

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Олтиев Иномжон Бахромович

Каюмов Алишер Наим угли

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан*

Введение. Многообразие клинических форм ДГПЖ и высокая коморбидная нагрузка у пожилых пациентов обуславливают необходимость строго дифференцированного подхода к выбору между консервативной медикаментозной терапией и хирургическим вмешательством: чрезмерная приверженность консервативной тактике при тяжёлой инфравезикальной обструкции повышает риск острой задержки мочи и хронической болезни почек, тогда как неоправданное хирургическое лечение при умеренной симптоматике сопряжено с избыточным операционным риском у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой, эндокринной и почечной патологией.

Целью нашего исследования явилась разработка и клиническая апробация алгоритма дифференцированного выбора между монотерапией альфа-1-адреноблокаторами, комбинированной медикаментозной терапией и трансуретральной резекцией предстательной железы у мужчин в возрасте 65 лет и старше с ДГПЖ.

Материал и методы. В исследование включено 214 пациентов (средний возраст $72,1 \pm 4,8$ лет), распределённых на три группы согласно разработанному алгоритму: группа А — монотерапия тамсулозином 0,4 мг/сут ($n=72$, IPSS 8–18

баллов, объём железы 25–50 мл), группа Б — комбинированная терапия тамсулозин+дутастерид (n=84, IPSS 12–24, объём 50–80 мл), группа В — ТУРП (n=58, IPSS \geq 20, объём $>$ 80 мл или рефрактерная задержка мочи); мониторинг IPSS, QoL, Qmax и объёма остаточной мочи проводился через 3, 6, 12 и 24 месяца, коморбидный статус оценивался по шкале Charlson (CCI).

Результаты и их обсуждение. Через 24 месяца стойкий клинический ответ на монотерапию зафиксирован у 73,6% пациентов группы А; комбинированная терапия обеспечила уменьшение объёма железы на 28,3% и снижение частоты острой задержки мочи до 4,8% против 12,5% в группе монотерапии; в хирургической группе IPSS снизился с $26,4 \pm 3,8$ до $6,2 \pm 2,1$ балла, Qmax возрос с $6,8 \pm 1,4$ до $18,4 \pm 3,2$ мл/с, что достоверно превышало результаты медикаментозных групп ($p < 0,001$), подтверждая целесообразность раннего оперативного лечения при выраженной обструкции на фоне адекватной предоперационной подготовки с учётом коморбидного профиля.

Выводы. Применение дифференцированного алгоритма, основанного на оценке IPSS, объёма железы, Qmax и индекса CCI, позволяет обоснованно разграничить показания к монотерапии альфа-1-адреноблокаторами, комбинированной фармакотерапии и хирургическому лечению у пожилых пациентов с ДГПЖ, тем самым минимизируя риск как гипо-, так и гиперлечения в данной клинически сложной популяции.