

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2023.4.37>

*А. М. Пожарицкий, А. В. Строчкий, В. Г. Адащик*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Обследованы 148 пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, из них 76 (1-я группа) – с выполненной открытой простатэктомией (ОП) и 72 (2-я группа) – после трансуретральной резекции простаты (ТУРП), дополнительно группы разделялись в зависимости от наличия цистостомы до операции. Оценивалось качество жизни, связанное с мочеиспусканием, в течение 12 месяцев и через 4 года после операции, а также общее качество жизни путем заполнения анкеты SF-36 в двух группах. При оценке качества жизни, связанного с мочеиспусканием, достоверно от метода операции зависит только наличие резей/болей при мочеиспускании в период 12 мес. после ТУРП. Учащенное мочеиспускание, ноктурия и подтекание мочи чаще встречались при постановке цистостомы до операции не зависимо от метода операции. Физический компонент здоровья достоверно выше у пациентов спустя 4 года после ТУРП не зависимо от постановки цистостомы. Психологический компонент здоровья выше у пациентов после ОП, причем за счет подгрупп, которым не выполнялась цистостомия до операции.

**Ключевые слова:** оценка качества жизни, SF-36, цистостомия, открытая простатэктомия, трансуретральная резекция простаты.

*A. M. Pozharitski, A. V. Strotski, V. G. Adashchik*

## THE IMPORTANCE OF VARIOUS TREATMENT OPTIONS FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

148 patients with benign prostatic hyperplasia were examined, 76 of them (group 1) – with open prostatectomy (OP) and 72 (group 2) – after transurethral resection of the prostate (TURP), additionally the groups were divided depending on the presence of cystostomy before surgery. The quality of life associated with urination during 12 months and 4 years after surgery, as well as the overall quality of life were assessed by filling out the SF-36 questionnaire in two groups. When assessing the quality of life associated with urination, only the presence of pains during urination in the period of 12 months after TURP depends reliably on the method of surgery. Frequent urination, nocturia and urine leakage were more common during cystostomy before surgery, regardless of the method of surgery. The physical component of health is significantly higher in patients 4 years after TURP, regardless of the setting of cystostomy. The psychological component of health is higher in patients after OP, and at the expense of subgroups who did not undergo cystostomy before surgery.

**Key words:** quality of life assessment, SF-36, cystostomy, open prostatectomy, transurethral resection of the prostate.

**П**роблема доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) известна с глубокой древности (первое упоминание – 16 век до н.э. в папирусе из Луксора) и не теряет актуальности по сегодняшний день. Связано это с неуклонным ростом частоты данной патологии в попу-

ляции мужчин, что является следствием не только улучшения и доступности медицинской диагностики, но и старения населения. Установлено, что ДГПЖ встречается у лиц старше 50 лет в 50% случаев, а у лиц старше 90 лет в 90% случаев и сама по себе не является причиной летальных

исходов у мужского населения [3]. Тем не менее пациент с данным заболеванием обращается за медицинской помощью по другим причинам, которые обобщенно принято называть симптомами нижних мочевых путей (СНМП). По данным зарубежных исследователей, в той или иной степени выраженности подобные симптомы встречаются у 49% пациентов с ДГПЖ [1], что накладывает свой отпечаток на качество жизни (КЖ). В опубликованном опросе французских респондентов описана прямая связь наличия СНМП у мужчин с осознанным уменьшением объема жидкости, выпитой в вечерние часы, отказом от длительных поездок и т.д. [5].

Фактор выраженного нарушения КЖ не может остаться без внимания как пациента, так и врача, поэтому сейчас предложено большое количество консервативных и хирургических методов лечения ДГПЖ. Все они сводятся к устранению инфравезикальной обструкции и улучшению качества мочеиспускания. Отмечено преимущество оперативного вмешательства над консервативным, как более радикального [6]. Наиболее распространенными способами хирургического лечения ДГПЖ являются трансуретральная резекция простаты (ТУРП) и открытая простатэктомия (ОП). Однако главным критерием оценки эффективности метода по ВОЗ является КЖ пациента после проведенного лечения, которое не должно ухудшиться, а при верном подборе способа – стать лучше [7]. Определение КЖ, как и определение самого понятия «здоровье», включает наличие не только физического комфорта после лечения, но и психологического [2]. Отсюда вытекает актуальность нашего исследования. КЖ в зависимости от выполненной операции ОП или ТУРП, в настоящее время изучено недостаточно, а физический и психологический его компоненты после вмешательства не изучены вовсе.

