

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

З.Р. Рашидов¹, Б.З. Зикриллаев²

FUNCTIONAL STATE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AFTER EMBOLIZATION OF THE PROSTATE ARTERIES

Z.R. Rashidov, B.Z. Zikrillaev

Проанализировано функциональное состояние и качество жизни у 9 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после эмболизации артерий простаты в ближайшем послеоперационном периоде – до 3 месяцев. У обследованных больных объем предстательной железы уменьшился на 53,3% от исходного в течение 3 месяцев наблюдения, объем остаточной мочи – на 36,5%. Также наблюдались нарастание скорости потока мочи в течение 3 месяцев и снижение связанных с ним значений IPSS и QoL. ЭАП у больных с ДГПЖ является малотравматичным и эффективным методом устранения инфравезикальной обструкции. Данная методика является альтернативой открытой аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты, что особенно актуально для ослабленных больных с высоким риском анестезиологического пособия.

Ключевые слова: эмболизация артерий простаты, доброкачественная гиперплазия простаты

We were analyzed the functional state and quality of life in 9 patients with benign prostatic hyperplasia after embolization of the prostate arteries in the immediate postoperative period, up to 3 months. In the examined patients, the volume of the prostate gland decreased by 53.3% from the initial within 3 months of observation, the volume of residual urine decreased by 36.5% from the initial level. Positive dynamics of urine flow rate over 3 months was also noted, and the associated IPSS and QoL values decreased correspondingly in a similar way. As our first experience with the use of EAP in patients with BPH showed, this treatment method is less traumatic and effective in eliminating infravesical obstruction. This technique is an alternative to open adenectomy, which is especially important for debilitated patients with a high risk of anesthesiology benefits.

Key words: embolization of the prostate arteries, benign prostatic hyperplasia

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 отличающихся своим подходом к решению проблемы, является метод эмболизации артерий простаты (ЭАП). Данная методика направлена на блок артериального снабжения узла гиперплазии и, как следствие, его дальнейшую редукцию. 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].

¹ Кафедра хирургических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института, Республика Узбекистан.

² Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии при Бухарском областном многопрофильном медицинском центре, Республика Узбекистан.

Цель исследования

Оценка функционального состояния нижних мочевых путей и качества жизни пациентов в ближайшем периоде после эмболизации артерий простаты в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материалы и методы исследования

Работа основана на анализе данных обследования и лечения девяти пациентов с ДГПЖ, находившихся на лечении в Бухарском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии при Бухарском областном многопрофильном медицинском центре (БОММЦ). 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 декабрь 2019 г. Лечение методом ЭАП проводилось на базе рентген-эндоваскулярного отделения БОММЦ.

В анамнезе у двух пациентов был очаговый туберкулез легких, давностью заболевания более 10 лет. У всех пациентов имелась сопутствующая патология, при которой риск выполнения открытой аденомэктомии многократно возрастал (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистая недостаточность различной степени). Степень анестезиологического риска составляла по ASA – III, IV. Возраст больных колебался от 60 до 69 лет. Всем больным до ЭАП и через 3 месяца проводили стандартное урологическое обследование, включающее опросник IPSS и QoL, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), измерение объема остаточной мочи, скорости ее потока, уровня простат-специфического антигена (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 от 0,5–7,5 до 30 кадров/с. В качестве рентгеноконтрастного вещества использовали юнигексол. На одну инъекцию расходовали от

3–15 мл (при суперселективном введении) до 50 мл (аортография) контрастного вещества. Введение контраста выполняли в ручном режиме.

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

Критерии исключения для пациентов, которым планировалось ЭАП:

- признаки азотемии (повышение уровней мочевины и креатинина в крови);
- выраженная средняя доля;
- склероз простаты как исход хронического калькулезного простатита.

Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерных программ Statistica 6.0, Excel 2007.

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, режками 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 6-го дня после операции) зафиксировано не было. В литературе описаны случаи ишемии слизистой прямой кишки, стенки мочевого пузыря, головки полового члена [7]. Ухудшения эректильной функции в наших наблюдениях зафиксированы не были. Лишь в одном наблюдении через 1 месяц, по данным контрольного ТРУЗИ простаты и мочевого

Таблица. Результаты лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (n = 9) методом эмболизации артерий простаты (M±m)

Оцениваемый показатель	До ЭАП	1-й месяц после ЭАП	3-й месяц после ЭАП
Объем предстательной железы (см ³)	53,6 ± 8,3	33,4 ± 6,8*	28,6 ± 6,4*
Объем остаточной мочи (мл)	55,9 ± 5,3	22,0 ± 1,8*	20,4 ± 1,7*
Скорость потока мочи (мл/с)	9,2 ± 0,3	11,7 ± 0,2	14,9 ± 0,4**
IPSS (баллы)	28,2 ± 0,7	18,4 ± 0,7*	13,7 ± 0,8**
QoL (баллы)	4,8 ± 0,2	3,1 ± 0,2	2,6 ± 0,1*
ПСА общ. (нг/мл)	5,9 ± 1,1	3,5 ± 0,8	2,1 ± 0,3*

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ – статистическая значимость отличия от значений до применения ЭАП.

