УДК 616. 65 - 006.55-085089

Границы критериев консервативного лечения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

А.А. Люлько, В.А. Депутат, А.О. Бурназ, И.Н. Никитюк
Запорожская медицинская академия последипломного образования

В течение 26 мес проводили математическую оценку критериев состояния здоровья у 734 пациентов разных возрастных групп, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), по следующим параметрам: возраст больного, анамнез основного заболевания, жалобы по шкале IPSS и QoL, УЗИ с учетом объема предстательной железы и остаточной мочи, урофлоуметрического индекса и сопутствующей патологией. Каждый критерий оценен по балльной системе от «0» до «170» со знаком «+» или «-».
На основании собственных исследований проведена количественная (балльная) оценка каждого из симптомов, определяющая состояние больного с ДГПЖ, которая позволила более точно определить общее состояние, риск оперативного вмешательства и границы консервативной терапией и выбрать тактику лечения.
Ключевые слова: *доброкачественная гиперплазия предстательной железы, почечная недостаточность, гематурия, гидронефроз, цистостома, консервативное лечение, неинвазивное лечение.*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний у мужчин преклонного возраста. По данным аутопсий она гистологически обнаруживается у 20% мужчин в возрасте 40 лет, до 40% – в возрасте 50–60 лет, до 70% – 61–70-летних и до 80% мужчин 71–80 лет. Появление новых лекарственных форм (α-блокаторы, группа финастерида и фитопрепаратов) улучшают качество жизни больных с ДГПЖ, однако процент оперативных вмешательств на сегодняшний день остается высоким: острая задержка мочи, гематурия, гидронефроз, хроническая почечная недостаточность (ХПН) являются прямым показанием к оперативному вмешательству.

Несколько сложнее, когда пациент обращается с первичными симптомами заболевания и перед врачом стоит сложный вопрос – выбор тактики лечения, когда симптомы заболевания нечеткие, а данные дополнительных методов пограничные. Выбор метода и тактики лечения осложняется не только отсутствием четких показаний, но и наличием сопутствующих факторов: возраст больного, сопутствующая патология, длительность заболевания и др., отсутствуют единый критерий комплексной оценки состояния пациента, способствующие выбору тактики лечения. Имеющийся международный стандарт IPSS и QoL не учитывает все факторы для выбора тактики лечения.

Цели исследования: установить основные критерии скрининга больных с ДГПЖ; математически оценить значение каждого из критериев; на основании полученной математической обработки показателей определить границы консервативной терапии у больных с ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнено обследование 734 пациентов с ДГПЖ, которые проводили как амбулаторно, так и в условиях стационара на протяжении 26 мес.

У всех пациентов изучали следующие показатели: возраст больного, анамнез основного заболевания с симптоматикой и определением показателей качества жизни по шкале IPSS и QoL; выполняли ультразвуковое исследование с учетом объема предстательной железы и остаточной мочи; урофлоуметрию, определяли простатоспецифический антиген – PSA (для исключения рака предстательной железы) и сопутствующую патологию. Выполняли общепринятые исследования: клинико-биохимические анализы крови, анализы мочи и простатического сока, экскреторную урографию с цистограммами и дополнительные обследование (ЭКГ, рентгенография и др.).

Критерии оценивали в баллах – от «0» до «170» и со знаком «+» и «-» в пользу того или иного метода лечения, затем их суммировали.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анамнез ДГПЖ составлял от 6 мес до 27 лет, у 137 пациентов диагноз установлен впервые. В 49 случаях при обследовании был повышен показатель PSA – свыше 10 мкг/л, из них у 31 пациента в анализе простатического сока отмечен воспалительный процесс. После проведенного курса противовоспалительной терапии с последующим контролем простатического сока и PSA в 24 случаях показатель нормализовался, назначена соответствующая терапия с учетом перечисленных ниже критериев.

У остальных пациентов, где показатель PSA оставался высоким, проведена трансректальная биопсия. Гистологически установлен диагноз аденокарциномы предстательной железы. Больные были исключены из исследования, так как диагноз ДГПЖ был снят.

Нами проведена оценка состояния пациентов по следующим семи критериям.

