

# Перебіг доброякісної гіперплазії передміхурової залози

**С.О. Возіанов, Ю.М. Бондаренко, М.Є. Сабадаш, Я.М. Клименко, О.В. Шуляк**  
 ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Проведено аналіз особливостей перебігу доброякісної гіперплазії передміхурової залози у 132 пацієнтів протягом року. Встановлено підвищення суб'єктивної симптоматики за шкалою IPPS на 10,2%, зменшення  $Q_{max}$  – на 12,1% і  $Q_{ave}$  – на 13% і збільшення обсягу залишкової сечі на 34,2%. Протягом року у зв'язку з погіршенням симптоматики нами прооперовані 54 (40,9%) пацієнта.

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, стадії, критерії, симптоми, уродинамічні показники.

Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) – це найбільш поширена причина інфравезикальної обструкції у чоловіків [1, 3, 4]. Вивчення альтернативних методів хірургічного, консервативного та ендоскопічного лікування ДГПЗ є важливим завданням сучасної урології. Незважаючи на велику кількість досліджень [2, 4, 5], перебіг цього захворювання недостатньо вивчений. У зв'язку з цим вивчення цього питання дасть можливість визначити чіткі показання до вибору методів лікування.

**Мета дослідження:** вивчити особливості перебігу ДГПЗ.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проаналізовано особливості перебігу ДГПЗ у 132 пацієнтів протягом року. У частини з них не було показань до оперативного лікування, інші відмовились від будь-якого методу лікування (страх перед операцією, відсутність коштів, інші причини).

Вік пацієнтів коливався від 48 до 75 років, середній вік складав  $63,4 \pm 5,2$  року (табл. 1).

Як видно з даних табл. 1, пацієнтів в активному працездатному віці було тільки 51 (38,6%), в той час як більшість пацієнтів – 81 (61,4%) були у віці понад 61 рік. Збільшення абсолютної кількості хворих ДГПЗ із віком відповідає загальносвітовим тенденціям та закономірностям. Те, що в наших дослідженнях у пацієнтів віком понад 70 років спостерігалось зниження захворюваності на ДГПЗ, відображає факт штучного відбору групи. Ймовірно, що пацієнти старші за 70 років мають більш тяжкий урологічний статус та їх не було включено до наших досліджень.

Розподіл пацієнтів за тривалістю захворювання на ДГПЗ наведено в табл. 2.

У ході дослідження визначено розподіл пацієнтів за стадіями, що наведено в табл. 3.

Оскільки група відібрана штучно, то пацієнтів із III стадією до досліджень не включали. У всіх пацієнтів детально проводили тестування за шкалою IPPS (табл.4).

Під час ультразвукового обстеження (УЗО) пацієнтів об'єм передміхурової залози коливався від  $26,9 \text{ см}^3$  до  $68,5 \text{ см}^3$ . Середній об'єм передміхурової залози складав  $36,7 \pm 6,3 \text{ см}^3$ .

В якості об'єктивних критеріїв, які б дозволили оцінити динаміку функції нижніх сечовидільних шляхів, нами вибрані максимальна швидкість сечовипускання ( $Q_{max}$ ), середня швидкість сечовипускання ( $Q_{ave}$ ) та об'єм залишкової сечі (ОЗС) (табл. 5).

Під час аналізу ОЗС в контрольній групі встановлено,

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за віком

Вікова група	Кількість пацієнтів	%
До 50 років	6	4,5
51-60 років	45	34,1
61-70 років	69	52,3
Старші 70 років	12	9,1
Усього	132	100

Таблиця 2

Тривалість захворювання у пацієнтів із ДГПЗ

Тривалість захворювання	Кількість пацієнтів	%
До 1 року	63	47,7
1-3 роки	45	34,1
4-6 років	24	18,2
Усього	132	100

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів за стадіями

Стадія	Кількість пацієнтів	%
I	72	54,5
II	60	45,5
Усього	132	100

Таблиця 4

Розподіл IPPS у пацієнтів із ДГПЗ залежно від стадії

Стадія	Кількість пацієнтів, n (%)	IPSS, $M \pm m$	p
I	72 (54,5)	$16,1 \pm 1,7$	
II	60 (45,5)	$17,0 \pm 1,4$	
Усього	132 (100)	$16,6 \pm 1,5$	

Таблиця 5

Розподіл рівня  $Q_{max}$ ,  $Q_{ave}$  та ОЗС у пацієнтів на ДГПЗ залежно від стадії

Стадія	Кількість пацієнтів, n (%)	$Q_{max}$ , мл/с	$Q_{ave}$ , мл/с	ОЗС, мл
I	72 (54,5)	$11,9 \pm 0,9$	$5,7 \pm 0,6$	-
II	60 (45,5)	$11,1 \pm 1,0$	$5,2 \pm 0,5$	$51,8 \pm 15,5$
Усього	132 (100)	$11,5 \pm 1,0$	$5,4 \pm 0,7$	$51,8 \pm 15,5$

що у 60 пацієнтів із ДГПЗ II стадії середній ОЗС складав  $51,2 \pm 15,2$  мл.

