

Пожарицкий А.М.

**ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Строцкий А.В.

Кафедра урологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее распространенное урологическое заболевание у мужчин пожилого и старческого возраста. Радикальным методом лечения данной патологии является трансуретральная резекция простаты (ТУРП) и открытая простатэктомия (ОП). Мало изучен вопрос о послеоперационном качестве жизни пациентов после хирургического лечения.

Цель: провести анализ результатов лечения пациентов с ДГПЖ после ОП и ТУРП, определяя качество жизни через 2-3 года после лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в три этапа на базе урологических отделений УЗ «4 ГКБ им. Н. Е. Савченко». Объектом исследования являлись мужчины в возрасте 68 (62-74) лет с уровнем PSA в границах 4-9 нг/мл с подтвержденным диагнозом ДГПЖ и отсутствием злокачественного перерождения, а также сопутствующей патологии (сахарного диабета). В ходе первого этапа работы проведен ретроспективный анализ 148 медицинских карт пациентов, оперированных в 2018 году, которые разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, дооперационному наличию цистостомы и уровню PSA. Пациентам I-й группы произведена ОП (n=76), II-й – ТУРП (n=71).

Следующие два этапа исследования осуществлялись посредством телефонного анкетирования, в котором приняли участие 104 человека (с 44 пациентами (29,7%) связаться не удалось). В ходе второго этапа оценивалось качество жизни, связанное с мочеиспусканием через 6-12 месяцев и 4 года при помощи анкеты, разработанной нашим авторским коллективом и состоящей из семи вопросов. На третьем этапе пациентам предлагалось заполнить общий опросник SF-36, оценивающий физический и психологический компоненты здоровья.

Для уточнения информации о качестве жизни каждая группа делилась на подгруппы в зависимости от наличия/отсутствия цистостомы в дооперационном периоде: IA группа (n=29) – пациенты без цистостомы до ОП; IB группа (n=25) – пациенты с цистостомой до ОП; IIA группа (n=28) – пациенты без цистостомы до ТУРП; IIB группа (n=22) – пациенты с цистостомой до ТУРП. Для статистической обработки данных использованы параметрический метод Хи-квадрат Пирсона и непараметрический метод U-критерий Манна-Уитни, значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа физического и психологического компонентов здоровья через 4 года после проведенного вмешательства обнаружено усиление (относительно группы после ОП) ролевого функционирования, связанного с работоспособностью ($U=5681,5$; $p < 0,001$), общего состояния здоровья ($U=4076,4$; $p < 0,001$) и социального функционирования ($U=9443,5$; $p < 0,001$) в группе после ТУРП. Важно подчеркнуть, что общее состояние здоровья в группе выше за счет подгруппы, которой не выполнялась цистостомия до операции (IIA группа). С другой стороны, такие параметры, как ролевое функционирование, связанное с эмоциями ($U=7304,0$; $p < 0,001$) и психологическое здоровье ($U=7841,0$; $p < 0,001$) значительно выше в группе после ОП, причем по обоим параметрам за счет подгрупп без цистостомии (IA группа).

Выводы: результаты лечения пациентов с ДГПЖ зависят от выбора метода операции. Отдаленные результаты с учетом качества жизни зависят от метода операции и цистостомии перед лечением. Цистостомия до операции должна проводиться по строгим показаниям, поскольку ее наличие существенно сказывается на качестве жизни после лечения.