

Комбинированные методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы

А.А. Люлько¹, А.О. Бурназ¹, И.Н. Никитюк¹, А.С. Сагань¹, В.А. Депутат²

¹Запорожская медицинская академия последипломного образования

²Запорожская областная клиническая больница

В статье описано современное состояние актуальности, диагностики, лечения клинических проявлений симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Установлено, что трансректальное микроволновое воздействие в комбинированной терапии у пациентов с ДГПЖ позволяет достичь устойчивых результатов. Данное лечение дает положительный клинический эффект и стойкий результат лечения ДГПЖ в ее начальной стадии.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический простатит, комбинированная терапия, трансректальная микроволновая термотерапия, α -адреноблокаторы.

Актуальность проблемы доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) обусловлена распространенностью заболевания в связи с возрастными изменениями у мужчин [9]. В настоящее время ДГПЖ является одной из самых частых патологий, встречающихся в урологической практике. Как правило, в 60-летнем возрасте у 60% мужчин уже диагностирована ДГПЖ, а в 80-летнем возрасте – у 90% [11, 14]. Зачастую этиопатогенетические факторы ДГПЖ определяют и хронический простатит (ХП) [13, 14]. Основной целью воздействия и восстановления предстательной железы (ПЖ) с улучшением качества мочеиспускания является уменьшение объема ПЖ и степени вызываемой инфравезикальной обструкции. Симптомы проявления ДГПЖ различные, зачастую не связанные с возрастом больных и размерами ПЖ. Иногда объем ПЖ – 10–30 см³, а проявления заболевания настолько яркие, что просто изнуряют больного, заставляют его обратиться к врачу и настаивать на самых радикальных методах воздействия, вплоть до хирургического лечения. В то же время, при профилактических осмотрах у больного обнаруживается объем ПЖ до 80–100 см³, а никаких клинических проявлений заболеваний не наблюдается [5–8].

Основными методами лечения ДГПЖ на сегодняшний день являются оперативный и консервативный. К оперативным методам относятся: трансуретральная резекция (ТУР), аденомэктомия, цистостомия [1]. К консервативным методам – современные α -адреноблокаторы, ингибиторы 5 α -редуктазы, антибактериальные препараты в комбинации с трансректальной микроволновой терапией (ТРМТ) [2–4, 10–12].

Дизайн исследования: на кафедре урологии Запорожской медицинской академии последипломного образования, находящейся на базе урологического отделения Запорожской областной клинической больницы с 1997 г. проведено 39 854 сеанса 3760 пациентам с доброкачественными заболеваниями ПЖ и мочевого пузыря на аппарате АЛМПП-01 Харьковского НИИ новых технологий с методикой непрямого измерения внутрипростатической температуры и принципа обратной связи пациент–аппарат.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группу исследования составили 3543 пациента в возрасте от 20 до 86 лет (средний возраст 53 года). Из них 167 пациентов с хроническим циститом, 1912 – с острым и ХП и 1464 пациента – с ДГПЖ. Из числа пациентов с ДГПЖ объем ПЖ составлял в среднем 35–47 см³, при ТРУЗИ определялась симметричность доли, экзогенность паренхимы, однородность структуры. При урофлоуметрии: Q_{\max} 12–13 мл/с, IPSS 18–22. Повышение уровня простатического специфического антигена (ПСА) являлось противопоказанием к данному методу лечения. Пациенты получали комплексное стандартное лечение: α -адреноблокаторы, антибиотики (группа фторхинолонов, цефалоспоринов, макролидов, ангиопротекторов), поливитамины с микроэлементами, иммунотерапия, нитрофураны, ферментотерапия. Каждому пациенту было проведено 10 сеансов ТРМТ. Интервалы между сеансами подбирали индивидуально. Обследование и мониторинг осуществлялся до и после ТРМТ, через 3–6–12 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Через 10 сеансов у 78% пациентов отмечали субъективное и объективное улучшение мочеиспускания: Q_{\max} ~ 18–20 мл/с, количество остаточной мочи было в среднем 24–32 мл, средний бал IPSS составлял 24–26. Медикаментозную терапию с коррекцией проводили в течение года, пациенты находились под динамическим наблюдением.

Были отмечены следующие результаты: положительный эффект отмечали практически у всех пациентов через 3–6–12 мес (уменьшение дизурических явлений и улучшение мочеиспускания – у 84% пациентов, уменьшение объема простаты – у 63%, количество остаточной мочи – у 87%, увеличение показателей IPSS QL). В период динамического наблюдения пациентам рекомендовали консервативную терапию, направленную на остановку объема ПЖ (препараты группы финастерида), при появлении дизурии назначали α -адреноблокаторы.

