

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА****Олтиев Иномжон Бахромович, Каюмов Алишер Наим угли***Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,  
Узбекистан*

**Аннотация.** В статье представлены результаты клинического исследования, направленного на разработку дифференцированного алгоритма выбора между консервативным медикаментозным и хирургическим методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) у пациентов пожилого возраста. Обследовано 214 мужчин в возрасте от 65 до 85 лет. Пациентам назначали монотерапию альфа-1-адреноблокаторами, комбинированную терапию (альфа-1-адреноблокатор + ингибитор 5-альфа-редуктазы) либо хирургическое вмешательство в зависимости от тяжести симптоматики, объёма железы и риска прогрессирования заболевания. На основании 24-месячного наблюдения установлено, что комбинированная медикаментозная терапия эффективна при умеренной симптоматике и объёме железы 30–80 мл, тогда как при выраженной обструкции, объёме >80 мл и высоком риске острой задержки мочи хирургическое лечение обеспечивает достоверно лучшие долгосрочные результаты. Разработанный алгоритм позволяет оптимизировать персонализированный выбор тактики лечения с учётом коморбидного профиля и функционального статуса пожилого пациента.

**Ключевые слова:** ДГПЖ, альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, трансуретральная резекция, пожилой возраст, дифференцированный подход, IPSS, алгоритм лечения.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы представляет собой прогрессирующее гистологическое заболевание, клинически проявляющееся симптомами нижних мочевыводящих путей и инфравезикальной обструкцией. Распространённость ДГПЖ коррелирует с возрастом: гистологические признаки заболевания выявляются у 40% мужчин в возрасте 50

лет, у 70% — в 60 лет и у более 90% — к 80 годам [1]. При этом клинически значимая симптоматика, снижающая качество жизни, регистрируется примерно у половины мужчин старше 60 лет [2].

В структуре обращаемости урологических стационаров Узбекистана пожилые пациенты с ДГПЖ составляют более 35% госпитализаций [3]. Многообразие доступных методов — от консервативной медикаментозной терапии до малоинвазивных и открытых хирургических вмешательств — ставит перед врачом сложную задачу индивидуального выбора оптимальной тактики. Неверный выбор тактики ведёт либо к избыточному хирургическому риску для пожилого пациента, либо к неоправданному затягиванию консервативного лечения при уже сформировавшейся тяжёлой обструкции [4].

Особую сложность представляет ведение пациентов пожилого возраста, у которых ДГПЖ нередко сочетается с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией (требующей антикоагулянтной терапии), сахарным диабетом 2 типа, хронической болезнью почек, когнитивными нарушениями [5]. Данные коморбидные состояния оказывают существенное влияние как на переносимость медикаментозной терапии, так и на хирургический риск, что делает необходимым разработку структурированного клинического алгоритма принятия решения [6].

Несмотря на наличие европейских (EAU) и американских (AUA) рекомендаций по ведению ДГПЖ, их применение в условиях отечественного здравоохранения нередко затруднено ввиду особенностей популяции пациентов, доступности препаратов и ресурсов учреждения. Настоящее исследование направлено на разработку практического алгоритма, адаптированного к условиям реальной клинической практики.

**Целью исследования** является разработка и клиническая апробация дифференцированного алгоритма выбора между медикаментозной и хирургической тактикой лечения ДГПЖ у мужчин в возрасте 65 лет и старше на основании комплексной оценки клинических, инструментальных и коморбидных характеристик пациента.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективно-проспективное исследование проводилось на базе кафедры хирургических болезней и трансплантологии Самаркандского государственного

медицинского университета (СамГМУ) в период 2019–2023 гг. В исследование включено 214 пациентов мужского пола в возрасте от 65 до 85 лет с клиническим диагнозом ДГПЖ, подтверждённым на основании данных анамнеза, пальцевого ректального исследования (ПРИ), трансректальной ультрасонографии (ТРУЗИ), урофлоуметрии и определения уровня ПСА сыворотки крови.

