

Особливості складу госпіталізованих хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози в аспекті амбулаторного етапу медичної допомоги

С.П. Пасечніков, Я.М. Клименко, Абдулфатах Ахмед Моаллім, Я.М. Мельничук

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета дослідження: аналіз даних щодо сучасного складу хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ), госпіталізованих для отримання хірургічної допомоги.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 266 хворих на ДГПЗ, яким у 2015–2016 р. у профільному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва була виконана трансуретральна резекція передміхурової залози з тим, щоб оцінити загальний стан пацієнтів на момент госпіталізації і виявити проблемні питання надання їм медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Результати. Встановлено, що вірогідно більшість пацієнтів госпіталізовані ургентно (53,0%) частіше в зимово-осінній період (60,4%), вік більшості з них – до 60 років (12,8% проти 10,4% при плановій). Серед пацієнтів переважали чоловіки до 70 років, 10% припадало на вперше виявлені випадки захворювання, у половини – на момент звернення до лікаря симптоми нижніх сечових шляхів (НСШ) були 5 років, у кожного четвертого – 10 і більше років. За рідкісним винятком, хворі лікувалися консервативно, приймали α -адреноблокатори (2/3 до 5 років, 1/3 – від 5 до 10 і більше років). У 27,8% пацієнтів в анамнезі були неодноразові випадки гострої затримки сечовипускання (ГЗС), у два рази частіше серед ургентно госпіталізованих.

Практично у всіх пацієнтів перебіг захворювання ускладнювався супутньою патологією (1227 нозологічних одиниць захворювань різних органів і систем). Їхня кількість збільшується з віком: на одного хворого віком 44–59 років у середньому припадало 3,0; 60–69 – 4,4; 70–79 – 5,2; понад 80 років – 5,6. Переважають захворювання серцево-судинної системи, у кожного четвертого – хронічні запальні, метаболічний синдром (цукровий діабет, ожиріння).

Заключення. Підтверджена чітка залежність між об'ємом передміхурової залози (ОПЗ) та інтравезікальною простатичною протрузією (ПП) – $r=0,33$, яка була більш вираженою з максимальною швидкістю сечовипускання ($r=0,59$) і об'ємом залишкової сечі. Виявлено, що зі збільшенням ППП збільшується обсягом залишкової сечі, зменшується максимальна швидкість сечовипускання з одночасним погіршенням якості життя і збільшенням вираженості симптомів нижніх сечових шляхів у разі відсутності залежності від ОПЗ.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, види госпіталізації, α -адреноблокатори, супутня патологія, результати обстеження.

Невечерпність проблеми надання медичної допомоги хворим на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) зумовлена не тільки відомою її поширеністю серед чоловіків похилого віку, кількістю яких неухильно збільшується, але й простеженою тенденцією до омоло-

дження контингенту хворих. Крім того, суттєве значення мають зміни у тактиці лікування, які відбуваються принаймні в останні 25 років [1, 4, 17]. Вони пов'язані, по-перше, із розвитком медичних технологій і в зв'язку з цим – з постійним удосконаленням оперативних втручань, які, безумовно, фактично залишаються єдиним радикальним способом лікування хворих на ДГПЗ [7, 9]. По-друге, з появою фармакологічних препаратів, спрямованих на зменшення вираженості симптомів нижніх сечовивідних шляхів (НСШ), якими супроводжується перебіг захворювання, збільшилася прихильність пацієнтів до медикаментозної терапії [5, 8].

Внаслідок позитивних змін клінічної картини розладів сечовипускання, що турбують і мотивують звернення до лікаря, у таких хворих хірургічне лікування відкладається на невизначений термін. Зазначене не може не відбитися на перебігу захворювання та кінцевому результаті [3, 16]. За таких умов, увагу привертають публікації результатів досліджень, які свідчать про несприятливий вплив тривалої медикаментозної терапії на ефективність хірургічного лікування ДГПЗ [10, 13, 15, 19].

Мета дослідження: аналіз даних щодо сучасного складу хворих на ДГПЗ, госпіталізованих для отримання хірургічної допомоги.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження стали 266 хворих на ДГПЗ, яким була виконана трансуретральна резекція простати (ТУРП) у 2015–2016 роках на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Методологічно виділено дві групи залежно від виду госпіталізації: планової та ургентної, спричиненої гострою затримкою сечовипускання (ГЗС). Були проаналізовані результати стандартних методів обстеження, а також опитування за Міжнародною шкалою сумарної оцінки симптомів при захворюваннях ПЗ (IPSS), оцінки якості життя (QoL). Вивчалися абсолютні величини та розраховані екстенсивні коефіцієнти, також середні величини та їхня середня похибка, за допомогою яких виявлялась значущість відмінностей двох статистичних сукупностей із застосуванням t-критерію Стьюдента. Під час складання характеристики отриманих результатів було залучено аналітико-синтетичний, порівняльний, системний аналізи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розподіл хворих з урахуванням виду госпіталізації наведений у табл. 1.