**Цель исследования:** оценить КЖ пациентов после лечения ДГПЖ в зависимо-

сти от использованного хирургического метода (ОП и ТУРП) и наличия цистостомы (ЦС) в дооперационном периоде.

### Материалы и методы

Работа выполнялась на базе урологических отделений УЗ «4 ГКБ им. Н. Е. Савченко». Объектом исследования выбраны мужчины в возрасте 68 (62–74) лет с подтвержденным диагнозом ДГПЖ (уровень PSA в выборке в пределах 4–9 нг/мл). Критерии включения: отсутствие злокачественного перерождения, а также сахарного диабета. Все исследование было разделено на три части:

1) Ретроспективный анализ 148 медицинских карт пациентов, оперированных в течение 2018 г.

2) Анкетирование пациентов по поводу качества жизни, связанного с мочеиспусканием в период 12 месяцев и через 4 года после операции.

3) Заполнение пациентами опросника по оценке общего качества жизни через 4 года после операции.

При выполнении первой части работы произведено разделение исследуемой выборки на две группы: I группа – пациенты с выполненной ОП (n = 76), II группа – пациенты, оперированные методом ТУРП (n = 72), сопоставимые по возрасту, дооперационному наличию ЦС, уровню PSA, а также общему состоянию здоровья. Учетный признак: наличие/отсутствие ранних осложнений после операции. Две последующие части работы выполнялись методом телефонного анкетирования через 4 года после вмешательства, в котором приняли участие 104 человека (с 44 (29,7%) пациентами связаться не удалось). Исследования выполнялись в согласовании с комитетом по биомедицинской этике УО «БГМУ». Перед началом опроса пациентам четко объяснялось, что обработка данных будет производиться с сохранением врачебной тайны.

Итогом второй части исследования стала оценка качества жизни, связанного

с мочеиспусканием в период 12 месяцев и через 4 года после хирургического лечения при помощи анкеты, разработанной нашим авторским коллективом (рисунок 1).

Анкета написана простым и понятным для пациента языком, содержит всего 7 вопросов и небольшое количество вариантов ответов, чтобы не перегружать опрашиваемых и повысить комплаенс. Последний вопрос оставлен открытым – таким образом пациент сможет указать аспект, не охваченный нами в анкете. При опросе пациентов уточняются качественные характеристики мочеиспускания, поэтому для удобства при статистической обработке результатов, каждому качественному параметру присуждалось количественное значение, где 0 – это норма, а 1 – любое отклонение от нормы. При анализе данных использован параметрический метод Хи-квадрат Пирсона, значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Третья часть исследования – заполнение пациентами общего опросника SF-36,

оценивающего физический (ФКЗ) и психологический (ПКЗ) компоненты здоровья [4]. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по данной шкале. ФКЗ включает следующие характеристики:

**Физическое функционирование** (ФФ) – параметр, оценивающий способность выполнения физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.д.) при актуальном физическом состоянии. **Ролевое функционирование** (РФ) – оценивает значение физического состояния при выполнении повседневной ролевой деятельности (работа, обязанности по дому). **Интенсивность боли** (ИБ) – влияние болевого компонента на возможность выполнения повседневных обязанностей (работа по дому и вне дома). **Общее состояние здоровья** (ОСЗ) – параметр, при котором пациент сам оценивает свое состояние здоровья в настоящий момент и дальнейшие перспективы лечения.