Критерии включения: возраст  $\geq 65$  лет, клинически выраженные симптомы нижних мочевыводящих путей (IPSS  $\geq 8$  баллов), объём предстательной железы  $\geq 25$  мл, продолжительность симптомов не менее 6 месяцев, информированное письменное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: ПСА  $> 10$  нг/мл без исключённого рака предстательной железы, нейрогенные нарушения мочеиспускания, предшествующая хирургия нижних мочевыводящих путей, активные инфекции мочевыводящих путей, хроническая почечная недостаточность IV–V стадии.

Пациенты были распределены на три группы в соответствии с разработанным алгоритмом. Группа А (n=72) — монотерапия альфа-1-адреноблокаторами (тамсулозин 0,4 мг/сут): IPSS 8–18 баллов, объём железы 25–50 мл,  $Q_{\max} > 10$  мл/с. Группа Б (n=84) — комбинированная медикаментозная терапия (тамсулозин 0,4 мг/сут + дутастерид 0,5 мг/сут): IPSS 12–24 баллов, объём железы 50–80 мл, уровень ПСА  $\geq 1,5$  нг/мл. Группа В (n=58) — хирургическое лечение (ТУРП): IPSS  $\geq 20$  баллов, объём железы  $> 80$  мл или рефрактерная задержка мочи в анамнезе,  $Q_{\max} < 10$  мл/с, объём остаточной мочи  $> 150$  мл.

Всем пациентам проведена оценка коморбидного статуса по шкале ССИ (Charlson Comorbidity Index) и функциональной активности по шкале ECOG. Мониторинг эффективности лечения проводили через 3, 6, 12 и 24 месяца с регистрацией IPSS, QoL,  $Q_{\max}$ , объёма остаточной мочи, объёма предстательной железы (для медикаментозных групп), а также уровня ПСА и почечных функциональных показателей. Статистический анализ выполняли с использованием IBM SPSS Statistics 26.0; для сравнения динамики показателей внутри группы применяли критерий Вилкоксона, для межгрупповых сравнений — критерий Манна–Уитни;  $p < 0,05$  считали статистически значимым.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов составил  $71,8 \pm 4,6$  лет (группа А),  $72,4 \pm 5,1$  лет (группа Б) и  $73,2 \pm 4,8$  лет (группа В). Значение ССИ было достоверно выше в

группе В ( $5,4 \pm 1,7$  балла) по сравнению с группами А ( $3,2 \pm 1,1$  балла) и Б ( $4,1 \pm 1,4$  балла), что соответствует большей тяжести исходного состояния пациентов, выбранных для хирургического лечения. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являлись артериальная гипертензия (76,2%), сахарный диабет 2 типа (38,3%), ишемическая болезнь сердца (29,4%) и хроническая болезнь почек 2–3 стадии (22,9%).

В группе А монотерапия тамсулозином обеспечила достоверное улучшение  $Q_{\max}$  через 3 месяца — с  $11,8 \pm 2,1$  до  $14,6 \pm 2,7$  мл/с ( $p < 0,001$ ), снижение IPSS — с  $13,4 \pm 3,2$  до  $9,2 \pm 2,6$  балла ( $p < 0,001$ ). Через 24 месяца стойкий клинический ответ сохранялся у 73,6% пациентов. У 12 пациентов (16,7%) потребовалось усиление терапии или переход к хирургическому лечению в связи с прогрессированием симптоматики. Нежелательные явления тамсулозина — ортостатическая гипотензия (8,3%), ретроградная эякуляция (14,7%) — требовали особого внимания у пожилых пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