Як видно з табл. 1, у кожній із виділених груп переважають чоловіки віком до 70 років. Простежується тенденція до омолодження госпіталізованих, більшою мірою у випадках гострої затримки сечі (до 60 років – 12,8 \pm 2,8% проти

Таблиця 1

Розподіл хворих на ДГПЗ за віком з урахуванням виду госпіталізації

| Вік, роки | Усього | | | Госпіталізація | | | | | |
|-----------|------------|------|-----|----------------|------|-----|------------|-------|-----|
| | | | | Ургентна | | | Планова | | |
| | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m |
| До 60 | 31 | 11,7 | 1,9 | 18 | 12,8 | 2,8 | 13 | 10,4 | 2,7 |
| 60–69 | 123 | 46,2 | 3,0 | 60 | 42,6 | 4,2 | 63 | 50,4 | 4,5 |
| 70–79 | 95 | 35,7 | 2,9 | 54 | 38,3 | 4,0 | 41 | 32,8 | 4,2 |
| 80–89 | 17 | 6,4 | 1,5 | 9 | 6,3 | 2,0 | 8 | 6,4 | 2,1 |
| Разом | 266 | 100 | | 141 | 100 | | 125 | 100,0 | |

Таблиця 2

Розподіл хворих, госпіталізованих ургентно та планово з приводу ДГПЗ, за тривалістю захворювання

| Тривалість захворювання | Госпіталізація | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------|-------|-----|------------|-------|-----|------------|-------|-----|
| | Ургентна | | | Планова | | | Разом | | |
| | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m |
| Уперше | 10 | 7,1 | 2,1 | - | - | - | 10 | 3,7 | 1,1 |
| До 1 року | 6 | 4,2 | 1,6 | 10 | 8,0 | 2,4 | 16 | 6,0 | 1,4 |
| 3 роки | 27 | 19,1 | 3,3 | 32 | 25,6 | 3,9 | 59 | 22,2 | 2,5 |
| 5 років | 65 | 46,0 | 4,2 | 56 | 44,8 | 4,4 | 121 | 45,5 | 3,0 |
| ≥ 10 років | 33 | 23,4 | 3,5 | 27 | 21,6 | 3,6 | 60 | 22,6 | 2,5 |
| Усього | 141 | 100,0 | | 125 | 100,0 | | 266 | 100,0 | |

Таблиця 3

Розподіл хворих на ДГПЗ за тривалістю попереднього лікування α -адреноблокаторами

| Тривалість лікування | Усього | | | Ургентна госпіталізація | | | Планова госпіталізація | | |
|----------------------|------------|-------|-----|-------------------------|-------|-----|------------------------|-------|-----|
| | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m | Абс. число | % | m |
| 6 місяців | 19 | 7,1 | 1,5 | 8 | 5,7 | 2,8 | 11 | 8,8 | 2,5 |
| До 1 року | 28 | 10,5 | 1,8 | 15 | 10,6 | 2,5 | 13 | 10,4 | 2,7 |
| 3 роки | 136 | 51,1 | 3,0 | 74 | 52,5 | 4,2 | 62 | 49,6 | 4,4 |
| 5 років | 52 | 19,5 | 2,4 | 31 | 22,0 | 3,4 | 21 | 16,8 | 3,3 |
| ≥ 10 років | 31 | 11,7 | 1,9 | 13 | 9,2 | 2,4 | 18 | 14,4 | 3,0 |
| Разом | 266 | 100,0 | | 141 | 100,0 | | 125 | 100,0 | |

10,4±2,7% при плановій). Зауважимо, що ГЗС стала причиною госпіталізації у 53,0±2,5% випадках проти 47,0±2,5% планової ($p < 0,05$). Виявилось, що 60,0±4,1% хворих із ГЗС потрапляють до стаціонару у зимово-осінній період, тоді як при плановій госпіталізації навпаки частіше (59,6±4,3%) – у весняно-літній. Важко знайти пояснення виявленому факту, проте його можна врахувати у просвітницькій діяльності.

У табл. 2 наведені відомості щодо тривалості захворювання у разі ургентної та планової госпіталізації.

З даних табл. 2 видно, що 10 (7,1%) хворих із госпіталізованих ургентно з ГЗС не знали про наявність у них ДГПЗ. Переважна більшість (90,3%) зверталася до лікаря у зв'язку із симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) від 3 до 10 та більше років. Близько половини з них страждали до 5 років. Усі пацієнти протягом різного часу лікувались медикаментозно. За окремими випадками, це була монотерапія α -адреноблокаторами.

