

УДК 616.65-007.61-03/-089
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-1-114-118

ТАКТИКА ОТБОРА БОЛЬНЫХ К КОНСЕРВАТИВНОМУ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.С. Эстебесов, Ч.Б. Алимов

Аденома простаты представляет собой гиперплазию клеток предстательной железы с образованием узелков разного размера и плотности. Увеличиваясь в размере, железа сдавливает участок мочеиспускательного канала, а иногда создает значительные трудности при мочеиспускании вплоть до полного его прекращения. Состояние сопровождается достаточным количеством проблем с мочеиспусканием, сном, ритмом и качеством жизни. Аденома простаты встречается с частотой 39 случаев в год на 1100 мужчин старше 51 года. С возрастом вероятность ее возникновения увеличивается. Приведенные данные говорят об эффективности консервативного лечения, способности ее не только улучшить состояние больных, но и в ряде случаев избежать хирургического вмешательства. Важно дифференцированно подходить к вопросу лечения аденомы простаты, выбирая монотерапию альфа-адреноблокаторами, оценивать эффект проведенного лечения с помощью методов клинической уродинамики. Значимость фармакологической коррекции акта мочеиспускания достаточно велика.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы; этиопатогенез; виды лечения; медикаментозная терапия; хирургическое лечение.

ПРОСТАТА БЕЗИНИН АДЕНОМАСЫН КОНСЕРВАТИВДИК ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО УЧУН БЕЙТАПТАРДЫ ТАНДООНУН ТАКТИКАСЫ

Н.С. Эстебесов, Ч.Б. Алимов

Простата безинин аденомасы – бул ар кандай өлчөмдөгү жана тыгыздыктагы түйүндөрдүн пайда болушу менен простата безинин клеткаларынын гиперплазиясы. Бездин өлчөмү чоңоюп, заара чыгаруучу түтүктүн аймагын кысып, ал толугу менен токтогонго чейин кээде заара чыгарууда олуттуу кыйынчылыктарды жаратат. Мындай абал заара чыгаруу, уйку, жашоо ритми жана сапаты менен байланышкан көйгөйлөрдүн жетиштүү саны менен коштолот. Простата безинин аденомасы 51 жаштан жогорку жаштагы 1100 эркекте жылына 39 учур жыштыгы менен кездешет. Жаш өткөн сайын, анын пайда болуу ыктымалдыгы жогорулайт. Бул маалыматтар консервативдик дарылоонун натыйжалуулугун, анын бейтаптардын абалын жакшыртууга гана эмес, айрым учурларда хирургиялык кийлигишүүдөн баш тартуу жөндөмдүүлүгүн көрсөтүп турат. Простата безинин аденомасын дарылоодо дифференциалдуу мамиле жасоо, альфа-блокаторлор менен монотерапияны тандоо, клиникалык уродинамикалык методдорду колдонуу менен дарылоонун натыйжалуулугун баалоо маанилүү. Заара кылуу актысын фармакологиялык түзөтүүнүн мааниси абдан чоң.

Түйүндүү сөздөр: простата безинин залалсыз гиперплазиясы; этиопатогенез; дарылоо түрлөрү; дары терапиясы; хирургиялык дарылоо.

PATIENT SELECTION TACTICS FOR CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF PROSTATE ADENOMA

N.S. Estebesov, Ch.B. Alimov

Adenoma of the prostate is a hyperplasia of cells of the prostate gland with the formation of nodules of different sizes and densities. Increasing in size, the gland compresses a section of the urethra, sometimes provoking significant difficulties in urinating until it stops completely. The condition is accompanied by a sufficient number of problems with urination, sleep, rhythm and quality of life. Adenoma of the prostate occurs with a frequency of 39 cases per 1,100 men over 51 years of age per year. With age, the likelihood of occurrence increases. And so, the given data indicate the effectiveness of conservative treatment, its ability not only to improve the condition of patients, but also in some cases to avoid surgical intervention. It is important to take a differentiated approach to the treatment of prostate adenoma, choosing monotherapy with alpha-blockers, to evaluate the effect of the treatment performed using clinical urodynamic methods. The importance of pharmacological correction of the act of urination is quite large.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; etiopathogenesis; types of treatment; drug therapy; surgery treatment.

Введение. Доброкачественное разрастание тканей железы, увеличение её в объёме провоцирует сдавление проходящего через неё мочеиспускательного канала, вызывая нарушения мочеиспускания – это основной симптом заболевания. Аденомы простаты выявляются у 21 % мужчин 45 лет, у 75 % – 63 лет, у 91 % – 83 лет. Основной причиной развития аденомы простаты является изменение гормонального фона мужчины, снижение с возрастом уровня мужского гормона – тестостерона [1, 2].

При этом в простате образуются маленькие узелки, которые растут и постепенно сдавливают мочеиспускательный канал. Вследствие такого сдавления появляется нарушение мочеиспускания, обусловленное инфравезикальной обструкцией, ХЗМ, камнями мочевого пузыря, инфекцией мочевыводящих путей, уретерогидронефрозом двусторонним и хронической почечной недостаточностью [3, 4].

Присутствие различной степени выраженности СНМП, ухудшающих качество жизни пациентов и требующих оптимального лечения, определяет важность данной проблемы [5, 6]. Рациональная лечебная тактика при аденоме простаты влияет на прогноз заболевания, а хирургическое вмешательство, выполненное без достаточных показаний, может не привести к желаемому результату.

Как показывает практика, внедрение медикаментозных средств в клиническую практику для лечения аденомы простаты позволяет рассматривать консервативную терапию как альтернативу хирургической операции [7].

Цель исследования – обследование пациентов с симптомами нижних мочевых путей, диагностика заболеваний, вызывающих эти симптомы. Хирургические методы лечения предстательной железы, несмотря на хорошие результаты, могут сопровождаться осложнениями (кровотечение, стриктура уретры, рецидив аденомы простаты) и не всегда приводят к исчезновению симптомов. При выборе нехирургических методов для больных и, в частности для консервативного лечения, используются препараты с патогенетически направленным механизмом действия.

Таким образом, современные препараты в лечении ДГПЖ способны уменьшить симптомы и улучшить показатели мочеиспускания. Это, в первую очередь, относится к препаратам с доказанной эффективностью и безопасностью. При выборе тактики консервативного лечения надо учитывать наличие факторов риска у больных с аденомой простаты.

Рост гиперплазии простаты можно определить, как ухудшение заболевания с течением времени. Степень роста аденомы простаты определяется по степени изменения симптомов болезни и отсутствию медикаментозного эффекта от проводимого лечения.

Материалы и методы. На базе Республиканского научного центра урологии при НГ МЗ КР было выбрано две группы пациентов в количестве 108 человек.

I группа пациентов – 56 (60,4 %) человек, у которых симптоматика при аденоме простаты превалирует над фактическим увеличением ткани предстательной железы в размерах, показано лечение альфа-адреноблокаторами. Наибольшее

Таблица 1 – Характеристика IPPS в двух группах

Группа	Умеренная степень (8–19 баллов)	Выраженность симптомов (20–35 баллов)	Средний балл IPPS	p
I	41,1 %	54,9 %	20,5 ± 5,6	p < 0,001
II	30,6 %	69,4 %	22,3 ± 6,2	p < 0,001

Примечание. p > 0,05 – достоверность различий между группами.

распространение имеют препараты: Тамсол, Омник, Теразозин.

II группа пациентов – 52 (56,2 %) человека – незначительное увеличение предстательной железы в размерах сочетается с умеренными признаками инфравезикальной обструкции. Если объективные и субъективные показатели качества мочеиспускания не позволяют рекомендовать этим пациентам тактику динамического наблюдения, им показана консервативная терапия препаратами растительного происхождения (Афала, Простамол Уно), которые улучшают оценку качества мочеиспускания, умеренно действуют на объективные параметры и при этом имеют минимальный уровень осложнений и побочных эффектов.

Наблюдение за такими пациентами включает в исследовании IPPS, УЗИ, контроль PSA, урофлоуметрии (таблица 1).

Большая часть пациентов (86,4 %) вели дневник регистрации качества и частоты мочеиспусканий, который заполняли самостоятельно на протяжении трех суток и включающий информацию о времени каждого мочеиспускания, объеме выделенной мочи, объеме и характере потребляемой жидкости, наличии urgentных позывов к мочеиспусканию, эпизодов недержания мочи и необходимости прерывать сон для опорожнения мочевого пузыря.

Определение простатспецифического антигена сыворотки крови (PSA). Для исключения злокачественного поражения простаты проводилось определение простатспецифического антигена сыворотки крови (PSA), который является общепринятым опухолевым маркером, получившим широкое внедрение в клиническую практику в целях диагностики и мониторинга рака простаты. Проводилось определение общего и свободного PSA. В соответствии с рекомендациями, в качестве порогового значения для общего PSA принята концентрация 4,0 нг/мл, для отношения свободного к общему PSA – значение

0,15. При обнаружении повышенного уровня PSA больные исключались из исследования, им в дальнейшем проводилось комплексное обследование для исключения рака предстательной железы.

УЗ исследование проводили на ультразвуковом аппарате «Тошибо», укомплектованном набором датчиков: секторальным (с частотой 3,5 – 5 мNz), конвексным (с частотой 3,5 мNz), трансректальным (с частотой 2–4 мNz). Данное исследование проводилось в кабинетах ультразвуковой диагностики НГ МЗ КР.

Исследование нижних мочевых путей проводилось абдоминальным датчиком. Оценивались размеры и экоструктура предстательной железы, выраженность капсулы, после мочеиспускания оценивалось количество остаточной мочи.

С помощью методики доплерографического исследования больным производили измерение максимальной систолической скорости кровотока (V_{max}), а также индекса резистентности (RI) и пульсационного индекса (PI). Данные измерения производились в обеих долях предстательной железы (рисунок 1).

Урофлоуметрическое исследование. Для диагностики инфравезикальной обструкции применялась урофлоуметрия, позволяющая на основании прямой регистрации изменений объемной скорости потока мочи во время мочеиспускания объективизировать наличие инфравезикальной обструкции (рисунки 2–4). Урофлоуметрия проведена 108 больным, в том числе 56 пациентам I группы (60,4 %) и 52 пациентам II группы (56,2 %).

Анализировались следующие параметры: время задержки мочеиспускания, максимальная скорость потока мочи, время достижения максимальной скорости потока мочи, средняя скорость потока мочи, объем выделенной мочи, время мочеиспускания, а также характер кривой урофлоутраммы. Наиболее важными из

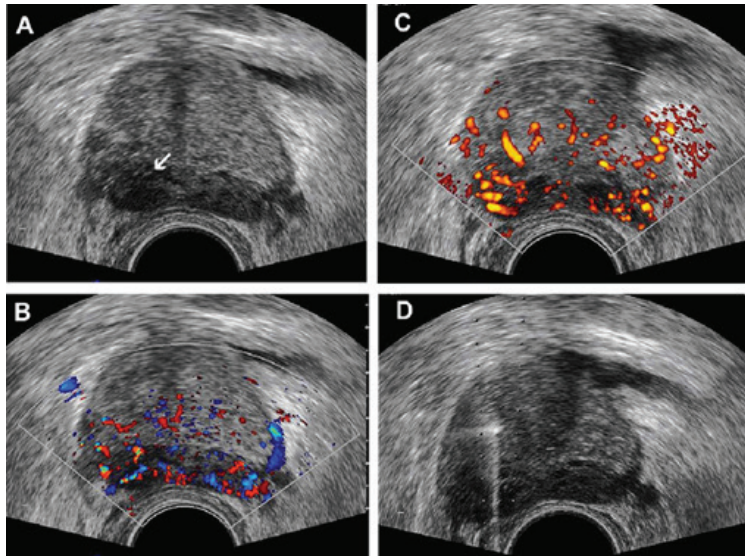


Рисунок 1 – УЗИ простаты:
 А – стрелкой указан аденоматозный узел правой доли;
 В и С – аденома простаты на доплерографии;
 D – кальцинат правой доли аденомы предстательной железы

них являются максимальная объемная скорость мочи, время достижения максимальной скорости потока мочи и общее время мочеиспускания. Согласно рекомендациям комитета стандартизации International Continence Society, а также в соответствии с Материалами Международного совещания по лечению доброкачественной гиперплазии простаты, нижней границей максимальной скорости потока мочи, при которой отсутствует инфравезикулярная обструкция, является 15 мл/сек. Однако следует отметить, что после 50-летнего возраста максимальная скорость потока мочи может уменьшаться на 2 мл/сек каждые 10 лет.

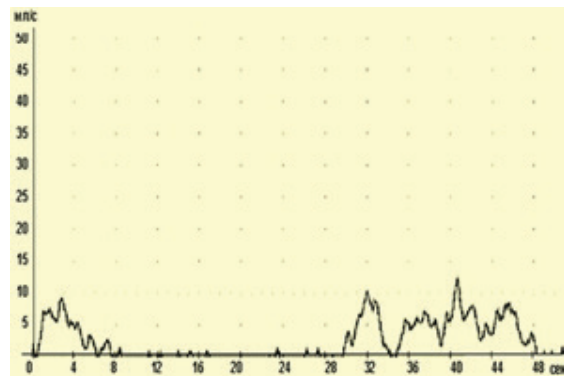


Рисунок 3 – Прерывистое мочеиспускание

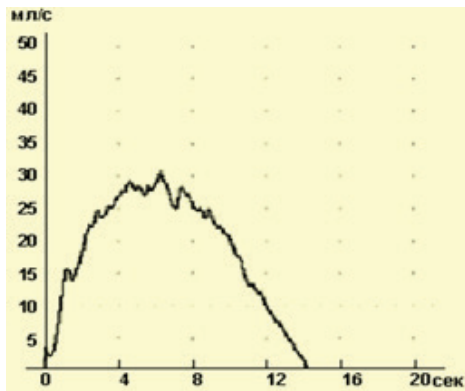


Рисунок 2 – Нормальная урофлоуметрия

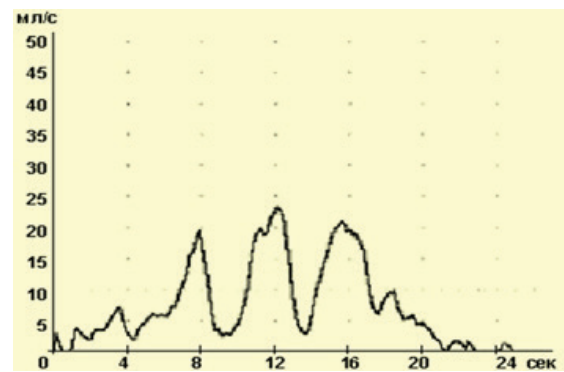


Рисунок 4 – Несогласованность работы сфинктера и детрузора

Выводы

Таким образом, в результате нашего исследования преимущества консервативной терапии могут не только улучшить клинические симптомы, но и дать возможность избежать оперативного лечения, имеющего ряд послеоперационных осложнений. При лечении аденомы простаты с помощью монотерапии альфа-адреноблокаторами необходимо оценивать эффект с помощью методов клинической уродинамики. Исходя из этого можно утверждать, что роль консервативной коррекции акта мочеиспускания до оперативных вмешательств достаточно велика.

Литература

1. *Гориловский Л.М.* Доброкачественная гиперплазия простаты / Л.М. Гориловский, М.Б. Зингеренко // Фарматека. 2007. № 16.
2. *Ким Э.Х.* Использование ингибиторов 5-альфа-редуктазы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Э.Х. Ким, Дж.А. Брокман, Г.Л. Андриоле // Азиатский журнал урологии. 2018. С. 28–32.
3. *Пытель Ю.А.* Медикаментозная терапия гиперплазии простаты / Ю.А. Пытель // Пленум Всероссийского общества урологов: тез. докл. Саратов, 1994. С. 5–19.
4. *Рорборн К.Г.* Эффективность и безопасность двойного ингибитора 5-альфа-редуктазы 1 и 2 типов (дугастерид) у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / К.Г. Рорборн, П. Бойл, Дж.С. Никель [и др.] // Урология. 2002. Т. 60. № 3. С. 434–441.
5. *Филиппович В.А.* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: современные подходы к медикаментозной терапии / В.А. Филиппович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2008. № 1 (21). С. 93–101.
6. *Чжан Б.* Клиническая оптимальная доза солифенацина сукцината для пациентов после трансуретральной резекции простаты в периоперационном периоде / Б. Чжан, Дж. Вэй, Х. Ву // ExpTheMed. 2018; 15 (2): 1660–1665. 2017.
7. *Эстебесов Н.С.* Сравнительный анализ осложнений трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Н.С. Эстебесов // Вестник КРСУ. 2014. Т. 14. № 12. С. 133–137.