

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Корсак В.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – доцент Хильмончик Н.Е.

Введение. Помощь при задержке мочеиспускания, обусловленной доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), в древние времена оказывалась знахарями, объединившими в себе мудрость народной медицины с религиозными обрядами и элементами шарлатанства, затем на протяжении веков эта патология достаточно успешно лечилась с помощью катетеризации, хирургическое лечение явилось прогрессивным и доступным методом чуть более 100 лет назад. Глубокое и всестороннее изучение патогенеза данной патологии содействовало разработке новых методов диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Цель. Изучить историю развития хирургических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материал и методы исследования. Материалами для исследования послужили опубликованные исторические источники. Методы исследования – анализ, синтез, систематизация и описание.

Результаты исследования. Жан Риолан-младший (1580-1657 г.) был первым, кто предположил в 1649 году, что увеличенная простата может вызвать задержку мочи. До конца 18-ого века эта проблема не представляла большого профессионального интереса у врачей того времени, однако встречаются упоминания об использовании мягких и жестких катетеров. Франсуа Шопар 1743-1795 г.) сделал отметку о том, что в 1756 году Жильбер Лафайет (1757-1834 г.) пропустил стилет в форме копья через катетер с открытым концом, чтобы проколоть срединную долю. Его пациент прожил 10 лет в относительном комфорте, лишь изредка нуждаясь в катетеризации. Вскрытие подтвердило диагноз увеличенной предстательной железы с ложным проходом. В конце 19-го века началось зарождение основных принципов открытой простатэктомии. Сэр Уильям Фергюссон (1773–1846 г.) в 1830 -х годах был первым, кто признал возможность лечения увеличенной предстательной железы путем удаления ткани предстательной железы. Сорок лет спустя Джон У. С. Гоули описал срединный разрез в промежности, выполненный глубоко до вершины простаты. Позже выполнил первое запланированное и полное удаление аденомы, когда он энуклеировал боковые и срединные доли увеличенной простаты в 1891 году, но не сообщал о своем подвиге до 1902 года.

С развитием анестезии и более эффективных антисептических методов, хирурги в 1880-ые годы смогли полностью перейти на аденомэктомию с помощью надлобкового доступа. Фон Диттель (1815—1898) из Вены в 1885 году, Уильям Т. Белфилд (1856–1929) из Чикаго в 1886

году и Макгилл из Лидса в 1887 году - все они удалили части предстательной железы этим методом, однако это касалось средней доли, выступающей в мочевой пузырь, а не всей аденомы. В середине 1890-х годов было проведено несколько комбинированных операций для облегчения удаления как внутривезикулярных, так и внутриуретральных долей предстательной железы. Мочевой пузырь был вскрыт, чтобы получить доступ к средней доле, затем, используя нисходящее трансвезикальное давление для надавливания и баллон катетера для вытягивания, простату опустили вниз, чтобы боковые доли могли быть удалены через промежностный разрез. Ни один из этих маневров не привел к втягиванию предстательной железы в промежностную рану. Питер Фрейер (1851-1921) из Лондона в 1910 г. популяризировал аденомэктомию путем разреза шейки мочевого пузыря, чтобы найти плоскость между аденомой и капсулой, затем использование пальца для энуклеации как боковой, так и средней долей. В течение следующих 30 лет урологи обсуждали наилучший подход к предстательной железе, выше или ниже лобка. Кроме того, промежностный подход подготовил Янга к проведению первой знаковой радикальной простатэктомии по поводу рака предстательной железы в апреле 1904 года. Дж. Бенгли Сквайр из Нью-Йорка в 1911 году представленный радикальный отход от методов, ранее использовавшихся Фуллером, Фрейером и другие выполняют надлобковую простатэктомию. Он ввел палец через шейку мочевого пузыря в простатическую уретру и, надавливая вверх на лобок, прорвал слизистую оболочку, открыв таким образом доступ к ложбинке плоскость между аденомой и капсулой прямо под передней спайкой, без использования ножниц или ножа, и энуклеировала железу, двигая пальцем вверх [1]. Это стало распространенным методом, который до сих пор используется для удаления аденомы. В первые два десятилетия 20-го века надлобковая простатэктомия, несмотря на ее усовершенствования, отставала от операции на промежности. Описания пионеров этой процедуры, начиная с операций "обгрызания" конца 1880-х и 1890-х годов, касались операций, проводимых вслепую и под руководством пальца. Надлобковые операции часто заканчивались неудачей, потому что они оставляли мешающие метки тканей, что во многих случаях приводило к стойкому выделению остаточной мочи. Другие пробовали ретропубический подход к предстательной железе, но отказались от него из-за неудачных результатов. Фон Стокум в 1909 году не вскрывал мочевой пузырь, а просто разрезал капсулу предстательной железы, чтобы удалить аденому. Он упаковал полость марлей и осушил мочевой пузырь с помощью надлобковой трубки. Это осталось для Теренса Миллина от Ирландия, работавшая в Лондоне в 1945 году, чтобы усовершенствовать и популяризировать ретропубическую операцию, сшивающую капсулу и дренирующую мочевой пузырь с помощью уретрального катетера [1]

В то время как развивалась открытая хирургия предстательной железы, трансуретральным методом не пренебрегали. В 1830 году Джордж Джеймс Гатри, молодой хирург британской армии, был первым, кто сделал надрез шейки мочевого пузыря скрытым ножом, пропущенным через уретру. Также в 1830 году, Лерой Д'Этиоль скарифицировал простату с помощью ланцета. Вскоре после этого Жан Сивиале представил свой "киотом", еще один скрытый нож, который можно было выдвинуть, чтобы разрезать срединную долю.