Супутню патологію різних органів та систем мали 54 (40,9%) пацієнти (табл. 6).

Слід зазначити, що у частини пацієнтів мало місце поєднання декілька супутніх патологій і тому абсолютне їхнє число переважає кількість пацієнтів із обтяженим анамнезом життя.

Наявність супутньої патології у пацієнтів із ДГПЗ

Супутня патологія	Кількість пацієнтів	
	Абс. число	%
Ішемічна хвороба серця	24	18,2
Інфаркт міокарда (в анамнезі)	6	4,5
Аритмії	3	2,8
Недостатність кровообігу (різних ступенів)	12	9,1
Гіпертонічна хвороба та гіпертензійний синдром	18	13,6
Хронічна патологія дихальної системи	6	4,5
Сечокам'яна хвороба	9	6,8
Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки	12	9,1
Цукровий діабет	6	4,5
Ендартеріїт судин нижніх кінцівок	3	2,8
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	9	6,8

Таблиця 7

Динаміка IPSS у пацієнтів із ДГПЗ

Параметр	IPSS (одиниці)					
	До обстеження	1 міс	3 міс	6 міс	12 міс	
I	16,1±1,7	16,3±1,5	16,6±1,6	17,2±1,6	17,8±1,8	
II	17,0±1,4	17,1±1,5	17,8±1,7	18,6±1,9	18,9±1,9	
M±m	16,6±1,5	16,7±1,5	17,2±1,7	17,9±1,8	18,4±1,9	
Кількість пацієнтів	I	24	22	20	18	14
	II	20	19	16	15	12
Усього	44	41	36	33	26	

Таблиця 8

Динаміка зміни  $Q_{max}$  у пацієнтів із ДГПЗ

Параметр	$Q_{max}$ (мл/с)					
	До обстеження	1 міс	3 міс	6 міс	12 міс	
I	11,9±0,9	11,8±0,9	11,5±1,0	11,1±1,1	10,6±1,3	
II	11,1±1,0	11,1±1,1	10,8±1,2	10,4±1,3	9,8±1,4	
M±m	11,5±1,0	11,5±1,0	11,2±1,1	10,8±1,2	10,2±1,4	
Кількість пацієнтів	I	24	22	20	18	14
	II	20	19	16	15	12
Усього	44	41	36	33	26	

Таблиця 9

Динаміка зміни  $Q_{ave}$  у пацієнтів із ДГПЗ

Параметр	$Q_{ave}$ (мл/с)					
	До обстеження	1 міс	3 міс	6 міс	12 міс	
I	5,7±0,6	5,6±0,6	5,4±0,7	5,1±0,7	4,9±0,8	
II	5,2±0,5	5,2±0,7	5,0±0,9	4,8±0,9	4,5±0,9	
M±m	5,4±0,7	5,4±0,5	5,2±0,8	5,1±0,8	4,7±0,9	
Кількість пацієнтів	I	72	66	60	54	42
	II	60	57	48	45	36
Усього	132	123	108	99	78	

Причини, згідно з якими хворі відмовились від лікування: байдужість до свого стану здоров'я – 57 (43,2%), відсутність коштів – 48 (36,4%), інші причини – 27 (20,4%).

Для оцінювання динаміки функції нижніх сечовивідних шляхів визначали суб'єктивні критерії за шкалою IPSS та об'єктивні –  $Q_{max}$ ,  $Q_{ave}$  та ОЗС. Пацієнти обстежені через 1, 3, 6 і 12 міс.

У табл. 7–9 наведена динаміка змін описаних вище критеріїв у пацієнтів із ДГПЗ.

При динамічному спостереженні протягом року отримане достовірне ( $p < 0,05$ ) наростання суб'єктивної симптоматики за шкалою IPSS з 16,6 до 18,4 бала, що складає 10,2%.

Розгляд динаміки IPSS за стадіями також демонструє наростання симптомів. У I стадії відзначено недостатнє підвищення IPSS протягом перших 3 міс із 16,1 до 16,6 бала

( $p < 0,1$ ). Надалі було встановлено достовірну ( $p < 0,05$ ) тенденцію до зростання IPSS протягом року на 9,9%. У II стадії встановлено достовірне зростання суб'єктивної симптоматики із 17,0 до 18,9 бала ( $p < 0,05$ ), що складає 10,5%. Як видно із наведених вище результатів, спостерігається погіршення суб'єктивної симптоматики в обох стадіях захворювання, більш виражене у пацієнтів із II стадією ДГПЗ.

