

ВЛИЯНИЕ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА УРОДИНАМИКУ ПРИ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

А. Геворкян, кандидат медицинских наук,

А. Авакян, М. Павлюк,

М. Ишмуратов, И. Пинчук

Городская поликлиника №195, филиал №2 Департамента
здравоохранения Москвы

E-mail: ashot_gevorkyan@mail.ru

В результате изучения влияния трансректальной пункционной мультифокальной биопсии предстательной железы (ПЖ) на уродинамические показатели с учетом выраженности инфравезикальной обструкции выявлен высокий риск осложнений при объеме ПЖ > 60 см³.

Ключевые слова: урофлоуметрия, уродинамика, максимальная скорость мочеиспускания, простатоспецифический антиген, биопсия предстательной железы, рак предстательной железы.

Рак предстательной железы (РПЖ) — злокачественное новообразование, возникающее из эпителия альвеолярно-клеточных элементов железы. Как известно, РПЖ — наиболее часто встречающееся онкологическое заболевание у мужчин [1], которое служит причиной почти 10% летальных исходов у больных раком и одной из главных причин смерти пожилых мужчин.

Основной метод диагностики РПЖ — пункционная мультифокальная биопсия предстательной железы (ПЖ) под УЗ-контролем. Биопсия позволяет провести гистологическую верификацию диагноза и при выявлении онкологической патологии оценить морфологически распространенность опухоли, характер роста и степень дифференцировки. Полученная информация помогает в стадировании заболевания и выборе метода лечения. Немаловажное достоинство данного метода — хорошая переносимость исследования, а соответственно, его доступность и возможность выполнения в амбулаторных условиях.

Однако известно, что у большинства больных в ходе биопсии ПЖ выявляется ее доброкачественная гиперплазия с соответствующим симптомокомплексом, присущим данному заболеванию, в том числе признаками инфравезикальной обструкции. Для оценки степени выраженности последней используется урофлоуметрия — метод интегративной комплексной оценки активности мочевого пузыря и его выходного отдела в фазе опорожнения, который основан на прямой регистрации изменений объемной скорости потока мочи во время мочеиспускания. Преимуществами урофлоуметрии являются ее общедоступность, физиологичность и неинвазивность.

Целью данного исследования было определить степень влияния трансректальной пункционной мультифокальной биопсии (ТПМБ) ПЖ под УЗ-контролем на степень инфра-

Уродинамические показатели до и после биопсии ПЖ

Показатель	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до биопсии	спустя 21 сут	до биопсии	спустя 21 сут	до биопсии	спустя 21 сут
Q_{\max} , мл/с	14,98	14,78	14,38	14,19	13,2	12,00
Q_{mid} , мл/с	10,20	10,10	10,00	9,90	80	6,90
T, с	24,80	25,03	25,60	25,80	32,1	36,19
$V_{\text{ост}}$, см ³	28,30	29,27	29,80	30,80	390	59,00

везикальной обструкции. В исследование, проводившееся в марте–августе 2014 г., были включены 83 пациента урологического отделения поликлиники №195 (филиал №2, Москва) в возрасте от 40 до 70 лет с повышенным уровнем простатоспецифического антигена сыворотки крови >4 нг/мл, объемом ($V_{\text{пр}}$) ПЖ от 20 до 90 см³ и объемом остаточной мочи ≤50 см³. Урофлоуметрию выполняли при первичном обращении и через 21 день после ТПМБ ПЖ под УЗ-контролем. С учетом объема ПЖ были выделены 3 группы больных: в 1-й (n=28; средний возраст – 52,4 года) он составлял 20–40 см³, во 2-й (n=25; средний возраст – 53,6 года) – от 41 до 60 см³; в 3-й (n=30; средний возраст – 58,0 года) – от 61 до 90 см³.

При первоначальном осмотре собирали анамнез, выполняли физикальное, а также пальцевое ректальное обследование, проводили общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, трансректальное УЗ-исследование ПЖ, УЗ-исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи. За 1 сут и в день выполнения биопсии больным делали очистительную клизму. С целью предупреждения возможных инфекционных осложнений за 1 сут до биопсии больные принимали препараты левофлоксацина (500 мг однократно). Ни до, ни после манипуляции больные не получали препараты α-адреноблокаторов.

