

УДК 616.65-007.61:612.013.7

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**В.Я. Латышева, В.В. Аничкин, Е.В. Карпович, Аль-Кабаб Тауфик Ахмед Мохаммед**
Гомельский государственный медицинский университет

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой наиболее широко распространенное заболевание мужской популяции, которое встречается в пожилом и старческом возрасте. При этом нарушается как мочеиспускание, так и копулятивная функция, что отрицательно влияет на здоровье больного и его качество жизни. Существующие методы оперативного лечения являются часто противопоказанными в связи со значительной соматической патологией, а лекарственные препараты требуют постоянного приема и не всегда доступны лицам пенсионного возраста, что служит основанием к разработке и внедрению новых методов лечения.

В работе представлена сравнительная оценка качества жизни больных после проведения нетравматического метода радиочастотной трансуретральной гипертермии и хирургического лечения ДГПЖ.

Ключевые слова: ДГПЖ, радиочастотная трансуретральная гипертермия, оперативное лечение, качество жизни.

LIFE QUALITY ASSESSMENT IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA**V.Ya. Latysheva, V.V. Anichkin, E.V. Karpovich, Taufik Ahmed Al-Kabab Mohammed**
Gomel State Medical University

Benign prostate hyperplasia is a most general men's disease which appear in old and elderly age. It results in both urination and copulative function disorders which negatively influences the patient's health and his life quality. The methods of operative treatment available are often contradicted due to significant somatic pathology, and drugs are not always accessible for old people as most of the medication should be taken for a long time which demands the development and introduction of new methods of treatment.

The present article describes a comparative assessment of life quality in patients after small-traumatic method of radio-frequency transurethral hyperthermia and surgical treatment of the benign prostate hyperplasia.

Key words: benign prostate hyperplasia, radio-frequency transurethral hyperthermia, operative treatment, life quality.

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одной из наиболее частых патологий мужчин среднего, пожилого и старческого возраста. Заболевание настолько часто распространено среди пожилых лиц, что можно говорить о его неизбежности с возрастом [1, 2, 9].

Проблема выбора рациональной тактики лечения больных с ДГПЖ обусловлена широким распространением заболевания, поражением лиц среднего, наиболее трудоспособного возраста, протекающего с увеличением частоты встречаемости в мужской популяции старше 60 лет, часто на фоне ряда сопутствующих заболеваний [3].

Согласно современным требованиям, программы лечения ДГПЖ должны включать следующие положения:

- уменьшение степени инфравезикальной обструкции;
- купирование симптомов нарушенного мочеиспускания;
- снижение объема остаточной мочи;
- уменьшение риска развития острой задержки мочи;
- предупреждение почечной недостаточности;
- улучшение качества жизни больных.

Несмотря на приоритет хирургического лечения ДГПЖ (аденомэктомии и трансуретральной резекции — ТУР), в настоящее

время широко применяются как фармакологические препараты, так и различные физические факторы, включая термотерапию и гипертермию [5, 6, 7, 16].

Вместе с тем частые осложнения после оперативного лечения, значительное число противопоказаний в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями, ограничения длительного приема лекарственных препаратов, недостаточная эффективность лечения, отсутствие четких программ реабилитации мочеполювых и копулятивных нарушений у мужчин при ДГПЖ требуют дальнейших исследований и внедрения в практическое здравоохранение новых методов лечения. При этом важным является не только нормализация функции мочеиспускания, но и реабилитация сексуального здоровья мужчины, что будет способствовать улучшению его социального статуса в семье, обществе и повышению качества жизни.

Зарубежные и отечественные исследователи в настоящее время все чаще связывают здоровье и качество жизни, которое объединяет значительное число различных факторов, психоэмоциональный и социальный статус больного человека [10, 12].

Согласно Всеобщей декларации прав человека о признании достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, о праве каждого на «такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, которые необходимы для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи», оценка качества жизни больных с ДГПЖ имеет важное значение.

Качество жизни пожилого человека — это интегральный показатель, отражающий не только выраженность симптомов заболеваний, но и функциональное, и психологическое состояние пациента, его социальную активность, ощущение собственного здоровья, физического, психического благополучия и удовлетворенность всеми сторонами жизни, способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах [12].