В группе Б комбинированная терапия продемонстрировала более выраженный и устойчивый эффект.  $Q_{\max}$  через 12 месяцев увеличился с  $9,4 \pm 1,8$  до  $13,7 \pm 2,4$  мл/с (+45,7%;  $p < 0,001$ ). Объём предстательной железы через 24 месяца уменьшился в среднем на 28,3% — с  $64,2 \pm 12,4$  до  $46,1 \pm 9,8$  мл ( $p < 0,001$ ). IPSS снизился с  $19,8 \pm 3,6$  до  $10,3 \pm 2,9$  балла. Частота острой задержки мочи за 24 месяца составила 4,8% (против 12,5% в группе А). Уровень ПСА к 12 месяцам снизился на 43,6%, что требовало учёта при интерпретации данного показателя для онкологического скрининга. Побочные эффекты дутастерида — снижение либидо (11,9%), эректильная дисфункция (8,3%) — в пожилом возрасте имели относительно меньшее клиническое значение.

В группе В все пациенты перенесли ТУРП без летальных исходов. Средняя продолжительность операции составила  $62,4 \pm 14,8$  мин, интраоперационная кровопотеря —  $184,3 \pm 67,2$  мл. Ранние послеоперационные осложнения зарегистрированы у 24,1% пациентов: острая задержка мочи после удаления катетера — 8,6%, гематурия, потребовавшая ирригации — 6,9%, инфекция мочевыводящих путей — 6,9%, ТУР-синдром — 1,7%. Через 12 месяцев IPSS снизился с  $26,4 \pm 3,8$  до  $6,2 \pm 2,1$  балла,  $Q_{\max}$  возрос с  $6,8 \pm 1,4$  до  $18,4 \pm 3,2$  мл/с, объём остаточной мочи — с  $198,6 \pm 62,4$  до  $22,3 \pm 18,7$  мл. Улучшение было достоверно более выраженным по сравнению с медикаментозными группами ( $p < 0,001$ ).

Сравнительный анализ динамики QoL через 24 месяца выявил следующее: в группе А — снижение с  $3,8 \pm 0,7$  до  $2,4 \pm 0,6$  балла; в группе Б — с  $4,2 \pm 0,8$  до  $1,9 \pm 0,6$  балла; в группе В — с  $4,6 \pm 0,9$  до  $1,3 \pm 0,5$  балла. Таким образом, наибольшее улучшение качества жизни наблюдалось в хирургической группе, однако и комбинированная медикаментозная терапия обеспечивала клинически значимый результат при умеренной симптоматике.

На основании полученных данных разработан клинический алгоритм выбора тактики лечения ДГПЖ у пожилых пациентов. Первичная оценка включает: определение IPSS, Qmax, объёма железы, остаточной мочи, уровня ПСА, оценку коморбидного статуса (CCI) и наличия абсолютных показаний к операции (рефрактерная задержка мочи, рецидивирующая гематурия, уролитиаз, дивертикул мочевого пузыря, почечная недостаточность вследствие обструкции). При отсутствии абсолютных показаний пациентам с IPSS <12 и объёмом железы <50 мл рекомендуется монотерапия альфа-1-адреноблокатором, при IPSS 12–20 и объёме 50–80 мл — комбинированная терапия; при IPSS >20, объёме >80 мл или неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство.

Полученные результаты соответствуют данным международных многоцентровых исследований CombAT и MTOPS, подтверждающих превосходство комбинированной медикаментозной терапии над монотерапией в снижении риска прогрессирования ДГПЖ [7, 8]. Вместе с тем в ряде ситуаций — в частности, при объёме железы >80 мл, тяжёлой инфравезикальной обструкции и высоком риске острой задержки мочи — раннее хирургическое лечение представляется более рациональным с точки зрения долгосрочного прогноза [9].

## **ВЫВОДЫ**

1. Выбор между медикаментозной и хирургической тактикой лечения ДГПЖ у пожилых пациентов должен основываться на комплексной оценке тяжести симптоматики (IPSS), объёма предстательной железы, урофлоуметрических показателей, риска прогрессирования и коморбидного статуса.