#### Оценка качества жизни, связанного с мочеиспусканием

- 1. Как часто вы мочитесь в течение дня?**
  - 0 – нормально (5-9 раз в сутки)
  - 0 – редко (до 5 раз в сутки)
  - 1 – часто (более 10 раз в сутки)
- 2. Частота ночного мочеиспускания?**
  - 0 – Ни разу за ночь
  - 0 – Один раз за ночь
  - 1 – Два и более раз за ночь
- 3. Присутствуют ли рези/боли при мочеиспускании?**
  - 0 – Отсутствуют
  - 1 – Присутствуют
- 4. Какова струя при мочеиспускании?**
  - 0 – Нормальная
  - 1 – Вялая
  - 1 – Тонкая
- 5. Приходится ли напрягаться при мочеиспускании?**
  - 0 – Нет
  - 1 – Да
- 6. Есть ли подтекание мочи?**
  - 0 – Нет
  - 1 – Да
- 7. Вы довольны своим мочеиспусканием?**
  - 0 – Да
  - 1 – Нет (Чем недовольны: \_\_\_\_\_)

Рисунок 1. Анкета по оценке качества жизни, связанного с мочеиспусканием

ПКЗ, в свою очередь, складывается из следующих параметров:

**Жизненная активность** (ЖА) – описывает ощущение пациентом себя полноценным и энергичным или, наоборот, измученным и уставшим. **Социальное функционирование** (СФ) – степень, при которой эмоциональное состояние мешает социальной активности (например, общению). **Рольное функционирование, связанное с эмоциями** (РФЭС) – влияние эмоционального состояния на выполнение работы (увеличение затрат по времени, снижение производительности, ухудшение качества работы и т.д.). **Психическое здоровье** (ПЗ) – описывает настроение пациента: наличие у него тревоги либо депрессии.

Для уточнения информации о качестве жизни каждая группа разделена на подгруппы в зависимости от наличия/отсутствия ЦС в дооперационном периоде: IA группа (n = 29) – пациенты с выполненной ОП без ЦС в дооперационном периоде; IB группа (n = 25) – пациенты с выполненной ОП и ЦС в дооперационном периоде; IIA группа (n = 28) – пациенты, оперированные методом ТУРП, без ЦС в дооперационном периоде; IIB группа (n = 22) – пациенты, оперированные методом ТУРП, с ЦС в дооперационном периоде.

Для статистической обработки данных использован непараметрический метод U-критерий Манна-Уитни, значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде после ТУРП и ОП зарегистрированы следу-

ющие осложнения: лихорадка – у 7 (9,8%) и 15 (19,7%) человек соответственно (различие 9,9%,  $p < 0,05$ ); орхоэпидидимит – в 2 (2,8%) и 11 (14,5%) случаях соответственно (различие 11,7%,  $p < 0,05$ ) (рисунок 2).

При оценке качества жизни, связанного с мочеиспусканием, обнаружена более частая встречаемость резей/болей при мочеиспускании в течение 12 месяцев после выполнения ТУРП ( $\chi^2 = 6,87$ ;  $p < 0,01$ ): 6 человек (12,0%) в группе с ТУРП против 0 (0%) человек в группе после ОП. Другие интересующие нас параметры, статистически значимой разницы в группах не имели. Отсюда, по нашему мнению, нет значимого преимущества одного метода хирургического лечения перед другим в послеоперационном качестве жизни.

С другой стороны, нами выявлена статистически значимая положительная связь между наличием ЦС в дооперационном периоде и учащенным мочеиспусканием и ноктурией в период 12 месяцев ( $\chi^2 = 19,71$ ;  $p < 0,001$ ) и через 4 года ( $\chi^2 = 6,39$ ;  $p < 0,01$ ) в группе после ОП. Подобное явление также наблюдалось в группе после ТУРП в течение 12 месяцев ( $\chi^2 = 11,27$ ;  $p < 0,001$ ). Также выявлена положительная связь между дооперационной цистостомией и подтеканием мочи в течение 12 месяцев ( $\chi^2 = 4,30$ ;  $p < 0,05$ ) и через 4 года ( $\chi^2 = 5,01$ ;  $p < 0,05$ ) после ОП. В группе после ТУРП подтекание мочи в связи с дооперационной постановкой цистостомы встречалось в течение 12 месяцев ( $\chi^2 = 10,73$ ;  $p < 0,001$ ). Общее количество отклонений представлено в таблице 1.