I критерий «Возраст пациента»

Возрастные группы были разделены на 6 возрастных периодов от 50 до 80 лет и старше с пятилетним интервалом, каждой группе присвоены баллы от +10 до +40.

Из 139 человек, которым проведено оперативное лечение по поводу ДГПЖ наличие осложнений в послеоперационный период (гипертонические кризы, аритмии, орхоэпитидимиты и др.) в возрасте 50–60 лет составили 12%, 61–70 лет 14%, старше 71 года – 21%. Учитывая тот факт, что процент осложнений в возрасте 50–70 лет изменялся несущественно, количество баллов отмечалось на 10 единиц со знаком «+». Значительное возрастание осложнений после 70 лет, по нашему мнению, требует снижение показателей к оперативному лечению и снижает количество баллов, но со знаком «+».

Возраст, по нашему мнению, имеет, несомненно, большое значение при выборе тактики лечения. Поскольку с увеличением возраста происходит снижение функций всех резервных органов и систем организма. Это, несомненно,

может повлиять на результаты (особенно оперативные) методов лечения (схема 1).

Схема 1. I критерий «Возраст пациента»

1.	50–55 лет	+10
2.	56–60 лет	+20
3.	61–65 лет	+30
4.	66–70 лет	+40
5.	71–80 лет	+20
6.	80 и больше	+10

II критерий «Шкала оценки симптомов IPSS и QoL»

Международный стандарт оценки качества жизни больного является своеобразным паспорт больного с ДГПЖ, который позволяет количественно оценить степень и выраженность заболевания самим пациентом. К сожалению, оценка качества жизни является субъективным критерием.

После оценки параметров IPSS и QoL их объединяли в единую систему и переводили в единую балльную систему (схема 2).

Схема 2. II критерий «Шкала оценки симптомов IPSS и QoL»

1.	0–5 и 1–2	+10
2.	6–10 и 1–2	+20
3.	11–15 и 2–3	+30
4.	16–20 и 2–3	+40
5.	21–25 и 3–4	+50
6.	26–30 и 3–4	+60
7.	31–35 и 5–6	+70

III критерий «объем предстательной железы по данным УЗИ»

Из 139 человек, которым проведено оперативное лечение, у пациентов с объемом железы до 30 см^3 не отмечалось явлений уретерогидронефроза. У пациентов с объемом предстательной железы от 31 до 60 см^3 в 17% отмечались явления уретерогидронефроза, с 61 см^3 и выше у 36% отмечались явления уретерогидронефроза.

На основании этих фактов мы сделали вывод, что чем больше объем железы, тем больше шанс возникновение уретерогидронефроза. Поскольку в случае объема железы более 60 см^3 резко возрастает процент таких пациентов, с этого объема количество баллов нами увеличено. Критерий состоит из 8 пунктов с баллами от -10 до + 80 (схема 3).

Схема 3. III критерий «Объем предстательной железы по данным УЗИ»

1.	До 20 см^3	-10
2.	21–30 см^3	0
3.	31–40 см^3	+10
4.	41–50 см^3	+20
5.	51–60 см^3	+30
6.	61–70 см^3	+60
7.	71–80 см^3	+70
8.	81 и больше	+80

IV критерий «Остаточная моча»

Этот критерий является показателем нарушения акта мочеиспускания – неполное освобождение мочевого пузыря может зависеть от воспалительного процесса в предстательной железе, инфравезикальной обструкции и др.

Так, у 368 пациентов, получавших консервативную терапию, в 42% наблюдений остаточная моча уменьшалась и критерий оставался относительно стабильным на протяжении исследования.

В группе пациентов с остаточной мочой до 30 мл присвоен балл от -10 до +10, поскольку у 35% пациентов, несмотря на проводимую терапию, показатель оставался стабильным без тенденции к уменьшению и увеличению. В связи с этим баллы увеличены от +20 до +60 со знаком «+».

Чем больше количество остаточной мочи, тем хуже состояние пациента, поскольку процент необходимости в оперативном лечении возрастает, соответственно балл увеличен.

Данный критерий состоит из 8 пунктов с присвоением баллов от -10 до +100 (схема 4).

