



ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СНИЖЕНИЯ СОКРАТИМОСТИ ДЕТРУЗОРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Р. Э. Амдий, Т. Г. Гиоргобиани

Кафедра урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И. П. Павлова

☉ *Снижение сократительной способности детрузора может быть причиной расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). При этом отсутствует единая точка зрения на клиническое значение определения сократимости детрузора при обследовании больных ДГПЖ. В обзоре рассматриваются результаты исследований, посвященных значению определения сократимости детрузора у больных ДГПЖ. Отмечено, что необходимы дальнейшие исследования для оценки значения нарушения сократимости детрузора при определении показаний к оперативному лечению ДГПЖ и предотвращению его неудовлетворительных результатов.*

☉ **Ключевые слова:** снижение сократительной способности детрузора; ДГПЖ; оперативное лечение ДГПЖ.

Оперативное удаление аденоматозных узлов остается высокоэффективным методом лечения больных ДГПЖ. В Рекомендациях Европейской ассоциации урологов указывается, что наиболее распространенной причиной операции по поводу ДГПЖ является беспокоящие пациента симптомы нижних мочевых путей, не поддающиеся медикаментозному лечению. Осложнения ДГПЖ являются абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству. К ним относятся не поддающаяся консервативному лечению задержка мочеиспускания, рецидивирующие инфекционно-воспалительные заболевания органов мочевой системы, повторяющиеся эпизоды гематурии, почечная недостаточность, связанная с нарушением оттока мочи из мочевого пузыря, камни мочевого пузыря [11, 13].

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения больных ДГПЖ показывает его высокую эффективность в устранении инфравезикальной обструкции (ИВО) путем удаления увеличенной части предстательной железы [1, 3, 4, 9, 11, 14, 16].

По мнению R. van Mastrigt и A. J. Rollema (1992), сократимость детрузора является важным фактором прогноза эффективности мочеиспускания после трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП). Авторы выявили достоверную связь между сократимостью детрузора до операции, количественно выражаемую таким показателем, как фактор силы детрузора (ФСД),

и объемом остаточной мочи после ТУРП. У пациентов со сниженным значением ФСД количество остаточной мочи после оперативного вмешательства было большим. Авторы предположили, что если до ТУРП наличие повышенного объема остаточной мочи является следствием как ИВО, так и сниженной сократительной способности детрузора, то после успешно выполненной ТУРП количество остаточной мочи зависит только от сократительной способности детрузора [18].

Результаты ТУРП были намного хуже у больных ДГПЖ без ИВО или с сомнительной ИВО в сочетании с гиперактивностью детрузора. После оперативного лечения гиперактивность детрузора сохранялась у 60% пациентов без ИВО или с сомнительной ИВО, тогда как у больных с доказанной ИВО — только у 27% [10]. Сходные результаты были получены исследователями, изучавшими эффективность лазерной фотоселективной вапоризации простаты [12]. После проведения этой процедуры симптоматика по шкале IPSS и объем остаточной мочи оказались выше, а объемная скорость мочеиспускания — ниже у больных ДГПЖ с нарушенной сократимостью детрузора до операции по сравнению с пациентами с изначально нормальной сократимостью. При этом 37,5% больным ДГПЖ с нарушенной сократимостью детрузора в течение года потребовалось повторное оперативное лечение [12].

А. W. Thomas и соавт. (2004) провели ретроспективный анализ результатов микционной цистометрии 2066 пациентов. У 224 (10,8%) пациентов была диагностирована сниженная сократимость детрузора — по результатам микционной цистометрии детрузорное давление при максимальном потоке мочи и максимальная скорость мочеиспускания были соответственно менее 40 см вод. ст. и менее 15 мл/с. У 22 пациентов со сниженной сократимостью детрузора после ТУРП не наблюдали улучшения симптоматики, показателей урофлоуметрии, снижения количества остаточной мочи. При уродинамическом обследовании у этих больных было выявлено снижение уретрального сопротивления, что связано с устранением инфравезикальной обструкции во время ТУРП. При этом у данных пациентов показатели сократимости детрузора не изменились. У пациентов со сниженной сократимостью детрузора, получавших консервативное лечение, не было обнаружено различий в симптоматике по сравнению с пациентами со сниженной сократимостью детрузора после ТУРП, а количество остаточной мочи и показатели сократимости детрузора при консервативном лечении были даже лучше. На основании анализа этих данных А. W. Thomas и соавт. (2004) сделали вывод о нецелесообразности выполнения ТУРП больным со сниженной сократимостью детрузора [17].