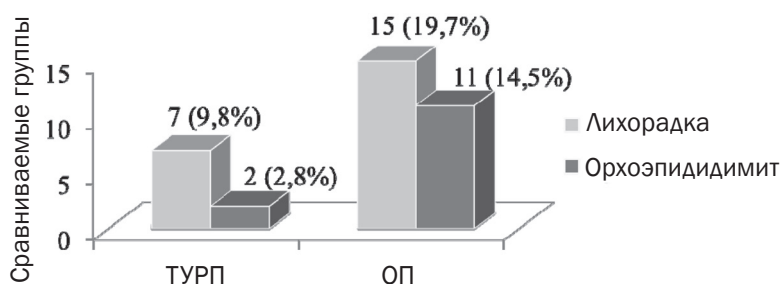


Рисунок 2. Частота ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

**Таблица 1. Нарушения в качестве жизни, связанном с мочеиспусканием у пациентов в течение 6–12 месяцев и через 4 года после выполненной операции**

	ОП		ТУРП		Значимость различий
	6–12 мес	4 года	6–12 мес	4 года	
Учащенное мочеиспускание	18	5	15	2	–
Ноктурия	14	3	16	3	–
Рези/боли при мочеиспускании*	0	0	6	0	$\chi^2 = 6,87; p < 0,01$
Вялая/тонкая струя	6	1	5	1	–
Напряжение при мочеиспускании	6	1	7	1	–
Подтекание мочи	9	4	10	1	–
Удовлетворение качеством мочеиспускания		4		3	–

Примечание: \* – Статистически значимое различие в качестве жизни, связанное с мочеиспусканием, между двумя методами хирургического лечения.

При оценке физического компонента здоровья через 4 года после проведенного вмешательства обнаружено усиление (относительно группы после ОП) ролевого функционирования, связанного с работоспособностью ( $U = 5681,5; p < 0,001$ ) и общего состояния здоровья ( $U = 4076,4; p < 0,001$ ). Важно подчеркнуть, что общее состояние здоровья в группе было выше за счет подгруппы, которой не выполнялась цистостомия до операции (IIA группа). Физический компонент здоровья в группе после ТУРП в целом выше, чем после ОП ( $U = 4942,5; p < 0,001$ ) (таблица 2).

Исходя из анализа психологического компонента здоровья, уровень социального функционирования также был выше в группе после ТУРП ( $U = 9443,5; p < 0,001$ ). Тем не менее, такие параметры, как ролевое функционирование, связанное с эмоциями ( $U = 7304,0; p < 0,001$ ), и психологическое здоровье ( $U = 7841,0; p < 0,001$ ) были значительно выше в группе после открытой простатэктомии, причем по обоим параметрам за счет подгрупп без цистостомии до операции (IA группа). Значение психологического компонента здоровья в целом выше после ОП, чем после ТУРП ( $U = 6121,5; p < 0,001$ ) (таблица 3).

**Таблица 2. Физический компонент здоровья и его составляющие у пациентов после ОП и ТУРП**

Показатель	ОП				ТУРП				Значимость различий
	Me	25%	–	75%	Me	25%	–	75%	
<b>ФКЗ</b>	62	59	–	66	71	65	↑	77	$U = 4942,5; p < 0,001$
ФФ	90	85	–	95	90	90	–	95	–
РФ	100	75	–	100	100	100	↑	100	$U = 5681,5; p < 0,001$
ИБ	80	70	–	100	80	70	–	90	–
ОСЗ	17	12	–	22	22	15	↑	27	$U = 4076,4; p < 0,001$

Примечания: ФКЗ – физический компонент здоровья, ФФ – физическое функционирование

**Таблица 3. Психологический компонент здоровья и его составляющие у пациентов после ОП и ТУРП**

Показатель	ОП				ТУРП				Значимость различий
	Me	25%	–	75%	Me	25%	–	75%	
ПКЗ	51	48	↑	53	39	37	–	41	$U = 6121,5; p < 0,001$
ЖА	25	25	–	30	25	25	–	30	–
СФ	88	75	–	88	88	75	↑	100	$U = 9443,5; p < 0,001$
РФЭС	67	67	↑	100	67	67	–	67	$U = 7304,0; p < 0,001$
ПЗ	60	56	↑	60	56	54	–	60	$U = 7841,0; p < 0,001$

Примечания: ПКЗ – психологический компонент здоровья, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РФЭС – ролевое функционирование, связанное с эмоциями, ПЗ – психическое здоровье. вание, РФ – ролевое функционирование, ИБ – интенсивность боли, ОСЗ – общее состояние здоровья.