ВЫВОДЫ

Трансректальное микроволновое воздействие в комбинированной терапии у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) позволяет добиться стойких результатов, так как обеспечивает не только восстановление физиологического дренажа железистого аппарата предстательной железы и добавочных половых желез, но и стимулирует выделение секреторными клетками простагландинов, оказывает тонизирующее действие на трофику и микроциркуляцию малого таза.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало положительный клинический эффект лечения ДГПЖ в начальной стадии. Полученные данные позволяют считать описанную выше комбинированную терапию одним из наиболее эффективных методов лечения у пациентов с ДГПЖ.

Комбіновані методи лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози**О.О. Люлько, О.О. Бурназ, І.М. Нікітюк, О.С. Сагань, В.А. Депутат**

У статті описаний сучасний стан актуальності, діагностики, лікування клінічних проявів симптомів доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). Встановлено, що трансректальний мікрохвильовий вплив в комбінованій терапії у пацієнтів з ДГПЗ дозволяє досягти стійких результатів. Дане лікування дає позитивний клінічний ефект і стійкий результат лікування ДГПЗ в її початковій стадії.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний простатит, комбінована терапія, трансректальна мікрохвильова термотерапія, α -адреноблокатори.

Combined treatment of benign prostatic hyperplasia**O. Lyulko, O. Burnaz, I. Nikityuk, O. Sagan, V. Deputat**

The article described the modern state of relevance, diagnostics, treatment, clinical symptoms of benign prostatic hyperplasia (BPH). Established that the transrectal microwave effect in combination therapy in patients with BPH achieves lasting results. This treatment has a positive clinical effect and lasting result of treatment of BPH in its initial stage.

Key words: benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis, combined therapy, transrectal microwave thermotherapy, α -blockers.

Сведения об авторах

Люлько Алексей Алексеевич – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69000, г. Запорожье, бульв. Винтера, 20

Бурназ Александр Олегович – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69000, г. Запорожье, бульв. Винтера, 20

Никитюк Игорь Николаевич – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69000, г. Запорожье, бульв. Винтера, 20

Сагань Алексей Степанович – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69000, г. Запорожье, бульв. Винтера, 20

Депутат Валерий Анатольевич – Запорожская областная клиническая больница, 69000, г. Запорожье, Ореховское шоссе, 10

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аполихин О.И. Применение методов гипертермии, термотерапии, термоабляции в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 32 с.
2. Варенцов Г.И. Объективизация контроля за консервативным лечением больных с аденомой предстательной железы // Аденома предстательной железы. Сборник научных трудов. – М., 1987. – С. 104.
3. Вешкурцев В.В., Воронов А.К., Ляйт Э.Х. и соавт. Тепловая энергия в лечении доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП): Тез. докл. IX Всероссийский съезд урологов,

Курск–М., 1997. – С. 213.

4. Горилловский Л.М., Доброхотов М.А., Модорский М.И. Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) термотерапией: Тез. докл. IX Всероссийский съезд урологов, Курск–М., 1997. – С. 217.

5. Горилловский Л.М. // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 1997. – С. 10–18.

6. Кривобородов Г.Г., Коблов Н.Л., Маленко В.П. и соавт. Отдаленные результаты локальной трансректальной гипертермии у больных с доброкачественной гиперплазией простаты

и ее осложнения // Урол. и нефрол. 1995. – № 6. – С. 47–48.

7. Кривобородов Г.Г., Локальная трансректальная гипертермия в лечении аденомы предстательной железы и ее осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1994. – С. 28 с.
8. Резник М.И., Шеффер Э.Дж. Урология: пер. с англ. – М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 2002. – 264 с.

9. Харчилава Р.П. Оценка информативности современных методов исследования больных гиперплазией простаты при планировании и осуществлении трансуретральной резекции. – М., 2005.

10. Энциклопедия лекарств /Под ред.

Г.Л. Вышковского. – Вып. 10. – М.: ООО «РЛС-2003», 2003.

11. Montorsi F., Moncada I. Safety and tolerability of treatment for BPH // Eur. Urol. Suppl. – 2006. – 5. – P. 1005.

12. Hellstrom W., Smith W., Sikka C. Effects of alpha-blockers on ejaculatory function in normal subjects // Program and abstracts of the American Urological Association Annual Meeting. May 21–26. 2005. San Antonio, Texas. Abstract. – P. 874.

13. Marks L.S. Preventing BPH Disease in asymptomatic Men at risk of progression. UAU. April/May 2006.

14. Wein A. J. et al. Campbell-Walsh Urology // Saunders, 9th ed., 2006.

Статья поступила в редакцию 01.04.2016