У табл. 3 представлений розподіл хворих за тривалістю медикаментозного лікування α -адреноблокаторами.

Дані табл. 3 свідчать, що практично половина усіх обстежених хворих приймала α -адреноблокатори як монотерапію протягом 3 років, кожен третій – від 5 до 10 і більше років і лише до 20% хворих – до одного року. Отримані результати представляють інтерес і водночас насторожують, адже, згідно анамнезу, у 74 (27,8%) хворих спостерігалися у різні терміни

неодноразові випадки ГЗС. Причому серед госпіталізованих ургентно їх було удвічі більше, а саме із 74 – у 51 (68,9%) проти 23 (31,1%) серед планових хворих.

Простежена пряма залежність між кількістю хворих, які мали в анамнезі ГЗС, із тривалістю у них ДГПЗ та термінами медикаментозного лікування α -адреноблокаторами. Конститували, що серед госпіталізованих ургентно у випадках раніше діагностованої ГЗС хворі приймали α -адреноблокатори у середньому протягом 58,0±5,3 міс (або 4,8±0,4 року), тоді як решта, які не мали цієї ознаки – 20,0±2,1 міс (або 1,7±0,2 року).

Що стосується пацієнтів, госпіталізованих планово, показники відповідно становили 51,3±4,5 міс (4,3±0,3 року) та 22,1±3,2 міс (1,8±0,2 року). Отже, отримано об'єктивне підтвердження значного подовження терміну дії статичного компоненту інтравезікальної обструкції із неминучим його збільшенням, що не може не впливати негативно на перебіг ДГПЗ.

Далі наведено приклади некоректного їхнього призначення, виходячи з об'єктивних показників об'єктивного обстеження. Згідно з даними деяких досліджень, при інтравезікальній протрузії ПЗ понад 10 мм лікування α -адреноблокаторами може бути неефективним, а в режимі монотерапії доцільність їхнього застосування підтверджується відсутністю факторів ризику прогресування захворювання [11, 16]. На жаль, ця умова не була дотримана у хворих, які мали ГЗС в анамнезі. Це підтверджують дані хворих, які

Частота та характер супутньої патології у хворих на ДГПЗ з урахуванням віку

| Супутні захворювання | Вік | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|-------------|------|--------------|------|-------------|------|------------|------|
| | Кількість хворих, n=266 | | 44–59, n=31 | | 60–69, n=123 | | 70–79, n=95 | | ≥ 80 n=17 | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| <i>Хвороби серцево-судинної системи</i> | | | | | | | | | | |
| ІХС | 199 | 74,8 | 7 | 22,5 | 90 | 73,1 | 85 | 89,4 | 16 | 94,1 |
| ГХ | 187 | 70,3 | 15 | 48,4 | 87 | 70,7 | 69 | 72,6 | 16 | 94,1 |
| Кардіосклероз | 156 | 58,6 | 7 | 22,5 | 67 | 54,5 | 68 | 71,6 | 14 | 82,4 |
| Аритмія | 6 | 2,6 | - | - | 2 | 1,6 | 4 | 4,2 | - | - |
| <i>Хвороби сечостатевої системи</i> | | | | | | | | | | |
| Кісти нирок | 95 | 35,7 | 9 | 29,0 | 41 | 33,3 | 35 | 36,8 | 10 | 58,8 |
| СКХ | 45 | 17,0 | 6 | 19,3 | 22 | 17,9 | 13 | 13,7 | 4 | 23,5 |
| Простатит | 82 | 30,8 | 9 | 29,0 | 36 | 29,3 | 32 | 33,7 | 5 | 29,4 |
| Цистит | 66 | 27,4 | 9 | 29,0 | 31 | 25,2 | 24 | 25,3 | 9 | 53,0 |
| Пієлонефрит | 31 | 11,6 | 2 | 6,4 | 7 | 5,7 | 19 | 20,0 | 3 | 17,6 |
| Хронічна ниркова недостатність | 29 | 11,0 | - | - | 12 | 9,7 | 17 | 18,2 | - | - |
| <i>Хвороби органів травлення</i> | | | | | | | | | | |
| Гастрит | 43 | 16,2 | 3 | 9,7 | 12 | 9,7 | 25 | 26,3 | 3 | 17,6 |
| ВХШ | 20 | 7,5 | 3 | 9,7 | 7 | 5,7 | 10 | 10,5 | - | - |
| Панкреатит | 4 | 1,5 | - | - | 4 | 3,2 | - | - | - | - |
| ЖКХ | 19 | 7,1 | 3 | 9,7 | 9 | 7,3 | 4 | 4,2 | 3 | 17,6 |
| <i>Хвороби органів дихання</i> | | | | | | | | | | |
| Бронхіт | 49 | 18,4 | 5 | 16,1 | 27 | 22,0 | 15 | 15,8 | 2 | 11,8 |
| Пневмосклероз | 6 | 2,3 | 2 | 6,4 | 2 | 1,6 | 2 | 2,1 | - | - |
| ГРЗ | 65 | 24,4 | 6 | 19,3 | 31 | 25,2 | 26 | 27,4 | 2 | 11,8 |
| Цукровий діабет | 44 | 16,5 | 6 | 19,3 | 24 | 19,5 | 12 | 12,6 | 2 | 11,8 |
| Ожиріння | 46 | 17,3 | 3 | 9,7 | 2 | 1,7 | 19 | 20,0 | 3 | 17,6 |
| Варикозна хвороба | 35 | 13,1 | - | - | 14 | 11,4 | 15 | 15,8 | 6 | 35,3 |
| Разом | 1227 | | 95 | | 546 | | 494 | | 95 | |
| У середньому на 1 хворого | 4,6 | | 3,0 | | 4,4 | | 5,2 | | 5,6 | |