Схема 4. IV критерий «Остаточная моча по данным УЗИ»

1.	до 10 мл	-10
2.	11-20 мл	0
3.	21-30 мл	+10
4.	31-40 мл	+20
5.	41-50 мл	+40
6.	41-80 мл	+60
7.	81-100 мл	+80
8.	100 и выше	+100

V критерий «Урофлоуметрический индекс»

Скорость потока мочи является результатом взаимодействия выталкивающих сил, возникающих при мочеиспускании: сокращение детрузора вместе с напряжением брюшной стенки, направленных против уретрального сопротивления. Этот метод позволяет достаточно объективно оценить параметры мочеиспускания у пациента по урофлоуметрической кривой. Мы определяли максимальную скорость мочеиспускания, так как чем меньше максимальная скорость мочеиспускания, тем выше балл для более радикального лечения и наоборот. Критерий включает в себя 6 пунктов с баллами от -20 до +60 и знаком «+» и «-» (схема 5).

Схема 5. V критерий «Урофлоуметрический индекс

1.	25 мл/с и выше	-20
2.	20–24 мл/с	0
3.	15–19 мл/с	+20
4.	11–14 мл/с	+30
5.	6–10 мл/с	+50
6.	до 5 мл/с	+60

VI критерий «Консервативное лечение ДГПЖ в анамнезе»

Данный критерий позволяет проанализировать длительность и эффективность консервативной терапии, связанной с симптоматикой ДГПЖ: какие группы препаратов принимал пациент, в комплексе или поочередно.

Среди всех пациентов у 137 человек диагноз был установлен впервые, у 154 пациентов длительность заболевания составляла от 6 мес до 27 лет, но лечение не проводилось. В связи с этим критерий отмечен баллом «0».

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ №1 (44) 2013
ISSN 2307-5090

При назначении α-блокаторов в течение 3 мес с положительным эффектом из общей суммы вычиталось -30. При отрицательном результате такая же сумма баллов прибавлялась +30. Из всех пациентов в нашем случае у 220 отмечен положительный результат, а у 44 человек без эффекта. Таким образом, в первом случае вычитали 30 баллов, во втором случае прибавляли.

Группу финастерида принимают длительно, эффект наступает не ранее 6 мес лечения. При назначении финастерида положительный результат определяли у 46 человек. В этом случае вычитали 50 баллов, у 13 человек эффекта не отмечалось, прибавляли 50 баллов.

Мы сознательно увеличивали количество баллов у больных, леченых финастеридом больше, чем у пациентов, леченых α-блокаторами. Это вызвано тем, что в первой группе есть альтернатива выбора препарата при низкой эффективности и более быстро определится по 3-у критерию IPSS и QoL.

Фитопрепараты получали 55 пациентов, 39 отметили положительный эффект, им присвоено 30 баллов со знаком «+», у 16 человек показатели были слабовыраженные, присвоено значение 30 со знаком «-».

Комбинированное лечение (α-блокаторы и группа финастерида) получали 84 пациента, у 68 человек положительный результат у 16 без динамики, присвоено по 50 баллов со знаком «+» и «-».

Схема 6. VI критерий «Проводилось ли лечение ДГПЖ»

1. Не лечился	0
2. Лечился	
а) α-адреноблокаторы	
положительный результат	-30
отрицательный результат	+30
б) 5-α редуктазы	
положительный результат	-50
отрицательный результат	+50
в) фитотерапия	
положительный результат	-30
отрицательный результат	+30
г) комбинированное лечение	
положительный результат	-50
отрицательный результат	+50
3. Наличие воспалительного процесса	
а) активный воспалительный процесс	-50
б) хронический воспалительный процесс (простатический сок)	
- с увеличением лейкоцитов + симптомов	-30
- без увеличения лейкоцитов + симптомов	+30
- 2 и более обострения в год	-30
- сохранение симптомов после лечения	+50
- отсутствие воспаления и симптомов	0

NB.- симптоматика: синдром тазовой боли, дизурия.