Существует, однако, и другая точка зрения. Согласно ей, ТУРП показана пациентам с сниженной сократимостью детрузора, поскольку при этом снижается уретральное сопротивление и улучшается мочеиспускание [15]. Положительный эффект ТУРП наблюдается и при сниженной сократимости детрузора, однако он не такой выраженный, как при наличии ИВО. Улучшение симптоматики после ТУРП у больных с нарушением сократимости детрузора без ИВО связывают с удалением ишемизированной и некротической ткани простаты, части гладких мышц сфинктерного аппарата мочевого пузыря и уменьшением количества автономных нервных окончаний шейки мочевого пузыря [14].

Острая задержка мочеиспускания является одним из наиболее распространенных и серьезных осложнений ДГПЖ и может ухудшать результаты оперативного лечения. После выполнения ТУРП больным ДГПЖ с острой задержкой мочеиспускания самостоятельное мочеиспускание не восстанавливается у 10–15% пациентов [7]. В таких случаях больным рекомендуют самокатетеризацию или устанавливают постоянный надлобковый катетер. В отечественной и зарубежной литературе нам удалось найти только три работы, посвященные причинам отсутствия самостоятельного мо-

чеиспускания после оперативного лечения больных ДГПЖ [1, 6, 7]. Для оценки прогностических факторов успешности оперативного лечения В. Djavan и соавт. (1997), D. Dubey и соавт. (2001) удаляли постоянный мочепузырный катетер, установленный по поводу острой задержки мочеиспускания, и выполняли исследование «давление–поток» [6, 7]. Факторами риска развития острой задержки мочеиспускания после ТУРП, по мнению исследователей, являются возраст старше 80 лет, объем мочевого пузыря в момент острой задержки мочеиспускания более 1500 мл, отсутствие произвольных сокращений детрузора и детрузорное давление при максимальном потоке мочи менее 28 см вод. ст. [6, 7].

По другой методике при острой задержке мочеиспускания измеряли детрузорное давление при максимальном потоке мочи и максимальный поток при мочеиспускании через трехходовой катетер Фолея или надлобковый дренаж. На основании этих данных определяли наличие и степень ИВО и индекс сократимости детрузора [2]. В клинической практике при острой задержке мочеиспускания для дренирования мочевого пузыря достаточно редко используют трехходовой катетер Фолея. Поэтому для проведения исследования с целью определения сократимости детрузора по этой методике необходимо удалять двухходовой и устанавливать трехходовой катетер Фолея. Также не определена методика определения сократимости при отсутствии мочеиспускания. В таких случаях оценить степень ИВО и сократимость детрузора не представляется возможным.

