни и их работоспособность и в сочетании с тенденцией к увеличению продолжительности жизни населения Российской Федерации с каждым годом становится все более существенной социальной и экономической проблемой [1]. Следует отметить наличие подобной ситуации и в развитых странах.

Впервые произведенная М. Stern и J. McCarthy резекция предстательной железы проволоочной петлей под визуальным контролем (инструментом собственной разработки) стала началом эпохи трансуретральной резекции простаты (ТУРП). Эта операция до сих пор остается «Золотым стандартом» оперативного лечения ДГПЖ.

Однако большой размер предстательной железы (80–100 мл), наличие камней мочевого пузыря, дивертикула мочевого пузыря являются показанием к проведению открытого хирургического вмешательства [2] в виде черезпузырной аденомэктомии, предложенной еще Е. Fuller и Р. Freyer в 1895 и 1900 гг. [3, 4] или позадилоной аденомэктомии, предложенной в 1945 г. Т. Millin [8]. В последнее время в некоторых странах и клиниках количество открытых операций сопоставимо с ТУРП [9]. Интерес к открытой хирургии ДГПЖ в последнее время

только усилился в связи с нарастанием количества «Больших простат».

**Материалы и методы исследования**

Чтобы оценить функциональные результаты открытого оперативного лечения и ТУРП, нами был произведен поиск по наиболее популярной медицинской поисковой системе MedLine. Из обзора исключены исследования, где проводились робот-ассоциированные оперативные вмешательства, в связи с малым количеством операций, а также малоинвазивные хирургические вмешательства, т.к. они проводятся при значительно меньшем объеме предстательной железы [2].

**Результаты исследования  
и их обсуждение**

Интерпретацию результатов нужно проводить с осторожностью, т.к. большое количество сообщений, описывающих результаты черезпузырной аденомэктомии, имеют довольно раннюю дату публикации, что затрудняет возможность корректного сравнения с результатами трансуретральной хирургии. За последнее время значительно изменились анестезиологические стандарты, показания к переливанию крови, изменилось качество хирургических вмешательств и подходы к оценке результатов проведенной терапии. Интересное исследование проведено Meyhoff et al.: после открытой трансвезикальной аденомэктомии неудовлетворенность результатом лечения составила 9% против 16% из группы, где произведена ТУРП (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение результатов ТУРП и Трансвезикальной аденомэктомии [5, 6, 7]

Вид вмешательства	Количество пациентов	СНМП	Qmax	Осложнения	Неудовлетворенность пациента результатами лечения	Частота отказов от лечения
ТУРП	43	-90%	+88%	53%	16%	4,6%
Трансвезикальная аденомэктомия	32	-87,5%	+175,5%	68%	9%	0

Tubaro et all. произвели оценку уродинамических показателей до и после открытой аденомэктомии (табл. 2). Обра-

щает на себя внимание выраженная положительная динамика после хирургического лечения.

Таблица 2

Эффект открытой аденомэктомии на функцию мочевого пузыря [10]

	IPSS	QL	Объем мочеиспускания	Qmax (ml/sec)	Объем остаточной мочи (ml)	Толщина стенки мочевого пузыря (mm)
Базовые показатели	19,4 ± 4,4	4,9 ± 0,9	290 ± 9	9,1 ± 5,3	128 ± 113	5,2 ± 0,7
Спустя 1 год	1,5 ± 2,7	0,2 ± 0,4	427 ± 82	29,1 ± 8,9	8 ± 18	2,9 ± 0,9
Различие	-18,5 ± 5,1	-4,7 ± 1,1	211 ± 107	+19,8	-124 - 115	-2,3 ± 1
P ≤	0,0001	0,0001	0,001	0,0001	0,0001	0,0001

Открытая аденомэктомия характеризуется большим количеством осложнений, однако с улучшением хирургической техники и с совершенствованием анестезиологических и общехирургических стандартов их частота значительно снижается.

### Выводы

По мнению большинства специалистов, ТУРП является «золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ, однако в ряде стран открытая хирургия также сохраняет свою актуальность. Такая ситуация обусловлена высокой эффективностью хирургического вмешательства и ограничением в применении эндоскопических методов лечения. Открытая хирургия ДГПЖ и по настоящее время занимает значительное место в арсенале современного оперирующего уролога. Оценка отдаленных результатов и влияние на качество жизни открытой аденомэктомии, являются темой для дальнейших исследований.

### Список литературы

1. Женщины и мужчины России. 2008: Стат. сб. Росстат. – М., 2008. – 281 с.
2. European Association of Urology «Guidelines on Begin Prostatic Hyperplasia» Update March 2004 [http://www.urotoday.com/images/stories/documents/prod/pdf/eau/BPH\\_August\\_2004.pdf](http://www.urotoday.com/images/stories/documents/prod/pdf/eau/BPH_August_2004.pdf).

3. Freyer PJ. A new method of performing prostatectomy // *Lancet*. – 1900. – №1. – P. 774.

4. Fuller E. Six successful and successive cases of prostatectomy // *J. Cutan Genitourin.* – 1895. – №13. – P. 229.

5. Meyhoff H.H., Nordling J., Hald T. Urodynamics evaluation of transurethral versus transvesical prostatectomy // *Scand J. Urol Nephrol.* – 1984. – №18. – P. 27–35.

6. Meyhoff H.H., Nordling J., Hald T. Clinical evaluation of transurethral versus transvesical prostatectomy. A randomized study // *Scand J. Urol Nephrol.* – 1984. – №18. – P. 201–9.

7. Meyhoff H.H., Nordling J. Long term results of transurethral and transvesical prostatectomy. A randomized study // *Scand J. Urol Nephrol.* – 1986. – №20. – P. 27–33.

8. Millin T. Retropubic prostatectomy: a new extravesical technique. Report on 20 cases // *Lancet*. – 1945. – №2. – P. 693–6.

9. Retropubic adenectomy (Millin's technique). Our experience // *Arch Ital Urol Androl.* – 1995 Feb. – №67(1). – P. 105–7.

10. A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia / A. Tubaro, S. Carter, A. Hind, C. Vicentini, L. Miano / *J. Urol.* – 2001. – №166. – P. 172–6.

### Рецензенты:

Велиев Е.И., д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последилового образования Росздрава», г. Москва;

Вишневский А.Е., д.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ им. Боткина, г. Москва.

Работа поступила в редакцию 20.05.2011.