На фоне воспалительного процесса, как правило, симптоматика заболевания обостряется. Из 595 пациентов активный воспалительный процесс отмечался у 378 человек (-50 баллов), после лечения у 251 из них состояние и показатели нормализовались, у 56 человек воспалительный процесс сохранялся (-30 баллов), у 49 отмечалась симптоматика без воспалительного процесса (+30 баллов), у 22 пациентов жалобы сохранялись и после лечения +50 баллов.

Из 595 человек 317 отмечали обострение заболевания до 2 раз в год и более, 278 обострения не отмечали, им присвоено по 50 баллов со знаком «+» и «-».

VII критерий «Дополнительные данные»

Критерий состоит из 16 пунктов. Включает в себя: внутрипузырный рост предстательной железы с наличием добавочной доли ее размерами. Данный критерий может быть рассмотрен в сторону оперативного лечения и балл должен быть большим. Но при небольших размерах железы и объема остаточной мочи, при нормальном качестве жизни, отсутствии явления уретерогидронефроза и по другому критерию присвоены баллы от 10 до 30, с учетом размеров добавочных долей 1–2 см и более с тенденцией к увеличению со знаком «+».

Конкременты мочевого пузыря на фоне ДГПЖ являются показанием к радикальному лечению +60 баллов (ДЛТ, эндоскопическая литотрипсия и др.). При наличии конкрементов мочевого пузыря отмечается низкий эффект от консервативной терапии: или сохраняется симптоматика заболевания, или часто наступают рецидив. Поэтому мы присвоили 60 баллов со знаком «+».

Дивертикулы мочевого пузыря на фоне ДГПЖ возникают вследствие хронической задержки мочи. Из оперированных пациентов по поводу ДГПЖ – острая и хроническая задержка мочи, уретерогидронефроз, ХПН и др. – у 7 человек имелись дивертикулы небольших размеров, не являющиеся абсолютным показанием оперативного лечения, присвоено +30 баллов.

Симптом «рыболовецких крючков» на фоне ДГПЖ, как правило, возникает из-за больших размеров и инфравезикального роста аденоматозных узлов. Из оперированных пациентов у 34 человек отмечался данный критерий, сам по себе не являющийся абсолютным показанием к оперативному лечению, как и дивертикулы мочевого пузыря, но встречающийся чаще, присвоено +40 баллов.

Уретерогидронефроз на фоне ДГПЖ возникает, как правило, при длительном хроническом процессе и является весомым показанием к оперативному лечению. Из числа оперированных пациентов у 38 отмечался данный критерий, присвоено +80 баллов. Вследствие чего данный симптом оценен в +80 баллов.

Гематурия была отмечена у 19 человек из числа оперированных больных, критерию присвоено +100 баллов, гематурия на фоне ДГПЖ встречается реже гидронефроза, но имеет более весомый аргумент в сторону оперативного лечения, поскольку обостряются симптомы и повышается риск тампонады мочевого пузыря.

Острая задержка мочи является абсолютным показанием к оперативному лечению, из числа оперированных пациентов – у 36. В зависимости от кратности острой задержки баллы распределены в таком порядке: +150 баллов при однократной задержке мочи, 2 раза и более +170 баллов.

У 3 человек острая задержка мочи возникала однократно из-за переохлаждения и потребления алкоголя. После однократной катетеризации мочеиспускание восстановилось. По своей значимости критерий, по-нашему мнению, можно оценить в +50 баллов. Наличие у пациента цистостомического дренажа, как следствие 1-го этапа простатэктомии на фоне ДГПЖ, влияющее на качество жизни нами расценено в 150 баллов со знаком «+».

Повышение уровня PSA без гистологического подтверждения необходимо для дифференциальной диагностики ДГПЖ и рака предстательной железы. При повышении показателя более 10 мкг/л, отсутствии воспалительного процесса и аденокарциномы в гистологическом заключении ставят врача в затруднительное положение. Поскольку не исключен вариант рака in cito или простатической неоплазии (PIN). В таком случае у врача появляется весомый аргумент (+120 баллов) в сторону оперативного лечения (как лечебного, так и диагностического).

Сопутствующая патология, такая, как варикозное расширение вен нижних конечностей различной степени выраженности, не является противопоказанием к оперативному лечению, но может привести к осложнениям в послеоперационный период: тромбозу, тромбоэмболии и др.