Метод в конечном итоге потерпел неудачу из-за недержания мочи (из-за отсутствия визуального контроля), задержки кровотечения и рецидива непроходимости. К 1897 году А. Фрейденберг из Берлина модифицировал гальванокаутерию Боттини, объединив ее с ирригационным цистоскопом, который в настоящее время широко используется, чтобы впервые обеспечить разрушение предстательной железы под визуальным контролем [2]. В 1908 году Эдвин Бир из Нью-Йорка экспериментировал с высокочастотным униполярным током для лечения опухолей мочевого пузыря. Замечательное открытие пива было то, что он нашел способ, чтобы прижечь ткань через цистоскоп под водой [2]. А. Р. семерки и Г. Vugbee, кроме Нью-Йорка, работает независимо, используется тот же ток, а позже Д'Арсонваль (биполярных) ток уничтожить средний бары и небольшой средней долей. Эти высокочастотные токи не проникали и не повреждали окружающие ткани так сильно, как прижигающее тепло, поэтому они вызывали меньше некротических тканей и с меньшей вероятностью вызывали вторичное кровотечение. В период между двумя мировыми войнами было разработано множество перфораторов и других эндоскопических инструментов для удаления участков увеличенной предстательной железы. В 1926 году Максимилиан Стерн из Нью-Йорка изобрел инструмент, который назвал "резектоскоп" [3]. Снабженный петлей из вольфрамовой проволоки, которую можно перемещать взад и вперед с помощью ручки снаружи с помощью реечной передачи, ткань предстательной железы может быть удалена под прямым наблюдением путем перемещения петли. В 1932 году Джозеф Ф. Маккарти из Нью-Йорка Йорк внес значительные улучшения в резектоскоп: создал систему линз, которая расширила поле зрения, использовала непроводящую бакелитовую оболочку и отдельные токи для коагуляции и резки (разработана в 1928 году У.Т. Бови), переместил проволочную петлю и режущее окно на кончик инструмента. Резектоскоп Стерна-Маккарти был первым практическим резектоскопом с режущей петлей, и TURP стал доминирующим методом, используемым для лечения увеличенной простаты в течение следующих 70 лет [3]

После внедрения Гарольдом Хопкинсом оптоволоконной системы освещения операционного поля в 1954 г. и разработки детальной техники операции Несбитом в 1939 г., удаление ДГПЖ методом трансуретральной резекции приобрело еще большую популярность. Вследствие этого появилась новая методика – биполярная трансуретральная резекция

предстательной железы. Впервые данный способ был применен в 1998 г. в пластической хирургии как метод обработки кожи после травм и ожогов [4].

В связи с тем, что лапароскопический инструментарий к началу XXI века применялся достаточно широко, в 2002 г. Батисто Мариано впервые предложил выполнять лапароскопическую аденомэктомию как малоинвазивный метод оперативного лечения ДГПЖ больших размеров [4]. Так как автор метода добился быстрой реабилитации больных и минимального количества осложнений, то можно сделать вывод, что лапароскопический метод лечения ДГПЖ у мужчин с большим объемом предстательной железы наиболее эффективен.

Одновременно с этим, способ гольмиевой лазерной энуклеации предстательной железы получал все более широкое распространение. Принцип действия метода состоит в удалении гиперплазированной ткани железы с помощью лазерного излучения, которое формируется кристаллом гольмия. Первыми, кто применил данную методику стали Питер Гиллинг и Марк Фраундорфер из Новой Зеландии в 1996 г., путем комбинированной эндоскопической лазерной абляции предстательной железы [4]. С 2010 по 2021 г. наиболее перспективным методом является гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы. Эта методика была описана Гиллингом еще в 1996 г., но подверглась модификации, так как появилась возможность проводить анатомически обоснованное вылущивание долей аденомы — энуклеацию.

Выводы. С течением времени хирургические способы лечения ДГПЖ претерпели различные изменения, появилось множество различных вариантов операций, от травматичных до малоинвазивных и у каждого есть свои достоинства и недостатки. Неизменным является принцип правильного выбора хирургической активности в каждом отдельном клиническом случае. К сожалению, сегодня остается еще много нерешенных вопросов в выборе тактики лечения ДГПЖ, что обуславливает поиск новых методик.

Список литературы:

1. Young NH. Conservative perineal prostatectomy. a presentation of new instruments and technique. JAMA 1903; 41: 999–1004
2. Squier JB. Suprapubic intra-urethral enucleation of the prostate. Boston Med Surg J 1911; 164: 911–7
3. Millin T. Retropubic prostatectomy: a new extravesical technique. Lancet 1945; 2: 693–6
4. Мустафаев А.Т., и др. Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы: прошлое и настоящее//Урологические ведомости. – 2019.–Т. 9.– No 1.– С.47–56. <https://doi.org/10.17816/uroved9147-56>