В настоящее время качество жизни является важным и в ряде случаев основным критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. Оно обусловлено в определенной степени результатами

терапии и имеет значение для прогноза заболевания и трудоспособности [8].

Число исследований, посвященных оценке качества жизни больных с ДГПЖ весьма ограничено [4]. Вместе с тем у большинства пациентов ухудшается этот важный показатель здоровья в связи с развитием двух основных дезадаптирующих синдромов: нарушением мочеиспускания и ухудшением сексуального здоровья. При этом ограничивается общественная активность, трудовая деятельность, сужается круг межличностных контактов в коллективе, нарушается гармония в семье.

Все вышеуказанное определяет актуальность, научно-практическую и социально-экономическую значимость проблемы и требует разработки и внедрения новых подходов лечения этого широко распространенного среди мужской популяции заболевания.

Цель работы — сравнительная оценка качества жизни больных с ДГПЖ после радиочастотной трансуретральной гипертермии и оперативного лечения.

Материал и методы

Основным инструментом оценки качества жизни явилась методика определения состояния больных, изложенная в «Методических рекомендациях оценки качества жизни больных» (New assessment and information form to Measure Quality of life — NAIF), рекомендованная Министерством здравоохранения для использования на территории Республики Беларусь [8] и модифицированная нами для лечения больных с ДГПЖ. Информацию для его заполнения получали методом почтового анкетирования и личного обследования больных. Разработанный инструмент представляет специально стандартизированный опросник, который содержит 6 разделов, 24 вопроса и позволяет получить объективные и субъективные сведения о разных сферах жизни респондента.

Оценка качества жизни проводилась по следующим категориям жизнедеятельности человека: способность к труду, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, экономическое состояние, работоспособность, а также вычислялся интегральный показатель качества жизни.

У человека с сохранением функций, удовлетворенного всеми сторонами жизни (экономическим, эмоциональным, социальным статусом и полноценной сексуальной функцией), показатели качества жизни прибли-

жаются к 100%, при незначительном снижении интегрального показателя его значение составляет 75% и выше, умеренном — до 50%, значительном снижении — до 25% и резко выраженном снижении — менее 25%. Эти показатели использовали также для оценки эффективности оперативного и консервативного лечения.

При сопоставлении данных анкетирования, полученных по почте, с результатами личного опроса и обследования установлена достоверная воспроизводимость метода.

Статистическая обработка экспериментальных данных проводилась на ПЭВМ. Для вычисления описательных характеристик, значений статистических критериев, уровней значимости, получения графических представлений использованы программные комплексы и «STATISTICA» 6.0, производства компании «StatSoft. Inc». Результаты исследований представлены в виде таблиц, содержащих для каждого больного набор значений по всем наблюдаемым параметрам. При анализе данных основной и контрольных групп после гипертермии и операции ДГПЖ исходные данные преобразованы в таблицы распределения полученных результатов. На основании величины «*n*» и числа наблюдений

по таблице Стьюдента определяли достоверность между соответствующими параметрами основной и контрольных групп. Значимость различий долей выборки (процентов) вычисляли по методу Хилпа [9].

Обследовано 173 больных с ДГПЖ, из них 73 (59,3%) человека (чел.) — после проведения радиочастотной трансуретральной гипертермии (основная группа — ОГ) и три контрольные: 30 (24,4%) пациентов после ТУР включены в первую контрольную группу (КГ-1), 20 (16,3%) чел. после аденомэктомии простаты составили вторую контрольную группу (КГ-2). В КГ-3 вошли доноры Гомельской областной станции переливания крови.

Все больные основной группы лечились в Гомельском областном клиническом госпитале ИОВ по поводу различных соматических и неврологических заболеваний. ДГПЖ была сопутствующим заболеванием, по поводу которого они наблюдались у уролога до поступления в стационар. В стационаре после урологического обследования диагноз был подтвержден, в связи с чем им проведена радиочастотная трансуретральная гипертермия на аппарате «Термекс-П».

