

¹В. Г. Адащик, ¹А. В. Строчкин, ²Ю. Т. Булдык

¹Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь,
²Учреждение здравоохранения
«4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Саченко»,
г. Минск, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРИ ДГПЖ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ В РАНДОМИЗИРОВАННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Введение

ДГПЖ – это одно из самых распространенных урологических заболеваний органов мочеполовой системы (МПС) у мужчин пожилого и старческого возраста. Основным радикальным методом лечения заболевания является хирургическое. При все многообразии используемых методов хирургического лечения открытая аденомэктомия остается методом выбора при ДГПЖ больших размеров, что отражено в Европейских рекомендациях по терапии урологических заболеваний. Используемые для этой категории пациентов другие вмешательства (лазерная и высокочастотная энуклеация, лапароскопическая аденомэктомия) требует специальной дорогостоящей техники, специальной длительной подготовки хирурга [1, 2, 3, 4, 5].

В Республике Беларусь в последние годы возросло число трансуретральных резекций простаты, но частота открытых операций остается высокой – 38,6–40,1% [6, 7].

Цель

Оценить результаты открытой чреспузырной аденомэктомии при ДГПЖ больших размеров в рандомизированном исследовании.

Материалы и методы исследования

Проспективное рандомизированное клиническое исследование проведено на базе урологического отделения №1 УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко г. Минска» в период с 2016 по 2018гг. Методом случайных чисел 177 пациентов, включенных в исследование, при помощи компьютерной программы Random Number Generator v1.3. были разделены на 2 группы. При случайном выпадении четного числа пациента включали в основную группу (n = 90), нечетного – в группу сравнения (n = 87).

Значения IPSS, индекс качества жизни (QoL), средняя и максимальная скорости мочеиспускания, уровень PSA и другие клиничко-демографические характеристики у пациентов обеих групп были сопоставимы (p>0,05).

Средний возраст пациентов основной группы составил 69 (64–76) лет, группы сравнения 70 (64–77) лет (U = 3606,0, p = 0,365). У пациентов обеих групп отмечался высокий балл по шкале IPSS, который определялся у пациентов без цистостомы, - 29 (26–30) в основной группе и 29 (28–32) в группе сравнения (U = 1156,0, p = 0,155). Не отличалась максимальная скорость мочеиспускания по данным урофлоуметрии среди пациентов обеих групп. У пациентов основной группы она составила $8,65 \pm 0,27$ мл/с, группы сравнения - $8,97 \pm 0,25$ мл/с (p = 0,390)). Важно, что объем предстательной железы у пациентов был более 100 см³, но у пациентов сравниваемых групп существенно не различался:

в основной группе - 105 (93–135) см³, в группе сравнения - 100 (90–125) см³ (U = 3559,5, p = 0,297)). По данным трансабдоминального УЗИ объем остаточной мочи у пациентов основной группы составил 90 (70–160) см³, группы сравнения - 100 (80–155) см³ (U = 1304,0, p = 0,534). Степень бактериурии у пациентов двух групп колебалась от 10³ до 10⁶.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов основной группы и группы сравнения были оценены основные показатели через 6 и 12 месяцев. В основной группе в указанные сроки обследовано 62 пациента, в группе сравнения - 58 пациентов. Амбулаторно проводилась оценка показателей урофлоуметрии, определялся объем простаты и количество остаточной мочи, оценивались баллы IPSS и QoL.

В таблицах 1 и 2 представлены данные по статистической значимости различий показателей внутри рандомизированных групп.

Таблица 1 – Статистическая значимость различий показателей в динамике через 6 и 12 месяцев в основной группе

Показатель	Значение показателей	Критерий Вилкоксона (T)	p
IPSS через 6 месяцев	2 (2–4) балла	0,0	=0,005
IPSS через 12 месяцев	2 (2–4) балла		
QoL через 6 месяцев	2 (1–2) балла	86,0	=0,013
QoL через 12 месяцев	2 (1–2) балла		
Q _{med} через 6 месяцев	10,2 (9,1–11,7) мл/с	107,0	<0,001
Q _{med} через 12 месяцев	9,8 (8,8–10,5) мл/с		
Q _{max} через 6 месяцев	18,2 (15,8–21,2) мл/с	31,5	<0,001
Q _{max} через 12 месяцев	17,5 (15,6–19,8) мл/с		
T мочеиспускания через 6 месяцев	34 (28–39) с	70,0	<0,001
T мочеиспускания через 12 месяцев	35 (30–40) с		
V мочи через 6 месяцев	258 (210–320) мл	116,5	<0,001
V мочи через 12 месяцев	220 (200–290) мл		
V простаты через 6 месяцев	26 (24–31) см ³	12,0	<0,001
V простаты через 12 месяцев	27 (25–33) см ³		
ООМ через 6 месяцев	15 (10–20) мл	7,5	=0,013
ООМ через 12 месяцев	15 (10–20) мл		

Проанализировав полученные данные установлено, что статистическая значимость различий показателей (<0,05) в основной группе через 6 и 12 месяцев выявлена по следующим показателям: баллу IPSS, индексу качества жизни, максимальной и средней скорости мочеиспускания, времени акта мочеиспускания, объему выделенной мочи, объему предстательной железы, объему остаточной мочи.