пузыря, выявили «плюс ткань» в просвете мочевого пузыря, расположенную пристеночно в области дна мочевого пузыря. Данное осложнение было оценено как ишемия слизистой мочевого пузыря. Указанное образование было отслоено при цистоскопии манипуляционными щипцами с целью профилактики камнеобразования. После цистоскопии пациент отменил отхождение его при мочеиспускании.

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

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

Заключение

Методика применения ЭАП стала возможной благодаря развитию эндоваскулярной хирургии. В настоящее время отсутствует опыт длительного наблюдения за больными, подвергшимися лечению с помощью ЭАП. Вместе с тем ЭАП – один из немногих методов, которые можно применить у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Наш первый опыт применения этого метода у больных с ДГПЖ показал, что он является малотравматичным и эффективным в устранении инфравезикальной обструкции. Данная методика является альтернативой открытой аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты, что особенно актуально для ослабленных больных с высоким риском анестезиологического пособия.

Литература

1. Еникеев Д.В., Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М. и др. Гольмиевая лазерная энуклеация (HoLEP) при гиперплазии простаты маленьких, больших и гигантских размеров. Практические рекомендации. Опыт более 450 операций // Урология. – 2016. – № 4. – С. 63-69.
2. Кривобородов Г.Г., Ефремов Н.С., Болотов А.Д. Ультразвуковые показатели предстательной железы, мочевого пузыря и данные урофлоуметрии в диагностике инфравезикальной обструкции у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Урология. – 2017. – № 5. – С. 9-14.
3. Мартов А.Г., Ермаков Д.В., Андронов А.С., Бойков Н.А. Трансуретральная электроэнуклеация доброкачественной гиперплазии предстательной железы. // Урология. – 2014. – № 5. – С. 95-101.
4. Carnevale F.C., Motta Leal J.M., Filho Antunes A.A. et al. Quality of life and symptoms relief support prostatic artery embolization for patients with acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia // J. of Vascular and Interventional Radiology. – 2012. – Vol. 23. – N. 3. – P. 4.
5. Gao Y. A., Huang Y., Zhang R. et al. Benign prostatic hyperplasia: prostatic arterial embolization versus transurethral resection of the prostate--a prospective, randomized, and controlled clinical trial. // Radiology. – 2014. – Vol. 270. – N. 3. – P. 920-928.
6. Kisilevskya N., Garcia Monaco R., Paralta O. et al. Prostate embolization: a new field of Interventional Radiology // Rev. Argent. Radiol. – 2014. – Vol. 78. – N. 2. – P. 102-113.
7. Moreira A.M., Marques C.F.S., Antunes A.A. et al. Transient ischemic rectitis as a potential complication after prostatic artery embolization: case report and review of the literature // Cardiovasc Intervent Radiol. – 2013. – Vol. 36. – P. 1690-1694.
8. Pisco J.M., Rio Tinto H., Campos Pinheiro L. et al. Embolisation of prostatic arteries as treatment of moderate to severe lower urinary symptoms (LUTS) secondary to benign hyperplasia: results of short - and midterm follow-up // Eur. Radiol. – 2013. – Vol. 23. – N. 9. – P. 2573-2574.
9. Somani B.K., Hacking N., Bryant T. et al. Prostate artery embolization (PAE) for benign prostatic hyperplasia (BPH) // BJU Int. – 2014. – Vol. 114. – P. 639-640.

Сведения об авторах

Рашидов Зафар Рахматуллаевич – доцент кафедры хирургических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института Минздрава Республики Узбекистан, доктор медицинских наук

Адрес: 100140, г. Ташкент, ул. Богишамол, д. 223

Тел. +99890-175-51-73

e-mail : dr-zrr@mail.ru

Зикриллаев Баходир Зиядуллаевич – заведующий отделением урологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра урологии)

Адрес: г. Бухара, ул. М. Икбола, 65

Тел. +99891-440-20-00