По возрасту больные распределялись следующим образом (табл. 1):

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту

Возраст, лет	Количество больных, <i>n</i> / <i>%</i>					
	ОГ-1		КГ-1		КГ-2	
40–49	4	5,5	12	3,3	—	—
50–59	20	27,4	6	20,0	5	25,0
60–69	39	53,4	18	60,0	12	60,0
70–79	10	13,7	5	16,6	3	15,0
ВСЕГО	73	100	30	100	20	100

Как следует из таблицы, в возрасте 40–49 лет аденомэктомия больным не проводилась. Основное число больных, лечившихся методом радиочастотной гипертермии, были в возрасте от 50 до 69 лет (59 чел. — 80,8%).

По рабочей специальности пациенты основной группы распределялись следующим образом: легкий физический труд был у 4 (5,5%) чел., умеренный — у 6 (8,2%), интеллектуальный — у 7 (9,6%). Пенсионеры составили 64,4% (47 чел.). Инвалидность

по соматической патологии первой группы была определена у 4 (5,5%), второй — у 3 (4,1%), третьей — у 2 (2,7%) больных.

Особенность клинического течения ДГПЖ в пожилом и старческом возрасте обусловлена следующими факторами:

- возрастными изменениями центральной нервной системы;
- выраженностью и характером сопутствующей церебральной и соматической патологии, что является преморбидным фоном, на котором развивалась ДГПЖ (рис. 1).

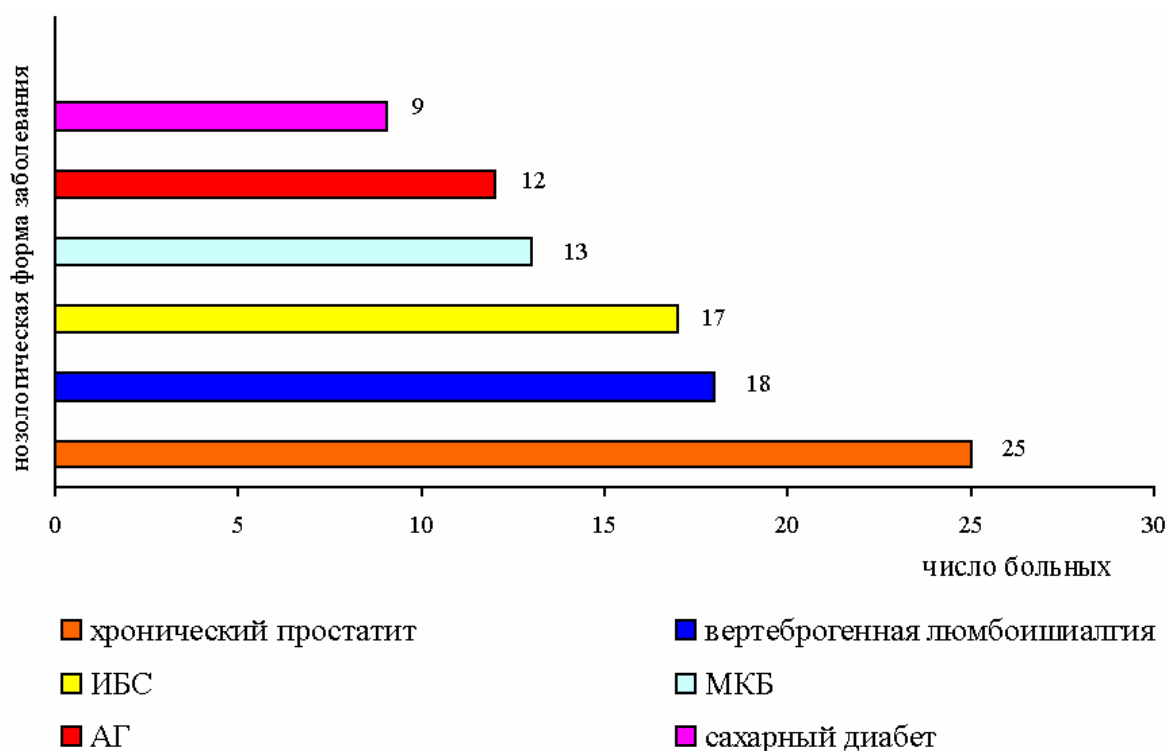


Рис. 1. Распределение сопутствующих заболеваний у больных с ДГПЖ, лечившихся гипертермией

Как следует из рисунка, у значительной части больных (25 чел. — 34,2%) выявлено хроническое заболевание мочеполовой системы — хронический простатит, что можно рассматривать в одном случае как первичную патологию, в другом — как симптом основного заболевания (ДГПЖ). При этом у 6 (8,2%) больных наблюдалось сочетание нескольких нозологических форм.