Из общего числа пациентов варикозное заболевание вен нижних конечностей отмечали у 219 человек: компенсированное – 117, с тромбофлебитом – 74, с трофическими язвами – 28, баллы присвоены с учетом степени тяжести осложнения – от 20 до 60, со знаком «-».

Сахарный диабет отмечали у 44 пациентов, из них легкой формы – 29, средней степени тяжести – 9 и тяжелой формы – 4. Баллы присвоены с учетом степени тяжести от 10 до 30 со знаком «-».

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) с кризами, их частотой, перенесенные в анамнезе инфаркты миокарда, аритмии всегда настораживают врача на любом этапе лечения. Всем пациентам по данным нозологическим единицам были присвоены баллы с частотой их проявления и обострения в до и послеоперационный период.

ИБС выявлена у 241 человека, из них без кризов 184 человек – 40 баллов, с кризами 57 человек – 60 баллов (так как риск осложнений возрастает).

Инфаркт миокарда диагностирован у 164 человек из общего числа пациентов, из них до 3 мес 3 человека – 60 баллов, до 6 мес 72 человека – 40 баллов, до 1 года 49 человек – 20 баллов, более года 95 человек – 10 баллов.

Больных, перенесших инсульт, было 15 человек, из них до 3 мес 2 человека – 60 баллов, до 6 мес 4 человека – 40 баллов, до 1 года 5 человек – 20 баллов, более года 4 человека – 10 баллов.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки из общего числа пациентов у 76 человек, частота обострений в группах отмечалась: до 3 мес 19 человек – 40 баллов, до 6 мес 17 человек – 30 баллов, до 1 года 22 человека – 20 баллов, более года 18 человек – 10 баллов.

Пациенты с полиаллергией – 3 человека. Из них одному пациенту произведено оперативное лечение, в послеоперационный период назначали гормоны и антигистаминные препараты, 2 человека получали консервативную терапию с антигистаминными препаратами, критерию присвоено -20 баллов.

Всем перечисленным критериям присвоены знак «-», с практической точки зрения это означает необходимость предоперационной подготовки с перенесением сроков активного вмешательства.

На основании качественной и количественной оценки результатов нами определены количественные показатели, приведенные к тактике лечения ДГПЖ.

Группы критериев

1. От 0 до 110 – динамическое наблюдение.
2. От 120 до 170 – консервативная терапия.
3. От 180 до 210 – комбинация малоинвазивной и консервативной терапии.
4. От 220 и больше – оперативное лечение.

Из всех пациентов первой группы (227 человек), второй (282 человека) и третьей (86 человек) группы на протяжении исследования происходила миграция из одной группы в другую с учетом изменения здоровья по вышеперечисленным критериям.

Схема 7. VII критерий «Дополнительные данные»

1. Внутрипузырный рост	
а) средняя доля до 1 см	+10
б) средняя доля до 2 см	+20
в) средняя доля более 2 см	30
2. Конкременты мочевого пузыря	+60
3. Дивертикул мочевого пузыря	+30
4. Симптом «рыболовецких крючков»	+40
5. Уретерогидронефроз	+80
6. Гематурия на фоне ДГПЖ	+100
7. Острая задержка мочи	
а) однократно с восстановлением мочеиспускания	+50
б) однократно на фоне ДГПЖ	+150
в) 2 раза и более	+170
8. Цистостома	+150
9. Показание PSA без гистологического подтверждения аденокарциномы предстательной железы	+120
10. Варикозное расширение вен	
а) компенсирование	-20
б) с тромбофлебитом	*40
в) с трофическими язвами	*60
11. Сахарный диабет	
а) легкая форма	-10
б) средней тяжести	-20
в) тяжелая форма	-30
12. ИБС	
а) без кризов	-40
б) с кризами	-60
13. Инфаркт миокарда	
а) до 3 мес	-60
б) до 6 мес	-40
в) до 1 года	-20
г) более 1 года	-10
14. Инсульт	
а) до 3 мес	-60
б) до 6 мес	-40
в) до 1 года	-20
г) более года	-10
15. Язвенная бол. жел. и 12-ти пер. к-и	-20
а) до 3 мес	-40
б) до 6 мес	-30
в) до 1 года	-20
г) более года	-10
16. Полиаллергия	-20