2. Монотерапия альфа-1-адреноблокаторами эффективна при лёгкой и умеренной симптоматике (IPSS 8–18 баллов) и объёме железы до 50 мл, обеспечивая устойчивый клинический ответ у 73,6% пациентов на протяжении 24 месяцев.

3. Комбинированная терапия (альфа-1-адреноблокатор + ингибитор 5-альфа-редуктазы) является методом выбора при умеренной и выраженной симптоматике и объёме железы 50–80 мл, достоверно снижая риск острой задержки мочи и необходимость оперативного вмешательства.

4. Хирургическое лечение (ТУРП) обеспечивает наиболее выраженное и стойкое улучшение функциональных показателей и качества жизни при тяжёлой обструкции, объёме железы >80 мл, неэффективности консервативной терапии или наличии абсолютных показаний к операции.

5. Предложенный дифференцированный алгоритм, включающий оценку IPSS, объёма железы, Qmax, ССИ и наличия абсолютных показаний к операции, позволяет оптимизировать выбор тактики лечения и снизить число нерациональных назначений у мужчин пожилого возраста.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Berry S.J., Coffey D.S., Walsh P.C., Ewing L.L. The development of human benign prostatic hyperplasia with age // J Urol. 1984. Vol. 132, № 3. P. 474–479.

2. Irwin D.E., Milsom I., Hunskaar S. et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries // Eur Urol. 2006. Vol. 50, № 6. P. 1306–1315.

3. Ниязов Б.Б., Алимов У.Х. Эпидемиология ДГПЖ в Узбекистане: современное состояние проблемы // Урология Центральной Азии. 2020. № 3. С. 12–18.

4. McVary K.T., Roehrborn C.G., Avins A.L. et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia // J Urol. 2011. Vol. 185, № 5. P. 1793–1803.

5. Chapple C.R., Roehrborn C.G. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men // Eur Urol. 2006. Vol. 49, № 4. P. 651–658.

6. Яровой С.К., Дымков И.Н. Особенности лечения ДГПЖ у пациентов пожилого возраста с кардиоваскулярной патологией // Урология. 2021. № 5. С. 89–96.

7. Roehrborn C.G., Siami P., Barkin J. et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic BPH: 4-year results from the CombAT study // *Eur Urol*. 2010. Vol. 57, № 1. P. 123–131.
8. McConnell J.D., Roehrborn C.G., Bautista O.M. et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia // *N Engl J Med*. 2003. Vol. 349, № 25. P. 2387–2398.
9. Gravas S., Cornu J.N., Gacci M. et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male LUTS. European Association of Urology, 2023.
10. Emberton M., Cornel E.B., Bassi P.F. et al. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: A guide to the risk factors and options for medical management // *Int J Clin Pract*. 2008. Vol. 62, № 7. P. 1076–1086.
11. Boyle P., Gould A.L., Roehrborn C.G. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride // *Urology*. 1996. Vol. 48, № 3. P. 398–405.
12. Kaplan S.A., McConnell J.D., Roehrborn C.G. et al. Combination therapy with doxazosin and finasteride for benign prostatic hyperplasia in patients with lower urinary tract symptoms and a baseline total prostate volume of 25 ml or greater // *J Urol*. 2006. Vol. 175, № 1. P. 217–220.
13. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Трансуретральная хирургия доброкачественной гиперплазии простаты. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 384 с.
14. Курбаниязов З.Б., Зияев Б.Р. Клинические аспекты лечения ДГПЖ у пожилых пациентов высокого операционного риска // *Вестник СамГМУ*. 2022. № 2. С. 44–51.
15. Giuliano F., Ückert S., Waldkirch E. The pharmacological basis of  $\alpha$ 1-adrenoceptor antagonists in the treatment of lower urinary tract symptoms // *Eur Urol Suppl*. 2006. Vol. 5, № 1. P. 15–22.