Клиника обследованных больных складывалась из ряда урологических симптомов:

- частые (3–5), иногда императивные (более 5) позывы к мочеиспусканию, особенно в ночное время (36 чел. — 49,3%);
- затрудненное мочеиспускание (73 чел. — 100%);
- ослабление струи мочи (42 чел. — 57,5%);
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (73 чел. — 100%).

В ранней стадии отмечались учащенные позывы на мочеиспускание (особенно в ночное время) и затрудненное мочеиспускание вялой струей. В 6 (8,2%) случаях заболевание проявлялось острой задержкой мочи, спровоцированной алкогольным эксцессом или приемом лекарственных препаратов (ганглиоблокаторов, атропиноподобных препаратов).

О прогрессирующем росте предстательной железы свидетельствовало появление симптомов, указывающих на наличие остаточной мочи — чувства неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание сначала в 2–3 приема малыми порциями (38,8%), затем более частые (3–5). В запущенной стадии гиперплазии простаты наблюдалось недержание мочи (парадоксальная ишурия у 3 больных — 4,1%) и симптомы почечной патологии (2 чел. — 2,7%).

В работе применен модифицированный метод гипертермии на аппарате трансуретрального доступа с температурным режимом до 42,5–43°C, излучением волн радиочастоты 100–500 кГц.

В работе использован метод теплового воздействия на ткань ДГПЖ, который основан на общеизвестном цитотоксическом эффекте влияния на ткани организма, который достигался с помощью электромагнитной энергии, генерируемой аппаратом «Термекс-II».

Согласно нашей методике, длительность процедуры составляла 30 мин с регулировкой температуры в области задней уретры с помощью компьютера или в руч-

ную с использованием активного трансуретрального и пассивного, направляющего, накожного электродов. Заданная температура (42,5–43°C) простаты измерялась датчиком, совмещенным с электродом. Выбор температуры был обусловлен проведением предварительной апробации различных температурных и временных режимов.

После лечения проведено контрольное исследование основных показателей качества жизни, включая интегральный показа-

тель, способность к труду, социальную деятельность, сексуальную функцию, экономическое положение, эмоциональное состояние и работоспособность. Комплекс исследований определял качество жизни больных и позволял определить социальный статус больных в семье и обществе.

Результаты процентного соотношения оценки интегрального показателя и его составляющих после радиочастотной трансуретральной гипертермии представлены в таблице 2.

Таблица 2

Оценка параметров качества жизни после гипертермии

Параметры	Уровень снижения качества жизни, n/%							
	незначительное, до 75%		умеренное, до 50%		значительное, до 25%		резко выраженное, менее 25%	
Интегральный показатель	19	26,0	21	28,8	27	36,9	6	8,2
Способность к труду	29	39,7	16	21,9	15	20,6	13	17,8
Социальная деятельность	17	23,3	22	30,1	10	13,7	24	32,9
Сексуальная функция	6	8,2	37	50,7	9	12,3	21	28,8
Экономическое положение	17	23,3	29	39,7	23	31,5	4	5,5
Эмоциональное состояние	22	30,1	34	46,7	12	16,4	5	6,8

Данные таблицы свидетельствуют о том, что наибольшее число больных с относительно сохранной функцией (незначительное снижение) было по параметру способности к труду и эмоциональному состоянию (соответственно 29 чел. — 39,7% и 22 чел. — 30,1%). Умеренное снижение (до 50%) отмечалось по сексуальной функции (37 чел. — 50,7%) и эмоциональному состоянию (34 чел. — 46,7%). У 23 (31,5%) чел. отмечалось значительное снижение экономического положения. В основном это были пенсионеры с невысоким финансовым обеспечением. Резко выраженное снижение (ниже 25%) отметили 24 (32,9%) чел. по социальной деятельности (в основном инвалиды), которые были не трудоспособны и участие их в социуме было ограничено в связи с возрастными нарушениями. Значительное число (21 чел. — 28,8%) обследованных указали на резко выраженное нарушение сексуальной функции. Эректильная дисфункция у этих больных была обусловлена ДГПЖ, возрастными изменениями органического и психогенного генеза.