Таким образом, взгляды исследователей на прогностическое значение определения сократимости детрузора при оперативном лечении ДГПЖ достаточно противоречивы. В настоящее время урологи имеют возможность предложить каждому конкретному больному метод лечения с учетом имеющихся нарушений функции нижних мочевых путей. Ответственность уролога при этом особенно возрастает, поскольку у 45–66% больных ДГПЖ даже без лечения в течение весьма длительного периода симптомы болезни и степень ИВО не нарастают, а у 10–12% из них даже наблюдается спонтанное уменьшение дизурических жалоб [1, 8, 5, 17]. В этих условиях особенно важно с максимальной достоверностью оценить степень ИВО и сократимость детрузора у больных ДГПЖ. Между тем до сих пор отсутствует единая точка зрения на значение определения сократимости детрузора при обследовании больных ДГПЖ. Поэтому необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы объективно оценить их место в определении не только лечебной тактики, но и причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аль-Шукри С.Х., Бекр Х.А., Ткачук В.Н. Особенности клинического течения и лечение инфравезикальной обструкции у больных с гиперплазированной средней долей предстательной железы // Нефрология. 2006. Т. 10, № 2. С. 96–100.
2. Арустамов Д.Л., Акилов Ф.А., Рахимов Н.М., Ходжиметов Т.А. Модификация исследования давление–поток для оценки контратильности детрузора при отсутствии мочеиспускания // Урология. 2004. № 2. С. 40–44.
3. Винаров А.З., Асламазов Э.Г. Гиперплазия предстательной железы. Современное лечение // Материалы X Российского съезда урологов. М., 2002. С. 33–42.
4. Камалов А.А., Гуцин Б.Л., Дорофеев С.Д. и др. Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. // Урология. 2004. № 1. С. 30–34.
5. Al-Hayek S., Thomas A., Abrams P. Natural history of detrusor contractility — minimum ten-year urodynamic follow-up in men with bladder outlet obstruction and those with detrusor // Scand. J. Urol. Nephrol. 2004. Vol. 215(Suppl). P. 101–108.
6. Djavan B., Madersbacher S., Klinger C., Marberger M. Urodynamic assessment of patients with acute urinary retention: is the treatment failure after prostatectomy predictable? // J. Urol. 1997. Vol. 158, N 5. P. 1829–1833.
7. Dubey D., Kumar A., Kapoor R. et al. Acute urinary retention: defining the need and timing for pressure-flow studies // BJU Int. 2001. Vol. 88, N 3. P. 178–182.
8. Knutson T., Schafer W., Fall M. et al. Can urodynamic assessment of outflow obstruction predict outcome from watchful waiting? A four-year follow-up study // Scand. J. Urol. Nephrol. 2001. Vol. 35, N 6. P. 463–469.
9. Lepor H. Advances in the medical treatment of benign prostatic hyperplasia // Rev. Urol. 2009. Vol. 11, N 4. P. 181–184.
10. Machino R., Kakiizaki H., Ameda K. et al. Detrusor instability with equivocal obstruction: a predictor of unfavorable symptomatic outcomes after transurethral prostatectomy // Neurourol. Urodyn. 2002. Vol. 21, N 5. P. 444–449.
11. Madersbacher S., Alivizatos G., Nordling J. et al. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines) // Eur. Urol. 2004. Vol. 46, N 5. P. 547–554.
12. Monoski M.A., Gonzalez R.R., Sandhu J.S. et al. Urodynamic predictors of outcomes with photoselective laser vaporization prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia and preoperative retention // Urology. 2006. Vol. 68, N 2. P. 312–317.
13. Oelke M., Bachmann A., Descazeaud A. et al. Guidelines on Management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2012. URL: http://www.uroweb.org/gls/pdf/12_Male_LUTS_LR%20May%209th%202012.pdf (дата обращения: 20.05.2012).
14. Porru D., Jallous H., Cavalli V. et al. Prognostic value of a combination of IPSS, flow rate and residual urine volume compared to pressure-flow studies in the preoperative evaluation of symptomatic BPH // Eur. Urol. 2002. Vol. 41, N 3. P. 246–249.
15. Rischmann P. Urodynamics prior to prostatectomy // Eur. Urol. 2004. Vol. 45, N 5. P. 561–563.
16. Rodrigues P., Lucon A.M., Campos Freire G., Arap S. Urodynamic pressure flow studies can predict the clinical outcome after transurethral prostatic resection // J. Urol. 2001. Vol. 165, N 2. P. 499–502.
17. Thomas A.W., Cannon A., Bartlett E. et al. The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: the influence of detrusor underactivity on the outcome after transurethral resection of the prostate with a minimum 10-year urodynamic follow-up // BJU Int. 2004. Vol. 93, N 6. P. 745–750.
18. Van Mastrigt R., Rollema H.J. The prognostic value of bladder contractility in transurethral resection of the prostate // J. Urol. 1992. Vol. 148, N 6. P. 1856–1860.

THE PROGNOSTIC VALUE OF IMPAIRED DETRUSOR CONTRACTILITY AT THE OPERATIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Amdiy R. E., Giorgobiani T. G.

✧ **Summary.** Impaired detrusor contractility may be the cause of disorders of urination in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Meanwhile, there is still no single point of view on the clinical value of determination of the detrusor contractility at the examination of BPH patients. The review discusses the results of the research devoted to determine the prognostic value impaired detrusor contractility for determining the indications for the surgical BPH treatment and prevention of its poor results.

✧ **Key words:** impaired detrusor contractility; BPH; surgical treatment of BPH.

Сведения об авторах:

Амдий Рефат Эльдарович — д. м. н., доцент кафедры урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17.
E-mail: R.E.Amdiy@mail.ru.

Гиоргобиани Тимур Георгиевич — врач-уролог клиники урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17.

Amdiy Refat Eldarovich — doctor of medical science, associate professor. Department of Urology. St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia. E-mail: R.E.Amdiy@mail.ru.

Giorgobiani Timur Georgievich — urologist. Department of Urology. St.-Petersburg State I. P. Pavlov Medical University. Lev Tolstoy St., 17, Saint-Petersburg, 197022, Russia.