Примітки: ІХС – ішемічна хвороба серця, ГХ – гіпертонічна хвороба, СКХ – сечокам'яна хвороба, ВХШ – виразкова хвороба шлунка, ЖКХ – жовчно-кам'яна хвороба, ГРЗ – гострі респіраторні захворювання.

мали випадки минулої ГЗС раніше, але продовжили медикаментозне лікування після поновлення сечовипускання. Так, середній об'єм ПЗ у них дорівнював $78,8 \pm 5,4$ см³, залишкова сеча – $166,8 \pm 28,9$ мл, об'ємна швидкість сечовипускання (Q_{max}) – $5,1 \pm 0,3$ мл/с, показник I-PSS – $27,0 \pm 0,4$ бала, QoL – $5,9 \pm 0,1$ бала, інтравезикальна простатична протрузія (ІПП) – $2,0 \pm 0,3$ см. Наведену інформацію доповнюють дані ургентно госпіталізованих хворих із ГЗС в анамнезі. Середній об'єм ПЗ у них становив $84,6 \pm 6,3$ см³, ІПП = $1,9 \pm 0,4$ см.

Отже, тривале застосування монотерапії α -адреноблокаторами можна вважати фактором ризику виникнення відтермінованого погіршення уродинаміки нижніх сечових шляхів і розвитку ускладнень, у тому числі після хірургічного лікування.

До факторів ризику виникнення післяопераційних ускладнень традиційно відносять супутню патологію. Типова поліорганистність її у чоловіків похилого віку, хворих на ДГПЗ, обтяжує перебіг захворювання, спричинює виникнення ускладнень. Це питання широко обговорюється в джерелах інформації. Проте висвітлення його з точки зору частоти, характеру супутньої патології з урахуванням віку пацієнтів, на нашу думку, може надати можливість скласти більш детальний профіль цієї когорти хворих чоловіків. Результати проведеної роботи наведені в табл. 4.

У 252 із 266 (95,1%) хворих була супутня патологія; на них приходилось 1227 нозологічних одиниць хвороб різних органів та систем. Два-три захворювання різних органів і систем діагностували у 32,0% пацієнтів, у 20,0% – чотири і до 10% – п'ять. Кількість супутніх захворювань зростає з віком: на одного пацієнта 44–59 років у середньому припадало 3,0 захворювання; 60–69 років – 4,4; 70–79 років – 5,2; понад 80 років – 5,6. Подані дані подібні до інформації, отриманої іншими авторами [2, 6, 14].

Вивчення супутньої патології важливо також і в аспекті оцінки СНСШ. Звертає увагу поширеність серцево-судинної патології, на що вказують також інші автори [5, 18]. Так, ІХС була у кожного п'ятого чоловіка до 60 років, в осіб віком 60–69 – у 73,1%, 70–79 років – 89,4%, понад 80 років – у 94,1% випадках. Не менш поширеною є ГХ. Практично половина хворих 44–59 років вказували на наявність ГХ, частота якої логічно зростала з віком до 94,1% у хворих віком понад 80 років.