Другие параметры опросника SF-36, а именно физическое функционирование, интенсивность боли и жизненная активность статистически значимой разницы в обеих группах не имели.

### Выводы

1. Результаты лечения пациентов с ДГПЖ зависят от адекватности выбора метода операции. После выполнения ТУРП локальные осложнения в раннем послеоперационном периоде, встречаются реже (лихорадка на 9,9%; орхоэпидидимит на 11,7%).

2. Послеоперационное качество жизни, связанное с мочеиспусканием, зависит от наличия цистостомы до операции: достоверно чаще в этих группах встречались учащенное мочеиспускание, ноктурия, а также подтекание мочи не зависимо от выбранного хирургического метода.

3. Физические компоненты здоровья достоверно выше в группе пациентов после ТУРП (ролевое функционирование, общее состояние здоровья).

4. Психологические компоненты здоровья достоверно выше в группе после ОП за счет подгрупп, которым не производилась дооперационная цистостомия (эмоциональный статус, психическое здоровье). Исходя из изложенных выше данных, применение дооперационной цистостомии должно осуществляться в соответствии со строго определенными показаниями и не носить массового характера.

### Литература

1. A genetic variant near GATA3 implicated in inherited susceptibility and etiology of benign prostatic hyperplasia (BPH) and lower urinary tract symptoms (LUTS) / B. T. Helfand, H. Chen, C. A. Conran [et al.] // *Prostate*. – 2017. – № 7. – P. 1213–1220.

2. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a «QOL-Climate» assess-

ment framework / R. C. Estoque, T. Togawa, M. Ooba [et al.] // *Ambio*. – 2019. – № 6. – P. 619–638.

3. Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy / S. A. Kaplan, D. L. Bowers, A. E. Te [et al.] // *J. Urol*. – 2006. – № 4. – P. 1305–1308.

4. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review / L. Lins, F. Martins, R. Carvalho [et al.] // *SAGE Open Med*. – 2016. – № 4. – P. 116–124.

5. *The 4th International Consultation on BPH. Proceedings* / Ed. A. Cockett [et al.] // S.C.I. – Paris, 2002. – P. 13–24.

6. *Transurethral prostate resection for urinary retention: does age affect outcome?* / G. Losco, S. Mark, S. Jowitt [et al.] // Department of Urology, Christchurch Hospital. – New Zealand, 2016.

7. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice* / M. J. Staquet, R. D. Hays, P. M. Fayers [et al.] // Oxford Press. – 2018. – № 2. – P. 114–122.

### References

1. A genetic variant near GATA3 implicated in inherited susceptibility and etiology of benign prostatic hyperplasia (BPH) and lower urinary tract symptoms (LUTS) / B. T. Helfand, H. Chen, C. A. Conran [et al.] // *Prostate*. – 2017. – № 7. – P. 1213–1220.

2. A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a «QOL-Climate» assessment framework / R. C. Estoque, T. Togawa, M. Ooba [et al.] // *Ambio*. – 2019. – № 6. – P. 619–638.

3. Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy / S. A. Kaplan, D. L. Bowers, A. E. Te [et al.] // *J. Urol*. – 2006. – № 4. – P. 1305–1308.

4. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review / L. Lins, F. Martins, R. Carvalho [et al.] // *SAGE Open Med*. – 2016. – № 4. – P. 116–124.

5. *The 4th International Consultation on BPH. Proceedings* / Ed. A. Cockett [et al.] // S.C.I. – Paris, 2002. – P. 13–24.

6. *Transurethral prostate resection for urinary retention: does age affect outcome?* / G. Losco, S. Mark, S. Jowitt [et al.] // Department of Urology, Christchurch Hospital. – New Zealand, 2016.

7. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice* / M. J. Staquet, R. D. Hays, P. M. Fayers [et al.] // Oxford Press. – 2018. – № 2. – P. 114–122.

Поступила 08.06.2023 г.