Як видно із наведених результатів протягом року спостерігається достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення  $Q_{max}$  на 12,1%. Проводячи аналіз зміни  $Q_{max}$  за стадіями, встановлено, що в I стадії наявне недостовірне ( $p < 0,1$ ) зменшення даного показника із 11,9 до 11,5 мл/с до 3 міс. Надалі отримано достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення  $Q_{max}$  до року до рівня 10,6 мл/с, що складає 10,9%. У пацієнтів із II стадією ДГПЗ отримано достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення  $Q_{max}$  на 13,3% протягом року із 11,1 до 9,8 мл/с.

На основі отриманих даних можна зробити висновок про тенденцію до подальшого погіршення, особливо у пацієнтів із ДГПЗ II стадії.

Під час оцінювання зміни  $Q_{ave}$  у пацієнтів спостерігається недостовірне зменшення із 5,4 до 5,2 мл/с. Надалі отримане статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення

до 4,7 мл/с до 12 міс. Отже, у випадку динамічного спостереження відбувається зменшення  $Q_{ave}$  в середньому на 13%. Проводячи аналіз зміни  $Q_{ave}$  за стадіями, встановлено, що у пацієнтів із I стадією ДГПЗ протягом перших 3 міс відбувається недостовірне ( $p < 0,1$ ) зменшення  $Q_{ave}$  із 5,7 до 5,4 мл/с. Надалі до року отримано достовірне зменшення  $Q_{ave}$  на 12,5%. У II стадії зменшення  $Q_{ave}$  недостовірне ( $p < 0,2$ ) протягом перших 6 міс із 5,2 до 5 мл/с та достовірне ( $p < 0,05$ ) в наступному півріччі до 4,5 мл/с, що складає 13,5%. Контроль зміни ОЗС показав достовірне ( $p < 0,05$ ) зростання останнього протягом року із 51,2 до 68,7 мл, що складає 34,2%.

### ВИСНОВОК

У результаті проведеного динамічного спостереження у пацієнтів із ДГПЗ протягом року отримано зростання суб'єктивної симптоматики за шкалою IPPS на 10,2%, зменшення  $Q_{max}$  – на 12,1% та  $Q_{ave}$  – на 13% та зростання ОЗС – на 34,2%. Протягом року у зв'язку із погіршенням симптоматики нами прооперовано 54 (40,9%) пацієнти. На основі отриманих даних можна зробити висновок про погіршення симптоматики захворювання та уродинамічних параметрів у пацієнтів із ДГПЗ, які підлягали спостереженню протягом року.

### Течение доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**С.А. Возианов, Ю.М. Бондаренко, М.Е. Сабодаш, Я.М. Клименко, О.В. Шульжак**

Проведен анализ особенностей течения доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 132 пациентов на протяжении года. Установлено повышение субъективной симптоматики по шкале IPPS на 10,2%, уменьшение  $Q_{max}$  – на 12,1% и  $Q_{ave}$  – на 13% и увеличение объема остаточной мочи на 34,2%. На протяжении года в связи с ухудшением симптоматики нами прооперированы 54 (40,9%) пациента.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, стадии, критерии, симптомы, уродинамические показатели.

### Course of benign hyperplasia prostate

**S.A. Vozianov, Y.M. Bondarenko, M.E. Sabodash, Y.M. Klimenko, O.V. Shuljak**

We have analyzed the peculiarities of the proceeding benign prostatic hyperplasia (BPH) in 132 patients during a year. The increasing of the International prostate symptom score (IPSS) on 10,2%, decreasing  $Q_{max}$  on 12,1% and  $Q_{ave}$  on 13% and increasing residual urine volume on 34,2% were obtained. We have operated 54 (40,9%) patients during a year, because of deterioration general condition.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, stage criteria, symptoms, urodynamic parameters.

### Сведения об авторах

**Возианов Сергей Александрович** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9а.  
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Руководство по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998. – 672 с.
2. Holtgrewe H., Mebust W., Dowd J., Cockett A., Peters P. Transurethral prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in american urology. J.Urol 141: 248–253, 1989.
3. Kaplan S., TE A. Transurethral electrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia. J.Urol 145:566–572, 1995.
4. Narayan P., Fournier G., Indudhara R., Leidich R., Shinohara, Ingerman A. Transurethral evaporation of the prostate (TUEP) with Nd:YAG laser using a contact free beam technique: results in 61 patients with benign prostatic hyperplasia. Urology 43: 813–820, 1994.
5. Kabalin J. Laser prostatectomy performed with a right angle firing neodymium: YAG laser fiber at 40 watts power setting. J.Urol 150:95–99, 1993.

Статья поступила в редакцию 24.09.2014