

Е. Д. Бойко, А. Г. Кветень
ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРОСТАТИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ
В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ,
ВЫЗВАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Д. Т. Тарендь,
ассист. И. В. Приставка

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
УЗ «Минская областная клиническая больница», Минская обл.*

Резюме. В статье представлен первый в регионе опыт использования нового метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы – селективной эмболизации простатических артерий.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эмболизация простатических артерий.

Resume. The following article shows the first experience of selective embolization of prostatic arteries (a new method of treatment of the benign prostate hyperplasia) in our region.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, prostatic artery embolization.

Актуальность. Эмболизация простатических артерий (ЭПА) - высокотехнологичный малоинвазивный рентгенэндоваскулярный метод лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), направленный на уменьшение в объеме предстательной железы (ПЖ) за счет снижения кровотока по простатическим артериям [1].

Операция показана пациентам, у которых консервативная терапия не дает результатов; с объемом простаты более 80 см³; с высоким хирургическим и анестезиологическим риском с выраженной сопутствующей патологией; которые не желают подвергаться традиционному хирургическому лечению (трансуретральная резекция простаты (ТУРП) и открытая аденомэктомия) ввиду риска осложнений – ретроградная эякуляция, недержание мочи, снижение эректильной функции. Большое количество пациентов с наличием вышеуказанных показаний делает метод актуальным и перспективным [2,3].

Цель: Проанализировать и оценить результаты проведения ЭПА пациентам урологического отделения №1 УЗ «Минская областная клиническая больница» за 2017-2018 г.

Задачи:

1. Оценить показатели объема простаты ($V_{пр}$) и объема остаточной мочи по данным УЗИ до операции и через 1 и 3 месяца после.

2. Оценить показатели уровня простатического специфического антигена (ПСА) и суммарного балла по международной шкале простатических симптомов (IPSS) до операции и через 1 и 3 месяца после.

3. Оценить показатели максимальной скорости мочеиспускания (Q_{max}) и средней скорости мочеиспускания (Q_{ave}) по данным урофлоуметрии до операции и через 1 и 3 месяца после.

Материал и методы. За данный период времени ЭПА выполнена у пяти пациентов с ДГПЖ. Средний возраст мужчин составил 69,5 лет. По данным УЗИ средний объем простаты до операции составил 70,5 см³, средний объем остаточной мочи – 213 см³.

Уровень ПСА во всех случаях был в пределах нормы – до 4,0 нг/мл. Средний суммарный балл по шкале IPSS (международная шкала оценки простатических симптомов) составил 18,75 баллов.

По данным урофлоуметрии среднее Q_{max} составило 9,95 мл/с, средняя Q_{ave} – 5,775 мл/с среди пациентов данной группы.

Таблица 1. Средние значения исследуемых показателей

Исследуемый показатель	Среднее значение в группе до операции	Норма
Объем простаты	70,5 см ³	До 25 см ³
Объем остаточной мочи	213 мл	До 50 мл
Уровень ПСА	2,06 нг/мл	До 4,0 нг/мл
Суммарный балл по шкале IPSS	18,75	0-7 легкая симптоматика 8-19 умеренная симптоматика 20-35 тяжелая симптоматика
Максимальная скорость мочеиспускания	9,95 мл/с	Более 15 мл/с
Средняя скорость мочеиспускания	5,775 мл/с	Более 10 мл/с

Результаты и их обсуждение. Из 5 проведенных операций технически состоятельными были 4. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 93 минуты. В ходе операции и в раннем послеоперационном периоде осложнений отмечено не было. Средний послеоперационный койко-день – 1,2 дня.

Результаты оценивались в сроки 1 и 3 месяца после операции.

Через месяц у 3 пациентов наблюдалось уменьшение железы, средний V_{пр} = 44,8±4,7 см³; у 1 пациента – отрицательная динамика, V_{пр} = 110 см³.

Через 3 месяца у 50% пациентов сохранился положительный результат, V_{пр} = 55,5 см³; у 2 других V_{пр} увеличился по сравнению с результатами УЗИ до операции.

Средний объем остаточной мочи составил 160 и 105 см³ через 1 месяц и 3 месяца соответственно.

Средний показатель IPSS снизился до 9,5 через месяц и до 8 через 3 месяца после операции.

Показатели урофлоуметрии изменились незначительно. Среднее Q_{max} увеличилось на 7,9% через месяц и 23,6% через 3 месяца после хирургического вмешательства. Q_{ave} в группе увеличился через 3 месяца на 11,2%.

Выводы:

Первые результаты использования ЭПА доказывают перспективность данного метода в лечении ДГПЖ:

1. Низкий операционный риск, минимальная инвазивность и отсутствие болевого синдрома;
2. Операция не требует наркоза;
3. Возможность проведения у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией;
4. Короткий послеоперационный период;
5. Отказ пациентов от приема лекарственных средств для снижения симптомов ДГПЖ;
6. Уменьшение объема ПЖ в среднем на 30%;
7. Улучшение субъективных ощущений пациентов (шкала IPSS).

Имеющиеся недостатки метода:

1. Высокая стоимость и обязательное наличие высокотехнологичного оборудования для эндоваскулярного вмешательства;
2. Наличие определенных навыков у медперсонала;
3. Кратковременность эффекта, необходимость проведения ТУРП или открытой аденомэктомии у пациентов в отдаленном периоде при рецидивах.

Дальнейшее увеличение клинического опыта использования данной методики и применение более дешевых расходных материалов (без снижения качества) позволит более объективно говорить об ее эффективности у пациентов с симптомами ДГПЖ.

E. D. Boiko, A. H. Kvetsen

PROSTATIC ARTERIAL EMBOLIZATION FOR THE TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

*Tutors: associate professor D. T. Tarend,
assistant I. V. Pristauka*

*Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Healthcare institution «Minsk Regional Clinical Hospital», Minsk region

Литература

1. Непосредственные и отдаленные результаты эмболизации простатических артерий у больных с доброкачественной гиперплазией простаты высокого хирургического и анестезиологического риска / С.Б. Жариков, С.С. Рослик, Е.В. Цымбал и др. // Вестник РУДН. Серия: Медицина – 2017. Т. 21. № 2. – С. 270—280.
2. Prostatic artery embolization as a primary treatment for benign prostatic hyperplasia: preliminary results in two patients / Carnevale F.C., Antunes A.A., da Motta Leal Filho J.M. [et al.] // Cardiovasc Intervent Radiol – 2010;33(2):355—61.
3. Prostatic arterial embolization to treat benign prostatic hyperplasia / Pisco J.M., Pinheiro L.C., Bilhim T. [et al.] // J Vasc Interv Radiol. 2011. 22:11—9.
4. Отдаленные результаты лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы методом суперселективной эмболизации простатических артерий / Б. А. Неймарк, Д. В. Торбик // Современные проблемы науки и образования. – 2016. - №6.
5. Результаты эмболизации артерий простаты – метода хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / К. Г. Нотов, Г. В. Добряк, И. Д. Сазонова и др. // 14.00.00 медицинские науки. – 2013. – №5.

6. Benign prostatic enlargement team. Minimally invasive treatments for benign prostatic enlargement: systematic review of randomised controlled trials / T. Lourenco, R. Pickard, L. Vale [et al.] // Br. Med. J. – 2008. – Vol. 337. – P. 1662.

Репозиторий БГМУ