

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИЙ ПРОСТАТЫ

Азимов С.И.¹, Гуламов М.Х.², Каримов Б.С.³
Email: Azimov6107@scientifictext.ru

¹Азимов Сардорбек Илхомович - ассистент;

²Гуламов Мирфайз Халилович - ассистент;

³Каримов Бахриддин Садриддин угли – ассистент,
кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии,
Бухарский государственный медицинский институт,
г. Бухара, Республика Узбекистан

Аннотация: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - полиэтиологическое заболевание мужчин преимущественно пожилого и старческого возраста, причиной которого является рост аденоматозной ткани в транзитной зоне предстательной железы. Следствием этого патологического роста является возникновение обструкции нижних мочевыводящих путей. В стадии декомпенсации заболевание приводит к ряду серьезных осложнений, в том числе невозможности самостоятельного мочеиспускания, что требует установки мочепузырного дренажа для постоянного отведения мочи. В последние годы ведется поиск альтернативных методов оперативных вмешательств, позволяющих преодолеть имеющиеся проблемы. Целью данного сообщения явилось оценить функциональное состояние нижних мочевых путей и качество жизни пациентов в ближайшем периоде после ЭАП в лечении ДГПЖ.

Ключевые слова: предстательная железа, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденомэктомия, качество жизни.

FUNCTIONAL STATE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AFTER PROSTATIC ARTERY EMBOLIZATION

Azimov S.I.¹, Gulamov M.Kh.², Karimov B.S.³

¹Azimov Sardorbek Ilkhomovich - Assistant;

²Gulamov Mirfayz Khalilovich - Assistant;

³Karimov Bakhriddin Sadriddin ugli - Assistant,

DEPARTMENT OF THE FACULTY AND HOSPITAL OF SURGERY, UROLOGY,
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE,
BUKHARA, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: benign prostatic hyperplasia (BPH) is a polyetiological disease of men, mainly of elderly and senile age, which is caused by the growth of adenomatous tissue in the transient zone of the prostate gland. The consequence of this pathological growth is the occurrence of obstruction of the lower urinary tract. In the stage of decompensation, the disease leads to a number of serious complications, including the inability to urinate independently, which requires the installation of a urinary drainage system for constant urine drainage. In recent years, there has been a search for alternative methods of surgical interventions to overcome the existing problems. The aim of this report was to assess the functional state of the lower urinary tract and the quality of life of patients in the immediate period after PAE in the treatment of BPH.

Keywords: prostate gland, benign prostatic hyperplasia, adenomectomy, quality of life.

УДК 616.65(616.137.72)

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) - полиэтиологическое заболевание мужчин преимущественно пожилого и старческого возраста, причиной которого является рост аденоматозной ткани в транзитной зоне предстательной железы [2]. Следствием этого патологического роста является возникновение обструкции нижних мочевыводящих путей. В стадии декомпенсации заболевание приводит к ряду серьезных осложнений, в том числе невозможности самостоятельного мочеиспускания, что требует установки мочепузырного дренажа для постоянного отведения мочи. В последние годы ведется поиск альтернативных методов оперативных вмешательств, позволяющих преодолеть имеющиеся проблемы [1, 3]. В то же время, ни один из методов не является универсальным, зачастую они требуют наличия высокотехнологичного оборудования, инвазивны и нуждаются в анестезиологическом пособии.

Одним из наиболее малоинвазивных и щадящих методов лечения ДГПЖ, кардинально отличающимся своим подходом к решению проблемы, является метод эмболизации артерий простаты

(ЭАП). Данная методика направлена на блок артериального снабжения узла гиперплазии и, как следствие его дальнейшая редукция. ЭАП позволяет выполнять вмешательства без использования методов анестезиологического пособия, что делает возможным его применение у более широкой группы пациентов. Активное развитие методики происходит последние 10 – 15 лет, и с каждым годом публикаций о его эффективности становится все больше [4, 5, 6, 8, 9].

Целью данного сообщения явилось оценить функциональное состояние нижних мочевых путей и качество жизни пациентов в ближайшем периоде после ЭАП в лечении ДГПЖ.

Материал и методы. Работа основана на анализе данных обследования и лечения 6 пациентов с ДГПЖ. Всем пациентам на момент исследования проводилась консервативная терапия, которая не приводила к остановке прогрессии ДГПЖ и/или нивелированию симптомов нижних мочевых путей (СНМП). Период исследования составил с сентября 2018 г. по апрель 2019 г. Лечение методом ЭАП проводилось на базе рентген-эндоваскулярного отделения БОММЦ.

У всех пациентов имелась сопутствующая патология, при которой риск выполнения открытой аденомэктомии многократно возрастал. Степень анестезиологического риска по ASA - III, IV. Возраст больных составил от 60 до 69 лет. Всем больным до ЭАП и через 3 месяца проводилось стандартное урологическое обследование, включающее опросник IPSS и QoL, трансректальную сонографию, объем остаточной мочи, скорость потока мочи, уровень ПСА.

Эндоваскулярное вмешательство выполняли с использованием ангиографического комплекса ALLURA CENTRON (Philips, Голландия). Комплекс характеризуется высоким качеством изображения и специальной системой снижения дозы, простотой позиционирования пациента. Цифровая субтракционная ангиография проводилась с частотой кадров от 0,5–7,5 до 30 кадров/с. В качестве рентгенконтрастного вещества использовали тразограф. На одну инъекцию расходовали от 3–15 мл (при суперселективном введении) до 50 мл (аортография) контрастного вещества. Введение контраста выполнялось в ручном режиме.

С лечебной целью в качестве эмболизационного материала использованы микросферы Merit Vedral (США), размером 300–500 мкм. Эмболизация выполнялась до достижения эффекта «стоп контраст» в проксимальных отделах простатической артерии, отсутствия контрастирования дистальных сегментов артерии, а также наличия рефлюкса в париетальные ветви при контрольном контрастировании простатических артерий.

Критерии исключения для пациентов, которым планировалось ЭПА:

- Признаки азотемии (повышение уровней мочевины и креатинина в крови);
- Выраженная средняя доля;
- Склероз простаты как исход хронического калькулезного простатита.

Результаты исследования. В послеоперационном периоде все больные принимали тамсулозин 4 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 1 месяца. В раннем послеоперационном периоде наиболее характерным нежелательным явлением был постэмболизационный синдром, проявляющийся болями в промежности, заднем проходе, внизу живота, частыми позывами к мочеиспусканию, резами по ходу мочеиспускательного канала. Для предупреждения и облегчения степени его в послеоперационном периоде были назначены свечи с диклофенаком натрия в дозе 75 мг per rectum один раз в день перед сном на 5 дней. Болевые ощущения оценивались по 10-балльной шкале. Болевой синдром был маловыраженным и составил в среднем до 3 баллов.

Каких-либо значимых осложнений в позднем послеоперационном периоде (с шестого дня после операции) зафиксировано не было. Описанные зарубежными исследователями случаи ишемии слизистой прямой кишки, ишемии слизистой стенки мочевого пузыря, ишемии слизистой головки полового члена, ухудшения эректильной функции в наших наблюдениях зафиксированы не были [7]. Лишь в одном наблюдении через 1 месяц по данным контрольного ТРУЗИ простаты и мочевого пузыря выявили «плюс ткань» в просвете мочевого пузыря, расположенную пристеночно в области дна органа. Данное осложнение было оценено как ишемия слизистой мочевого пузыря. Указанное образование было отслоено манипуляционными щипцами с целью профилактики камнеобразования. После цистоскопии пациент отметил отхождение его при мочеиспускании.

Динамика показателей мочеиспускания, размеров предстательной железы и других показателей после ЭАП представлена в таблице 1.

Таблица 1. Результаты лечения больных ДГПЖ методом ЭАП (M±m)

Оцениваемый показатель	До ЭАП, n=6	1-й месяц после, n=6	3-й месяц после, n=6
Объем ПЖ (см ³)	53,6±8,3	33,4±6,8 P<0,05	28,6±6,4 P<0,06
Объем остаточной мочи (мл)	55,9±5,3	22,0±1,8 P<0,001	20,4±1,7 P=0,658
Скорость потока мочи (мл/с)	9,2±0,3	11,7±0,2 P<0,001	14,9±0,4 P<0,001

IPSS (баллы)	28,2±0,7	18,4±0,7 P<0,001	13,7±0,8 P<0,001
QoL (баллы)	4,8±0,2	3,1±0,2 P<0,001	2,6±0,1 P=0,006
ПСА общ. (нг/мл)	5,9±1,1	3,5±0,8 P<0,001	2,1±0,3 P=0,029

Примечание: P - статистическая значимость отличия от значений предыдущего периода наблюдений.

У обследованных больных объем предстательной железы уменьшался на 53,3% от исходного в течение 3-х месяцев наблюдения, объем остаточной мочи уменьшился на 36,5% от исходного уровня. Также отмечалась положительная динамика скорости потока мочи в течение 3-х месяцев и связанные с ним значения IPSS и QoL снижались соответственно подобным образом.

Заключение Метод ЭАП относительно новый. Его применение стало возможным благодаря развитию эндovasкулярной хирургии. Отсутствует опыт длительного наблюдения за больными, подвергшимися лечению с помощью ЭАП. Вместе с тем, на сегодняшний день ЭАП - один из немногих методов, которые можно применить у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Как показал наш первый опыт применения ЭАП у больных с ДГПЖ, данный метод лечения является малотравматичным и эффективным в устранении инфравезикальной обструкции. Данная методика является альтернативой открытой аденомэктомии, что особенно актуально для ослабленных больных с высоким риском анестезиологического пособия.

Список литературы / References

1. *Азимов С.И., Гуламов М.Х., Каримов Б.С.У.* Комплексное патогенетическое лечение больных с сахарным диабетом, осложненным эректильной дисфункцией // Вестник науки и образования, 2020. № 23-2 (101).
2. *Азимов С.И., Гуламов М.Х., Каримов Б.С.У.* Роль универсального урологического вопросника в мониторинге урологической патологии у больных туберкулезом // Вестник науки и образования, 2020. № 23-2 (101).
3. *Ахмедов Ф.К.* Изучение роли почечного кровотока и концентрации мочевой кислоты в крови и моче в диагностики преэклампсии // Теоретическая и клиническая медицина, 2015. № 3. С. 63-66.
4. *Гафаров Ш.С., Арипов Т.А.* Комплексное современное лечение хронического простатита категории II // Материалы конференции. Журнал. Проблемы биологии и медицины, 2016. № 4,1. (92). С. 42.
5. *Гафаров Ш.С., Арипов Т.А., Джураев Ш.Р.* Комбинированное лечение больных с доброкачественной гиперплазией простаты // Материалы конференции. Журнал. Проблемы биологии и медицины, 2016. № 4,1 (92). С. 41.
6. *Давлатов С.С., Рахматова Л., Марданов Ж.Н., Очилова Н.* Применение малоинвазивных хирургических вмешательств при сочетанной патологии органов малого таза, щитовидной железы и желчекаменной болезни // Сборник научных трудов одарённых студентов СамМИ. 29 мая 2009 г. С. 95.
7. *Кароматов И.Д., Сафарова Г.А.* Перспективы применения лекарственных трав при доброкачественных заболеваниях предстательной железы // Биология и интегративная медицина, 2018. № 11.
8. *Ражабова Г.Х., Кароматов И.Д., Хошимова Н.* Тыква как лечебное растение и перспективы его применения в клинике внутренних болезней // Биология и интегративная медицина, 2017. № 3.
9. *Рашидов З.Р., Азимов С.А., Усманов И.Х.* Скрининг урологической патологии у больных туберкулезом // Туберкулез и социально значимые заболевания, 2019. № 4. С. 62-62.