Таблица 2 – Статистическая значимость различий показателей в динамике через 6 и 12 месяцев в группе сравнения

Показатель	Значение показателей	Критерий Вилкоксона (T)	p
IPSS через 6 месяцев	3 (3–4) балла	12,0	<0,001
IPSS через 12 месяцев	4 (4–5) балла		
QoL через 6 месяцев	2 (2–3) балла	0,0	<0,001
QoL через 12 месяцев	3 (2–3) балла		
Q _{med} через 6 месяцев	9,2 (8,8–10,1) мл/с	46,0	<0,001
Q _{med} через 12 месяцев	8,9 (8,0–9,2) мл/с		
Q _{max} через 6 месяцев	17,0 (15,4–19,0) мл/с	424,5	<0,001
Q _{max} через 12 месяцев	16,9 (15,3–18,3) мл/с		
T мочеиспускания через 6 месяцев	35 (29–40) с	0,0	<0,001
T мочеиспускания через 12 месяцев	35 (30–42) с		
V мочи через 6 месяцев	210 (200–270) мл	0,0	<0,001
V мочи через 12 месяцев	270 (235–310) мл		
V простаты через 6 месяцев	32 (28–37) см ³	67,5	<0,001
V простаты через 12 месяцев	35 (30–37) см ³		
ООМ через 6 месяцев	15 (10–20) мл	0,0	<0,001
ООМ через 12 месяцев	20 (15–24) мл		

Через год в основной группе средний балл IPSS, характеризующий степень расстройств мочеиспускания, составил 2 (2–4), а в группе сравнения он стал достоверно выше – 4 (4–5) ($U = 891,0$, $p < 0,001$), оставаясь в пределах расстройств легкой степени. Индекс качества жизни (QoL) также был меньше у пациентов, получавших Гамастат, – 2 (1–2) балла, чем в группе сравнения – 3 (2–3) балла ($U = 892,5$, $p < 0,001$).

По данным урофлоуметрии в основной группе средняя скорость мочеиспускания (Q_{med}) была достоверно больше и составила 9,8 (8,8–10,5) мл/с, в то время как в группе сравнения – 8,9 (8,0–9,2) мл/с. Различие достоверно – $U = 885,0$, $p < 0,001$. Максимальная скорость мочеиспускания через 12 месяцев после операции в основной группе пациентов составила 17,5 (15,6–19,8) мл/с, а в группе сравнения – 16,9 (15,3–18,3) мл/с ($U = 1484,0$, $p = 0,097$).

По данным ультразвукового исследования объем предстательной железы через 12 месяцев после открытой операции в основной группе был достоверно меньше, составляя 27 (25–33) см³, чем в группе сравнения – 35 (30–37) см³ ($U = 777,0$, $p < 0,001$).

Через год после операции у обследованных пациентов не отмечалось появления остаточной мочи.

Выводы

Удаление аденоматозных узлов благоприятно сказывается на восстановлении параметров мочеиспускания в послеоперационном периоде, которые через 12 месяцев после лечения достигают нормальных значений и не зависят от метода гемостаза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO) [Electronic resource] / S. Gravas [et. al]. – European Association of Urology, 2022. – Mode of access: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-the-Management-of-Non-Neurogenic-Male-LUTS-2019.pdf>. – Date of access: 03.04.2023.

2. Строчкий, А. В. Урология / А. В. Строчкий. – Минск : Новое издание, 2018. – 224 с.

3. Адащик, В. Г. Использование отечественного лекарственного средства «Гамастат» в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / В. Г. Адащик // Медицинские новости. – 2020. – № 11 (314). – С. 51–54.

4. Convective Thermal Therapy: Durable 2-Year Results of Randomized Controlled and Prospective Cross-over Studies for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia / C. G. Roehrborn [et al.] // J Urol. – 2017. – Vol. 197 (6). – P. 1507–1516.

5. Rezum Water Vapor Thermal Therapy for Lower Urinary Tract Symptoms Associated With Benign Prostatic Hyperplasia: 4-Year Results From Randomized Controlled Study / K. T. McVary [et al.] // Urology. – 2019. – Vol. 126. – P. 171–179.

6. Адащик, В. Г. Интраоперационная кровопотеря при хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / В. Г. Адащик // Рецепт. – 2020. – Т. 23, № 4. – С. 493–501.

7. Осложнения различных видов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / В. Г. Адащик [и др.] // Медицинский журнал. – 2020. – № 4. – С. 4–9.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

«VII ПОЛЕССКИЙ УРОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ»

Сборник материалов
(г. Гомель, 8–9 июня 2023 года)

Гомель
ГомГМУ
2023