Наиболее выраженное ухудшение качества жизни по интегральному параметру были отмечены по подгруппе со значительным снижением (27 чел. — 36,9%).

Проведена оценка всех параметров качества жизни больных с ДГПЖ после гипертермии в сравнительном аспекте с оперированными и с контрольными данными (табл. 3).

Как следует из таблицы 3, интегральный показатель у пациентов после гипертермии и ТУР был несколько снижен, но существенно не отличался от контрольных данных.

У больных после аденомэктомии он был значительно снижен при достоверном различии ($P < 0,05$).

Способность к труду после консервативного и оперативного лечения была снижена во всех обследованных группах (соответственно $74,4 \pm 2,1$; $P < 0,05$; $61,5 \pm 2,0$; $P < 0,01$; $57,4 \pm 2,4$; $P < 0,01$). Можно полагать, что этот параметр качества жизни был обусловлен возрастными изменениями, у которых не отмечалось положительной установки на труд. Несмотря на это большинство обследованных вернулись к труду.

На этом фоне социальная деятельность была снижена только после аденомэктомии ($P < 0,05$).

Сексуальная функция у больных после радиоволновой трансуретральной гипер-

термии хотя и была снижена, но достоверного различия по отношению к контрольной группе не определялось. У больных после ТУР и аденомэктомии этот показатель был значительно хуже ($P < 0,01$).

Таблица 3

Качественная оценка параметров качества жизни больных с ДГПЖ основной и контрольной групп

Параметры качества жизни	Контрольная группа, n=20	Больные после гипертермии, n=73	Больные после ТУР, n=30	Больные после аденомэктомии, n=20
Интегральный показатель	88,9±2,9	73,8±2,4***	65,8±1,9	60,6±1,8
Способность к труду	96,6±3,1	74,4±2,1*	61,5±2,0	57,4±2,4**
Социальная деятельность	90,5±2,7	72,1±2,7	70,9±2,2	58,9±1,9
Сексуальная функция	91,3±2,9	71,8±2,5	61,3±2,0*	61,8±2,6*
Экономическое положение	95,0±2,6	76,5±3,1	71,3±2,3	66,5±2,2*
Эмоциональное состояние	78,7±2,8	70,9±2,9	69,4±2,0	60,9±2,0
Работоспособность	80,4±5,1	73,9±2,9	67,7±2,9	63,9±1,9

Примечание: Достоверность по отношению к контрольной группе: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,01$; *** — $P < 0,001$.

Социальная деятельность, экономическое положение, эмоциональный статус и работоспособность у больных после гипертермии и ТУР существенно не пострадали. После аденомэктомии предстательной железы оставались сохранными только эмоциональное состояние и работоспособность.

В сравнительном аспекте после лечения гипертермией и хирургическими методами наиболее благоприятный исход отмечался при консервативном лечении ДГПЖ. Это объясняется тем, что после хирургического удаления железы наблюдались различные осложнения, которые отрицательно сказались на здоровье больных.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности более широкого использования микроволновой трансуретральной гипертермии, что позволяет получить лучшие результаты, чем после ТУР и аденомэктомии, сократить трудовые потери, избежать длительного курса послеоперационной реабилитации.

Выводы

1. Основными дезадаптирующими синдромами ДГПЖ являются нарушение мочеиспускания и копулятивная дисфункция, что снижает качество жизни больных.