Серед хвороб сечостатевої системи також поширені простатит, кісти нирок, цистит, на кожен з яких приходилось 36,5%, 35,7%, 27,4% відповідно. Чіткої залежності з віком не простежується, хоча у чоловіків віком понад 80 років такі хвороби, як кісти нирок, цистит, СКХ зустрічаються частіше; так само, як і простатит, пієлонефрит у хворих віком 70–79

Результати основних показників обстеження хворих на ДГПЗ, госпіталізованих планово, $M \pm m$

| Показник | Об'єм залишкової сечі | | |
|---|-----------------------|------------------------|------------------|
| | до 100 мл, n=39 | 100–150 мл, n=44 | >150 мл, n=42 |
| ОПЗ, см^3 | 77,8±17,5 | 84,8±5,8 | 82,1±13,9* |
| Об'єм залишкової сечі ($V_{\text{зал}}$), мл | 50,5±3,6 | 120,0±5,8 ^Δ | 260,0±33,0** |
| Максимальна швидкість сечовипускання (Q_{max}), мл/с | 7,6±0,5 | 6,7±0,6 | 5,9±0,8* |
| ІПП, см | 1,5±0,4 | 1,8±0,1 | 2,8±0,3* |
| QoL, бали | 5,0±0,2 | 5,3±0,1 | 5,6±0,05* |
| IPSS, бали | 24,4±0,7 | 25,4±0,5 | 26,9±0,5 |

Примітка: * – різниця між показниками достовірна; p_1 -3<0,05; ** – p_1 -2-3<0,05; Δ / p_1 -2<0,05.

років. Відкриті ворота для інфекції у випадках наявності цистостомічного дренажу у 10 хворих.

Слід також зазначити частоту гострих респіраторних захворювань, хронічних хвороб інших органів і систем (гастрит, бронхіт). Ожиріння та ІДД досягають 20%. У літературі пов'язують між собою особливості старіння чоловіків та появу СНСШ, які так само залежать від образу їхнього життя [12]. Так, фізична активність сприяє зниженню ризику їхнього розвитку на 29%, у той час як індекс маси тіла понад 30 підвищує його на 41%. Наведені дані тільки констатують наявність супутньої патології у даній конкретній вибірковій сукупності хворих. За переліком вони не можуть не бути близькими до даних інших авторів, тоді як за частотою мають відмінності, що цілком виправдано із зрозумілих причин. Як зазначають деякі автори, за віком хворого, наявністю та ступенем вираженості супутніх захворювань вже до операції можна прогнозувати відсоток ускладнень і застосовувати методи профілактики [2].

Стандартний, традиційний обсяг обстеження передбачав визначення об'єму передміхурової залози (ОПЗ), хоча добре відомо, що він практично не корелює з уродинамічними показниками інфравезикальної обструкції (ІВО). Тому проводився порівняльний аналіз ОПЗ за показниками інтравезикальної простатичної протрузії (ІПП), яка визнана авторами незалежним предиктором ІВО і позитивно корелює з ОПЗ. За критерій розподілу хворих у роботі прийнято ОПЗ=80 см^3 , якого дотримуються й інші автори у визначенні показань до ТУРП.

За результатами порівняльного аналізу не простежується будь-яких значущих відмінностей між ОПЗ та віком, а також у випадках ургентної (тобто при ГЗС) та планової госпіталізації. Водночас спостерігається тенденція зростання величини ІПП з віком та ОПЗ, що яскравіше проявляється у хворих із ГЗС. Виявлена пряма залежність між максимальною швидкістю потоку сечі (Q_{max}) та об'ємом залишкової сечі ($V_{\text{зал}}$). При цьому між значеннями ОПЗ, $V_{\text{зал}}$, ІПП різниця достовірна у розрізі груп спостереження. Кореляційний аналіз між показниками ОПЗ та Q_{max} і ІПП засвідчив сильну та середню пряму функціональну залежність між ними: $r=0,59$ та $r=0,33$ відповідно.

Водночас при розподілі хворих за ОПЗ не простежені особливості вираженості симптомів у них за суб'єктивним сприйняттям (IPSS) та якістю життя (QoL). Оскільки саме такий орієнтир є визначальним у мотивації хворих звернутися до лікаря, вважали доцільним вивчити зазначене питання, прийнявши за критерій їхнього розподілу $V_{\text{зал}}$. Значення має також й швидкість сечовипускання. За величинами показників передбачається наявність серйозної обструкції та дисфункції детрузора, що, як відомо, значно впливає на вираже-

ність симптомів у хворих на ДГПЗ. Результати проведеного аналізу представлені в табл. 5.

Наведені у табл. 5 дані свідчать, що із збільшенням $V_{\text{зал}}$ зменшується максимальна швидкість сечовипускання, зростає ІПП і водночас погіршується якість життя внаслідок зростання ступеня вираженості симптоматики. Так, при $V_{\text{зал}} = 50,5 \pm 3,6$ мл та $Q_{\text{max}} = 7,6 \pm 0,5$ мл/с QoL дорівнювала $5,0 \pm 0,2$ бала; при $V_{\text{зал}} = 120,0 \pm 5,8$ мл Q_{max} вже становила $6,7 \pm 0,6$ мл/с, а QoL – $5,3 \pm 0,1$ бала; при $V_{\text{зал}} = 260,0 \pm 3,0$ мл Q_{max} становила $5,9 \pm 0,8$ мл/с, а QoL збільшилася до $5,6 \pm 0,05$ бала ($p < 0,05$). Разом із зменшенням швидкості сечовипускання достовірно більшим стає показник ІПП: при $Q_{\text{max}} = 5,9 \pm 0,8$ мл/с він дорівнював $2,8 \pm 0,3$ см проти $1,5 \pm 0,4$ см у разі $Q_{\text{max}} = 7,6 \pm 0,5$ мл/с. Крім того, можна засвідчити, що величини ОПЗ менше за все впливають на симптоматику захворювання та є важливими в контексті з іншими об'єктивними даними для вибору лікарем тактики лікування.

Отже, за результатами всебічної характеристики складу хворих, що взяли участь у дослідженні, стало можливим виявити низку особливостей як об'єктивних, так й суб'єктивних, що можуть впливати на результати хірургічного лікування хворих на ДГПЗ. Вони пов'язані з догоспітальним періодом надання медичної допомоги зазначеній категорії, коли актуальним залишається питання раннього виявлення та своєчасного лікування хворих.

Недоліки амбулаторної допомоги проявилися в частоті ургентних госпіталізацій, що перевищують планові, та в частоті ГЗС в анамнезі, які можна сприймати як індикатор якості диспансеризації, профілактики, просвітницької діяльності, а також діагностики та лікування. Стан хворих обтяжений супутньою патологією, яка має поліорганный характер в силу їхнього віку. Має значення тривале, часто без належного медичного моніторингу консервативне лікування. У результаті склалася ситуація, що в стаціонар на хірургічне лікування хворі потрапили з чисельними несприятливими факторами. Крім зазначених вище, до таких відносять наявність залишкової сечі >150 мл більше, ніж у 34% хворих, ОПЗ ≥ 80 см^3 у 51% пацієнтів, максимальної швидкості сечовипускання нижче 10 мл/с у всіх планових хворих. На момент госпіталізації виявлена інфекція сечових шляхів: у 27,4% хворих – цистит, у 11,6% – пієлонефрит. Тобто, більшість хворих мала передумови до розвитку у них післяопераційних ускладнень. Зазначене актуалізує гостроту питання якості надання медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічному етапі, що, деякою мірою, ставить в залежність від нього кінцевого результату хірургічного лікування хворих на ДГПЗ.

На жаль, на сьогодні не знайшли практичного вирішення такі визначальні положення, як раннє виявлення захворювання та своєчасне адекватне персоналізоване лікування. Залиша-

ються незмінними вимоги до забезпечення реальною, дієвою диспансеризацією чоловіків похилого віку на основі конкордатності з лікарями загальної практики/сімейними лікарями, до широкої обізнаності населення з питань перебігу, ускладнень, можливих варіантів та результатів різновидів лікування.

ВИСНОВКИ

Достовірно більше хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози госпіталізуються ургентно ($53,0 \pm 2,5\%$ проти $47,0 \pm 2,5\%$ планово), найчастіше у зимово-осінній період ($60,0 \pm 4,1\%$, при плановій – $40,4 \pm 4,3\%$). Переважна більшість ($58,0\%$) госпіталізованих хворих, незалежно від виду госпіталізації, перебуває у віці до 70 років, більшою мірою у випадках гострої затримки сечі (до 60 років – $12,8\%$ проти $10,4\%$ при плановій).

Несвоєчасна госпіталізація зумовлена пізнім зверненням хворих до лікаря: до 10% були з уперше встановленим діагнозом, у половини на момент звернення до лікаря симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ) спостерігались 5 років, у кожного четвертого – 10 та більше років. Майже всі

Особенности госпитализированных больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в аспекте амбулаторного этапа медицинской помощи
С.П. Пасечников, Я.Н. Клименко, Абдулфатах Ахмед Моаллим, Я.Н. Мельничук

Цель исследования: анализ данных относительно современного состава больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), госпитализированных для получения хирургической помощи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 266 больных ДГПЖ, которым в 2015–2016 г. в профильном отделении Александровской клинической больницы г. Киева была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы с тем, чтобы оценить общее состояние пациентов на момент госпитализации и выявить проблемные вопросы оказания им медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Результаты. Установлено, что достоверное большинство пациентов госпитализировано ургентно ($53,0\%$), чаще в зимне-осенний период года ($60,4\%$), возраст большинства из них – до 60 лет ($12,8\%$ против $10,4\%$ при плановой). Среди всех преобладали мужчины до 70 лет, 10% приходилось на впервые выявленные случаи заболевания, у половины – на момент обращения к врачу симптомы нижних мочевых путей (СНМП) были 5 лет, у каждого четвертого – 10 и более лет. За редким исключением больные лечились консервативно, принимали α -адреноблокаторы ($2/3$ до 5 лет, $1/3$ – от 5 до 10 и больше лет). У $27,8\%$ пациентов в анамнезе были неоднократные случаи острой задержки мочи (ОЗМ), в два раза чаще среди ургентно госпитализованных.

Практически у всех течение заболевания осложнялось сопутствующей патологией (1227 нозологических единиц заболеваний разных органов и систем). Их количество увеличивается с возрастом: на одного больного 44–59 лет в среднем приходилось 3,0; 60–69 – 4,4; 70–79 – 5,2; более 80 лет – 5,6. Преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, у каждого четвертого – хронические воспалительные, метаболический синдром (сахарный диабет, ожирение).

Заключение. Подтверждена четкая зависимость между объемом предстательной железы (ОПЖ) и интравезикальной простатической протрузией (ИПП) – $r=0,33$, которая была более выраженной с максимальной скоростью мочеиспускания ($r=0,59$) и объемом остаточной мочи. Выявлено, что с увеличением ИПП увеличивается объемом остаточной мочи, уменьшается максимальная скорость мочеиспускания с одновременным ухудшением качества жизни и увеличением выраженности СНМП при отсутствии зависимости от ОПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, виды госпитализации, α -адреноблокаторы, сопутствующая патология, результаты обследования.

хворі тривалий час отримували консервативне лікування у формі монотерапії α -адреноблокаторами (дві третини з них – до 5 років і кожен третій – від 5 до 10 і більше років).

Склад госпіталізованих обтяжує наявність неодноразових випадків гострої затримки сечовипускання в анамнезі ($27,8\%$), удвічі більше яких було серед ургентних ($68,9\%$ проти $31,1\%$ планових) на тлі тривалого вживання α -адреноблокаторів ($4,8 \pm 0,4$ року проти $1,7 \pm 0,2$ року серед решти), а також кількість супутніх захворювань (у середньому – 4,6), що зростала з віком хворих: у 44–59 років – 3,0; у 60–69 – 4,4; у 70–79 – 5,2 та у понад 80 років – 5,6.

Виявлена чітка залежність між об'ємом передміхурової залози та інтравезикальною простатичною протрузією ($r=0,33$) і більш виразніша – між останньою та максимальною швидкістю сечовипускання ($r=0,59$) і об'ємом залишкової сечі. Зі збільшенням інтравезикальної простатичної протрузії збільшується об'єм залишкової сечі, зменшується максимальна швидкість сечовипускання з одночасним погіршенням якості життя та зростанням ступеня вираженості симптоматики з боку СНСШ.

Features of the composition of hospitalized patients with benign prostatic hyperplasia in the aspect of the outpatient stage of medical care

S.P. Pasiechnikov, Y.M. Klymenko, Abdulfatah Ahmed Moallim, Y.M. Melnychuk

The objective: analysis of data on the current composition of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) hospitalized for surgical care.

Materials and methods. The study involved 266 patients with BPH, who underwent transurethral resection of the prostate in the profile department of the Aleksandrovsy Clinical Hospital in 2015–2016 in order to assess the general condition of the patients at the time of hospitalization and to identify the problematic issues of providing medical care in ambulatory-polyclinic conditions.

Results. It was found out that the significant majority was hospitalized urgently ($53,0\%$), more often in the winter-autumn period of the year ($60,4\%$), the age of which differs by a large percentage of patients under 60 years ($12,8\%$ versus $10,4\%$ with a planned one). Among them, men were about 70 years old, 10% were newly diagnosed cases, half of them had symptoms of lower urinary tract (LUT) during 5 years at the time of going to the doctor. With rare exceptions, patients were treated conservatively, took α -adrenoblockers ($2/3$ to 5 years, $1/3$ – 5 to 10 and more years). In $27,8\%$ of patients, there were repeated cases of acute urinary retention (AUR), twice as often among urgently hospitalized ones.

Practically all the course of the diseases was complicated by concomitant pathology (1227 nosological units of diseases of different organs and systems). There number increases with age: one patient at 44 to 59 years old had in average 3.0; 60–69 – 4.4; 70–79 – 5.2; ≥ 80 years – 5.6. Cardiovascular diseases prevail, in every forth there is chronic inflammatory, metabolic syndrome (DM, obesity).

Conclusion. The findings confirmed a clear relationship between the volume of the prostate and intravesical prostatic protrusion (IPP) – $r=0,33$, which was more pronounced with a maximum urination rate ($r=0,59$) with the residual volume. It was revealed that with the increase of IPP the volume of residual urine decreases with a simultaneous deterioration of the quality of life and an increase in the LUT symptomatology. However, they do not depend on the volume of the prostate.

Key words: benign prostatic hyperplasia, types of hospitalization, α -adrenoblockers, accompanying pathology, results of the survey.

Сведения об авторах

Пасечников Сергей Петрович – Кафедра урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

Клименко Ярослав Николаевич – Кафедра урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

Абдулфатах Ахмед Моаллим – Кафедра урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

Мельничук Ярослав Николаевич – Кафедра урологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 01023, г. Киев, ул. Шелковичная, 39/1

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аполихин О.И., Сивков А.В., Яненко Э.К., Катибов М.И., Золотухин О.В. и др. Частота выявления острой задержки мочи как индикатора качества оказания медицинской помощи пациентам с аденомой предстательной железы // Урология. – 2016;2:43–48.
2. Братчиков О.И., Шумакова Е.А., Хмарук А.П. [и др.]. Инфекционно-воспалительные осложнения простатэктомии у больных аденомой предстательной железы // Фармакология. Клиническая фармакология. – 2011;4(99):13–21.
3. Возіанов С.О., Шуляк О.В., Гжегощкий М.Р. та ін. Передміхурова залоза та її доброякісна гіперплазія. – Львів, 2004:343.
4. Гаджиева Ж.К. Нарушения мочеиспускания: Руководство / Под ред. Ю.Г. Аляева. – М.: РЭОТАР-Медиа, 2010:307.
5. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1999:216.
6. Лоран О.Б., Вишневикий Е.Л., Вишневикий А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных гиперплазией простаты α -адреноблокаторами. – М., 1998.
7. Пасечников С.П., Возіанов С.О., Павлова Л.П. та ін. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (епідеміологія, удосконалення системи медичної допомоги) // Урологія. 2000;4:27–33.
8. Ситдыкова М.Э., Цыплаков Д.Э., Ситдыков Э.Н., Нуртдинов А.Р. Обоснование сроков медикаментозной терапии больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (клинико-морфологическое исследование) // Урология. – 2017;2:42–47.
9. Abrams P., Chapple C., Khouri S. et al. Evaluation and treatment of lower urinary symptoms in older men // J. Urol. – 2009;181:1779–1787.
10. Blanchard K., Hananel A., Rutchik S. et al. Transurethral resection of the prostate: failure patterns and surgical outcomes in patients with symptoms refractory to alpha-antagonists // South Med J. – 2000 Dec; 93(12): 1192–6.
11. Chapple C. et al. Systematic review of therapy of men with overactive bladder // Can. Urol. Assoc. J. – 2011; 5(2):143–145.
12. Chapple C. et al. Systematic review of therapy of men with overactive bladder // Can. Urol. Assoc. J. – 2011; 5 (Suppl. 2):143–145.
13. Flanigan RC, Reda DJ, Wasson JH. et al. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study // J Urol. – 1998 Jul; 160(1): 12-6; discussion 16-7.
14. Kim TH et al. Comparison of the efficacy and safety of tolterodine 2 mg and 4 mg combined with an alpha-blocker in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder: a randomized controlled trial // BJU Int. – 2016;117:307.
15. Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS) – update march 2017 <http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/>
16. Mangera A, Ch.Chapple. Научно обоснованное обновление рекомендаций по обследованию и лечению мужчин с симптомами нижних мочевыводящих путей // Урология. –2015;2:94–101.
17. Soga N, Sugimura Y. Analysis of changes in lower urinary tract symptoms with aging // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. – 2004:766–72. (Japanese).
18. Wang W, Bergh A, Damber JE. Chronic inflammation in benign prostate hyperplasia is associated with focal upregulation of cyclooxygenase-2, Bcl-2, and cell proliferation in the glandular epithelium // Prostate. 2004.61(1):60–72.
19. Yu-Hsiang Lin, Chen-Pang Hou, Tien-Hsing Chen et al. Transurethral resection of the prostate provides more favorable clinical outcomes compared with conservative medical treatment in patients with urinary retention caused by benign prostatic obstruction. BMC Geriatr. 2018; 18: 15. Published online 2018 Jan 16. doi: 10.1186/s12877-018-0709-3.

Статья поступила в редакцию 27.04.2018