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ №1 (44) 2013
ISSN 2307-5090

ВЫВОДЫ

1. Определены основные критерии у больных с ДГПЖ: возраст больного, анамнез основного заболевания с симптоматикой и определением качества жизни по шкале IPSS и QoL, ультразвуковое исследование с учетом объема предстательной железы и остаточной мочи по данным УЗИ, урофлоуметрическим индексом, PSA и сопутствующей патологией. Эффективность лекарственных препаратов при их применении в той или иной группе.

2. На основании собственных исследований возможна количественная (балльная) система каждого из симптомов, оценивающая состояние больного с ДГПЖ.

3. Балльная оценка состояния больного позволяет более точно определить общее состояние, риск оперативного вмешательства и тактику выбора лечения.

Межі критеріїв консервативного лікування у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози

А.А. Люлько, В.А. Депутат, А.О. Бурназ, І.Н. Никитюк

Протягом 26 міс проводили математичне оброблення критерії стану здоров'я у 734 пацієнтів різного віку, що страждають на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), за наступними параметрами: вік хворого, анамнез основного захворювання, скарги за шкалою IPSS та QoL з урахуванням обсягу передміхурової залози та залишкової сечі, урофлуорометричного індексу і супутньої патології. Кожний критерій оцінювали за бальною системою від «0» до «170» зі знаком «+» або «-».

За даними власних досліджень проведено кількісне (бальне) оцінювання кожного із симптомів, що визначає стан хворого з ДГПЗ, котре дозволило більш точно визначити загальний стан, ризик оперативного втручання і межі консервативної терапії та обрати тактику лікування.

Ключові слова: *доброякісна гіперплазія передміхурової залози, ниркова недостатність, гематурія, гідронефроз, цистостома, консервативне лікування, неінвазивне лікування.*

The boundaries of the criteria of conservative treatment in patients with BPH

V.A. Deputat, A.A. Lyulko, A.O .Burnaz, I.N. Nikityuk, A.S. Sagan

During 26 months mathematical estimation of criteria of the state of health was conducted at 347 patients of different age groups of suffering BHP on the following parameters: age of patient, anamnesis of basic disease, complaint on the IPSS and QL scale , ultrasonic taking into account the volume of prostate and remaining urine, urofloumetry index and concomitant pathology. Every criterion is appraised on the ball system from «0» to «220» with a sign «+» or «-».

On the basis of own researches quantitative estimation of each of symptoms is produced determining the state of patient with BHP, which allowed more exactly to define the common state, risk of operative interference and to define the scopes of conservative treatment and choice surgical tactic.

Key words: *BPH, renal failure, hematuria, hydronephrosis, tsistostoma, conservative treatment, non-invasive treatment.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возианов А.Ф., Пасечников С.П. Современные подходы к лечению гиперплазии предстательной железы // Лікування та діагностика. – 1998. – Т. 1, № 9. – С. 10–13.
2. Возианов А.Ф., Люлько А.В. Атлас – руководство по урологии / издание второе. – 2001. – Том 3. – С. 385–466.
3. Люлько А.В., Люлько А.А., Молчанов Р.Н. Современные методы лечения аденомы (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы (Обзор литературы и собственные данные) // Современные методы лечения аденомы предстательной железы. – К., 1997. – С. 29–46.
4. Савченко Н.Е., Строцкий А. В., Жлоба П.П. Нехирургические методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (пособие для практических врачей). – Минск, 1998.
5. Brawley O.W., Thompson I.M. Chemoprevention of prostate cancer // Urology, 1994. – Vol. 43. – P. 594–599.
6. Denis J.J. Future Implications for the Management of Benign Prostatic Hyperplasia // Eur. Urol. – 1994. – Vol. 25, suppl. 1. – P. 29–34.
7. Garraway W.M. et al. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community // Lancet. – 1991. – V. 388. – P. 469–471.

Статья поступила в редакцию 15.03.2013