Биопсию ПЖ выполняли с использованием УЗ-сканера LOGIQ P6, пистолета для проведения биопсии ПЖ ProMag, биопсийных игл Bloodline размером 18/25 и иглы автоматической для биопсии HTR 18/25 из 12 точек. В качестве анестетика и антисептика местного действия использовали препарат, содержащий лидокаина гидрохлорид + хлоргексидина дигидрохлорид, который вводили в прямую кишку больного за 5 мин до выполнения биопсии ПЖ. Урофлоуметрию осуществляли с использованием аппарата Угосар III непосредственно перед биопсией и повторно – через 21 день.

В ходе исследования из наблюдения был исключен 1 пациент 3-й группы в связи с развитием осложнения в виде острого простатита.

У обследованных 3 групп определяли: усредненные показатели максимальной объемной скорости потока мочи (Q_{\max}) и средней объемной его скорости (Q_{mid}), а также среднее время мочеиспускания (T) и усредненный объем остаточной мочи ($V_{\text{ост}}$). Результаты, полученные до биопсии ПЖ и через 3 нед после нее, представлены в таблице.

Выявлено, что у пациентов 1-й группы показатель Q_{\max} уменьшился на 1,34%, 2-й – на 1,32%, 3-й – на 9,09%. Показатель Q_{mid} через 21 день уменьшился соответственно на 0,98; 1,0 и 13,75%. Среднее время мочеиспускания (T) у пациентов 1-й группы увеличилось на 0,93%, 2-й – на 0,78% и 3-й – на 12,74%, а $V_{\text{ост}}$ после мочеиспускания повысился

соответственно на 3,43; 3,36 и 51,28%. Сравнение полученных в 3 группах данных продемонстрировало, что показатели Q_{\max} , Q_{mid} и T, а также $V_{\text{ост}}$ до и через 21 день после ТПМБ ПЖ существенно не различались у больных 1-й и 2-й групп (с объемом ПЖ до 60 см³), однако в 3-й группе (объем ПЖ >60 см³) отмечено более значительное изменение изученных показателей под влиянием биопсии ПЖ.

Таким образом, развитие осложнений, связанных с инфравезикальной обструкцией, после выполнения ТПМБ ПЖ под УЗ-контролем выше у пациентов с объемом ПЖ >60 см³.

Рекомендуемая литература

1. <http://www.uroman.ru/prostate-cancer/index.html>
2. https://ru.wikipedia.org/wiki/Пах_предстательной_железы
3. Данилов В.В., Данилова Т.И. Амбулаторный неинвазивный мониторинг / Владивосток, 2001; с. 17.
4. Вишневский Е.Л., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б. и др. Урофлоуметрия / М., 2004; с. 10
5. Пушкарь Д.Ю., Говоров А.В. Биопсия предстательной железы: рук-во / М., 2010; с.6
6. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. и др. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. – 2008; 3: 3–9.
7. Crawford E. Epidemiology of prostate cancer // Urology. – 2003; 62 (Suppl. 6A): 3–12.
8. Brawley O. Prostate cancer screening: clinical applications and challenges // Urol. Oncol. – 2004; 22: 353–7.
9. Jemal A., Murray T., Ward E. et al. Cancer Statistics, 2005 // CA Cancer J. Clin. – 2005; 55: 10–30.
10. Thompson I., Thrasher J., Aus G. and Prostate Cancer Clinical Guideline Update Panel. Guideline for the Management of Clinically Localized Prostate Cancer: 2007 Update // J. Urol. – 2007; 177: 2106–31.

IMPACT OF PROSTATE BIOPSY ON URODYNAMICS IN INFRAVESICAL OBSTRUCTION

A. Gevorkyan, Candidate of Medical Sciences; **A. Avakyan**; **M. Pavlyuk**; **M. Ishmuratov**; **I. Pinchuk**

City Polyclinic One Hundred and Ninety-Five, Branch Two, Moscow Healthcare Department

The investigation of the impact of transrectal multifocal prostate puncture biopsy on urodynamic parameters with regard to the degree of infravesical obstruction revealed a high risk of complications with a prostate volume of >60 cm³.

Key words: uroflowmetry, urodynamics, peak emptying rate, prostate-specific antigen, prostate biopsy, prostate cancer.