2. Радиочастотная трансуретральная гипертермия является нетравматичным, мало-

затратным методом, который улучшает качество жизни, снижает трудовые потери по отношению к оперированным больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голигорский С.Д. Наш опыт пред- и послеоперационного ведения больных пожилого и старческого возраста при урологическом оперативном вмешательстве // Тер. Архив. — 1995. — № 10. — С. 51–53.
2. Доста Н.И. Оценка симптомов нижних мочеполовых путей и выбор лечения доброкачественной гиперплазии простаты // Рецепт. — 2001. — № 4. — С. 45–50.
3. Древалев С.В., Гольдин Д.А., Субботин А.В. Преимущество лазерной хирургии доброкачественной гиперплазии простаты у больных с сопутствующими заболеваниями: Обзор литературы // Урол. и нефрол. — 1999. — № 3. — С. 52–55.
4. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — № 1. — С. 77–80.
5. Лопаткин Н.А., Марков А.Г. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. — М., 1997. — С. 194.
6. Мартов А.Г. Трансуретральная резекция (ТУР) в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В кн. под ред. Н.А. Лопаткина. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. — М., 1998. — С. 193–209.

7. Неймарк А.И., Неймарк Б.А. Эфферентная и квантовая терапия в урологию. — М., 2003. — С. 132.
8. Пушкарев А.Л., Аринчина Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации / БНИИЭТИН. — Мн., 2002. — 15 с.
9. Хилл А.Б. Основы медицинской статистики. — М., 1958. — 131 с.
10. For the Measurement Committee of the American Urological Association. The American Urological Association symptom index for benign / M.J. Barry, T.J. Fowler, M.P. O'Leary // J. Urol. (Baltimore). — 1992. — Vol. 148. — P. 1549–1564.
11. Juyatti J.H., Feeny D.H., Patrick D.Z. Measuring Health-related Quality of Life // *Ami. Jnt. Med.* — 1993. — Vol. 118, № 8. — P. 622–629.
12. Prevalence anol preference with regara to various surgical treatments for benign prostatic hypertrophy: a survey for the Japanese endourology and FSWL society member // *Nippon Hinyorika Jakkai Zasshi.* — 2003. — № 4, — Vol. 94. — P. 495–502.
13. The WHQOZ Jroup The World Health Organ Quality of life assessme: position paper from the World Jleath Organization // *Soe. Sci. Med.* — 1995. — № 41. — P. 1403–1409.

Поступила 06.03.2006

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.3-007.06

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ

Ю.А. Овсиюк, Т.Н. Сацура

Управление по Гомельской области государственной службы
медицинских судебных экспертиз

Проанализированы различные методы судебно-химического определения этиленгликоля и их результативность, что позволяет в практической работе использовать наиболее рациональные и эффективные способы обнаружения этиленгликоля.

Ключевые слова: этиленгликоль, судебно-медицинское исследование.

METHODS OF DEFINITION OF ETHYLENE GLYCOL IN A BIOLOGICAL MATERIAL

J.A. Ovsijuk, T.N. Satsura

Gomel Region Management of the Republic of Medical Judicial Examinations

Various methods and techniques of judicial-chemical definition of ethylene-glycole and their productivity that will allow to use the most rational and effective waus jf detection of ethylene-glycole in practical work are analysed.

Key words: ethylene-glycole, medical judicial research.

Методы определения наличия отравляющих веществ в организме человека в судебно-медицинских целях всегда являлись объектом разработки и совершенствования по мере развития новых технологий их обнаружения. Не является исключением в этом плане и этиленгликоль. Особенности всасывания, распределения в организме и выведения этиленгликоля из организма человека обостряют проблему поиска наиболее точных и эффективных методов его обнаружения.

В настоящее время изолирование этиленгликоля проводится в соответствии с Методическими рекомендациями «Об определении этиленгликоля при судебно-

химическом исследовании биологического материала» (1994) [6].

Цель исследования

Проанализировать различные методы судебно-химического определения этиленгликоля и их результативность для использования в практической работе наиболее эффективных и рациональных способов обнаружения этиленгликоля.

Существующие методы судебно-химического исследования этиленгликоля

Для проведения химико-токсикологического анализа этиленгликоля в объектах в настоящее время используется ряд методов и методик: