

Прогнозування ефективності консервативного лікування пацієнтів із гострою затримкою сечі, зумовленою доброякісною гіперплазією передміхурової залози

С.П. Пасєчніков, Н.О. Сайдакова, В.О. Попов, Я.М. Клименко
ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Гостра затримка сечі (ГЗС) – досить часте, болісне і потенційно небезпечне для життя ускладнення, що спостерігається у 40–55% хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). На сучасному етапі значного поширення набули спроби сечовипускання без катетера (ССБК) для відновлення самостійного сечовипускання після певного періоду дренивання сечового міхура у цих пацієнтів. У 38–66% хворих такий підхід неефективний. Метою дослідження було покращання результатів лікування хворих із ГЗС, зумовленою ДГПЗ, шляхом розроблення способу прогнозування результатів лікування на підставі комплексної оцінки інформативних показників загальнодоступних методів обстеження. Об'єктом дослідження був 141 пацієнт з ГЗС, зумовленою ДГПЗ, яким проводили ССБК. Були оцінені результати триденного лікування із застосуванням тамсулозину. Шляхом порівняльного аналізу результатів обстеження хворих, у яких відновилось самостійне сечовипускання, і тих, для кого СВК була невдалою, виявлені фактори, що можуть свідчити про ймовірність відновлення самостійного сечовипускання, тобто служити прогностичним критерієм щодо ССБК. Розроблена прогностична таблиця для застосування у хворих з ГЗС, зумовленою ДГПЗ. Сумарний бал, розрахований згідно з таблицею, дає можливість з певною ймовірністю передбачити результат ССБК. Ефективність розробленого способу перевірена на експертній групі. Перевірку дієвості методики здійснювали на основі принципів доказової медицини.

Ключові слова: гостра затримка сечі, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, сечовипускання, лікування.

Гостра затримка сечі (ГЗС) – часте, болісне і потенційно небезпечне для життя ускладнення, що спостерігається у 40–55% хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) [1–3]. За даними масштабних досліджень і мета-аналізів, частота його виникнення складає 0,5–2,5% на рік на 1000 чоловіків [4]. Ризик виникнення є кумулятивним і зростає з віком [5].

Розвиток ГЗС справляє на якість життя хворих виражений негативний вплив, зіставний з ефектом ниркової коліки [6]. Окрім змін верхніх і нижніх сечових шляхів, цей стан призводить до негативних змін практично в усіх органах і системах організму: серцево-судинній, дихальній, нервовій, імунній, системі крові та травному тракті [7–9].

Екстреною допомогою в разі виникнення ГЗС є відведення сечі шляхом катетеризації сечового міхура. Подальше ведення хворого до недавнього часу включало оперативне втручання протягом декількох діб, а часом, навіть в екстреному порядку. До останнього часу до 42% оперативних втручань з приводу ДГПЗ виконували на тлі ГЗС [10–14]. Це призводило до суттєво більшої кількості періопераційних ус-

кладень і смертності в порівнянні з плановою хірургією [11, 15]. Смертність протягом року після ГЗС значно переважає показник для загальної популяції, особливо у молодших пацієнтів [16]. Крім медичного аспекту, бажання уникнути невідкладного оперативного втручання диктується економічними і адміністративно-технічними аспектами: збільшення госпіталізацій призводить до надмірного навантаження на стаціонарні відділення і відповідно збільшення витратків [11, 16–19]. Ці факти зумовлюють зміну лікувальної тактики по відношенню до ГЗС, спричиненої ДГПЗ.

На сьогоднішній день після декомпресії сечового міхура більшість пацієнтів підлягають так званому TWOC – спробам самостійного сечовипускання без катетера (ССБК) після певного періоду дренивання сечового міхура. Застосування α -адреноблокаторів значно підвищує частоту відновлення сечовипускання. За даними різних авторів частка успішних ССБК складає від 48% до 70% в плацебо-контрольованих дослідженнях при статистично достовірній різниці [13, 20–25].

Разом із тим, у 30–52% хворих ССБК залишається безуспішною, таким чином перетворюючись на марну втрату часу з підвищенням ризику інфікування сечового тракту пацієнта та розвитком відповідних післяопераційних ускладнень.

Більше того, зараз ми стикаємось із ситуацією, коли пацієнти стають жертвами консервативного лікування. Після амбулаторного дренивання сечового міхура урологи поліклінік або навіть лікарі загальної практики хворим призначають α -адреноблокатори на невизначений термін. Пацієнти живуть з уретральним катетером, їм можуть проводити неодноразові ССБК і тільки тоді, коли цей підхід себе не виправдовує і починає набридати хворому, урологи поліклінік направляють їх до стаціонару для проведення оперативного лікування. Як правило, в таких випадках у пацієнтів вже є бактеріурія або запальні ускладнення. На прикладі нашої клініки відзначається достовірне збільшення частки хворих, що поступали з уретральним катетером в 2010 р. у порівнянні з 2000 р.: 16,6% проти 10,1%.

Отже величезної актуальності набуває визначення майбутньої відповіді на терапію α -адреноблокатором, тобто прогнозування результатів ССБК. Існують окремі публікації, іноді суперечливі, які свідчать про окремі фактори (вік >70 років, об'єм випущеної сечі при катетеризації ≥ 1000 мл), що негативно впливають на відновлення сечовипускання у пацієнтів з ГЗС, зумовленою ДГПЗ [21, 26, 27]. Більше того, деякі дослідники вважають, що факторів, які передбачають успішність ССБК, не існує [28].

Метою дослідження було покращання результатів лікування хворих із ГЗС, зумовленою ДГПЗ, шляхом розроблення способу прогнозування результатів лікування на підставі комплексної оцінки інформативних показників загальнодоступних методів обстеження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження були госпіталізовані хворі з ГЗС, зумовленою ДГПЗ, яким проводиться консервативне лікування. На першому етапі дослідження протягом доби з моменту катетеризації і після перевірки відповідності критеріям включення до дослідження увійшли 42 чоловіки, що були доставлені в ургентному порядку до Миського урологічного центру м. Києва. До складу групи порівняння увійшли 37 чоловіків, що відповідали тим самим критеріям, що і пацієнти основної групи. Пацієнти дослідної групи отримували простатоселективний α -адреноблокатор Омнік® в дозі 0,4 мг 1 раз на добу протягом 3 діб. Катетер у пацієнтів обох груп видаляли на четверту добу перебування в стаціонарі. Такий строк дренажу був обґрунтований літературними даними, які свідчать, з одного боку, на більшу ефективність тридобової катетеризації у порівнянні з меншими термінами, а з іншого, – меншою частотою ускладнень у порівнянні з семиденним дренажуванням. Вибір препарату зумовлений його найбільшою безпечністю, можливістю однократного застосування на добу і відсутністю в необхідності титрування дози. Також хворим призначали антибактеріальний препарат з групи фторхінолонів (ципрофлоксацин або офлоксацин). Програмою дослідження передбачено загальнодоступне обстеження хворих за показниками загального аналізу крові, загального аналізу сечі, біохімічного аналізу крові, та УЗД нирок і сечовивідних шляхів. Успішним лікуванням вважалось у випадку, коли відновлювалось самостійне сечовипускання при об'ємі залишкової сечі <300 мл протягом першої доби. У разі безуспішної ССБК хворим повторно встановлювали катетер. Пацієнтам, у яких сечовипускання відновилось, було рекомендовано продовжити живання тамсулозину.

За результатами лікування пацієнти були розподілені на дві підгрупи: зі сприятливим та несприятливим результатом, тобто до I увійшли ті, для кого ССБК виявилась вдаюю і сечовипускання відновлювалось, до II – ті, кому не вдавалось самостійно спорожнювати сечовий міхур після видалення катетера. Такий підхід потрібний для виявлення факторів, які сприяють або перешкоджають відновленню самостійного сечовипускання та встановлення їхньої прогностичної значущості.

У роботі використана методика прогнозування, в основі якої лежить імовірність несприятливих наслідків лікування за наявності тієї чи іншої ознаки. Прогностичну інформативність кожної ознаки визначали за критерієм Стюдента. Вона оцінювалась у балах, їх величина дорівнювала значенню t . Отримані таким чином дані стали базовими і були використані на наступному етапі дослідження, суть якого полягала у проведенні відбору інформативних і найбільш об'єктивних із них з метою групування та складання карти ризику.

Перевірка розробленої методики була здійснена на 62 хворих з ГЗС, зумовленою ДГПЗ. Вони склали екзамнаційну групу. За основними параметрами, такими, як вік, наявність супутньої патології, всі три групи суттєво не відрізнялись одна від одної. Доведення дієвості, ефективності методики здійснювалось на основі принципів доказової медицини. Розраховували точність, чутливість, специфічність, прогностичну цінність, відношення правдоподібності, посттестові шанси і посттестову ймовірність.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після видалення катетера самостійне сечовипускання відновилось у 23 хворих дослідної групи і у 9 з групи порівняння, 54,8±7,8% і 29,7±7,6% відповідно. Отже перевага основної групи перед групою порівняння складала 25,1% ($p < 0,05$). Профіль і частота побічної дії не відрізнялись від типових при застосуванні даної групи лікарських засобів. Жодна з побічних дій не була серйозною і не потребувала припинення терапії. Різниця в частоті виникнення побічної дії між двома групами статистично недовірна.

Аналіз даних медичної документації дозволив скласти широкий перелік ознак, що складался із 43 факторів, серед яких антропометричні, анамнестичні, дані лабораторних досліджень, дані УЗД нирок і передміхурової залози, вік пацієнтів.

Отримані таким чином дані стали базовими і були використані на наступному етапі дослідження. Суть цього етапу полягала у проведенні відбору інформативних і найбільш об'єктивних із них з метою групування та складання карти ризику. Такий підхід дозволив виключити через низьку інформативність цілу низку факторів, параметри підрахунку яких давали мінімальний бал, а отже в подальшому не враховувались. Зокрема, такими виявились варикозна хвороба нижніх кінцівок і геморої, що оцінювались як окремо, так і разом, у вигляді патології венозної системи, серцево-судинна патологія, що включала наявність гіпертонічної хвороби, стенокардії, перенесені інфаркти міокарда, поодинокі і разом; а також виразкова хвороба шлунка і/або дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, схильність до закріпів, значення систолічного та діастолічного артеріального тиску, пульсу, наявність глюкозурії, лейкоцитурії, бактеріурії, рівень гематокриту, лейкоцитів і тромбоцитів периферійної крові, загального білка, глюкози, лужної фосфатази в сироватці крові і наявність конкрементів в передміхуровій залозі, за даними УЗД. Крім того, з кінцевого переліку були виключені важкі в оцінці і суб'єктивні фактори: кількість спожитої рідини за добу, що передувала ГЗС, в абсолютному значенні і по відношенню до звичайної. Ці чинники є відомими факторами ризику виникнення ГЗС, поряд з такими, як вживання алкоголю і закріпи, тому і були включені до первинного переліку. Також відмовились від використання в методиці таких біохімічних досліджень, як АсАТ, АлАТ і ГГТП.

Остаточний перелік ознак включав 18 факторів, що вміщували 41 параметр. Фактори були об'єднані в 4 групи: антропометричні (зріст, маса тіла), анамнестичні (об'єм випущеної сечі, тривалість ГЗС, тривалість захворювання на ДГПЗ), дані лабораторних досліджень (гемоглобін, еритроцити, ШОЕ, протеїнурія, еритроцитурія, креатинін, сечовина і загальний білірубін крові), дані УЗД нирок і передміхурової залози (наявність СКХ, простих кіст нирок, об'єм передміхурової залози, ступінь ВПП); окремим фактором залишився вік пацієнтів.

Хворих за віком розподіляли на три групи: працездатного віку – 7 (16,7%), похилого – 28 (66,7%), старечого – 8 (19%) чоловіків. У першій віковій групі сечовипускання не відновилось лише у 14,3%; в другій – результати були дещо гіршими, але вищими за середні – 39,3%, тоді як у третій – переважній більшості пацієнтів (87,5%) не вдавалось самостійно спорожнювати сечовий міхур після видалення катетера. Отже має місце пряма залежність між

віком пацієнта і невдачами при спробах відновити сечовипускання. Причому вік у 75 років виглядає граничним, адже у пацієнтів старших за цей вік відновлення сечовипускання за допомогою α -адреноблокатора драматично знижується.

Серед антропометричних факторів на результати ССБК мали вплив зріст і маса тіла. За ростом пацієнти були розділені на 3 групи: низький (нижче 168 см), середній (168–179 см), високий (180 см і більше). Критеріями такого розподілу були середньостатистичні дані. Хворі середнього зросту мали вірогідно менше негативних результатів (36,7%) у порівнянні з низькими і високими (71,4% і 60% відповідно). За масою тіла пацієнти також були розділені на 3 групи: з низькою (менше 66 кг), середньою (66–85 кг) і великою (більше 85 кг) масою тіла. Так само, як і зі зростом, пацієнти що входять до середньої групи, рідше не відповідають на терапію (37,9%), ніж ті, що мають низьку (57,1%) та особливу велику (66,7%) масу тіла. Отже, можна зробити висновок, що пацієнти середнього зросту і маси тіла мають кращі результати, ніж ті, у кого є будь-які відхилення від середніх значень.

Серед анамнестичних показників увагу приділяли тривалості захворювання на ДППЗ, часу від виникнення ГЗС до її ліквідації та об'єму евакуйованої сечі. За тривалістю захворювання пацієнти були розділені на тих, хто хворіє до 4 років і більше цього строку. Пацієнти, що хворіють довше, мали вірогідно менше несприятливих результатів (25%) в порівнянні з рештою (63,6%). Пояснити такі дані, на наш погляд, можна агресивнішим перебігом захворювання у тих, хто хворіє менше 4 років. Для часу від виникнення ГЗС до катетеризації сечового міхура було прийняте граничне значення в 12 год. За цих умов встановлено, що надання допомоги до 12 год є запорукою успіху: у таких хворих практично в 2,5 рази частіше відновлювалось самостійне сечовипускання (35,3% проти 87,5% у разі пізнього звертання по допомогу). Граничною кількістю випущеної сечі був 1 л. Логічним виглядає те, що пацієнти, яким було випущено до 1 л сечі, вірогідно краще відповідають на терапію (40% негативних результатів), ніж ті, кому було евакуйовано понад 1 л сечі (71,4%).

Серед показників загального аналізу крові вагоме значення мали величини гемоглобіну, кількості еритроцитів і ШОЕ. За рівнем гемоглобіну пацієнти розділені на дві групи: ті, що мали показник вищий за норму ($>150\text{г/л}$), та всі інші. Вірогідно гірші результати ССБК спостерігались серед тих пацієнтів, показники гемоглобіну в яких не перевищували норму. Таких було 60,9% хворих проти тих, у кого значення показника перевищувало 150 г/л (26,3% хворих). Ще більш показова ситуація виявилася з кількістю еритроцитів в циркулюючій крові. Були виділені групи пацієнтів за наступними значеннями показника: до $4 \times 10^{12}/\text{л}$, $4\text{--}5 \times 10^{12}/\text{л}$, більше $5 \times 10^{12}/\text{л}$. Несприятливі результати лікування отримані відповідно у 66,7%, 47,8% і 37,5% хворих. Отже простежується лінійна залежність між кількістю еритроцитів в циркулюючій крові і частотою успішних ССБК. Дані щодо впливу кількості гемоглобіну і еритроцитів узгоджуються між собою, оскільки опосередковано більшою чи меншою мірою можуть вказувати на один і той самий параметр – постачання кисню в тканини. Щодо ШОЕ, слід зазначити, що граничним, вже після аналізу і корекції, було обране значення не верхньої межі норми, а 6 мм/год. У хворих, що мають показник менший за цей, вірогідно рідше спостерігались негативні результати ССБК (20%) у

порівнянні з іншими (53,1%). Такі дані виглядають логічними хоча б з тієї позиції, що значення ШОЕ залежить від кількості еритроцитів, але не можна виключити наявності також впливу фактора запалення в передміхуровій залозі, яке не в останню чергу і характеризує в сучасному уявленні збільшення ШОЕ.

Серед показників загального аналізу сечі оцінювали наявність або відсутність протеїнурії і еритроцитурії. Відсутність таких змін в сечі мала деяке позитивне значення: кількість невдалих ССБК у таких випадках складала відповідно 37,5% і 33,3%. Дати впевнене пояснення взаємозв'язку цих факторів і відповіді на лікування складно.

Інформативними виявились також деякі показники функції нирок (креатинін, сечовина) та печінки (загальний білірубін). Підвищення рівня сечовини в сироватці крові унеможливило відновлення сечовипускання – у 100% хворих. Пацієнти з нижчим рівнем креатиніну мали нижчий відсоток несприятливих результатів (35,3%), у порівнянні з пацієнтами, що мали вищий рівень (52%). Пояснити це явище на даному етапі дослідження ще неможливо, оскільки і зв'язок підвищення білірубіну вище за норму з негативними результатами лікування.

Цікавим також є і зв'язок наслідків ССБК з патологією нирок, а саме, наявністю нефролітіазу та простих кіст. За наявності конкрементів частота невдач складає лише 16,7%, а за наявності простих кіст – 25%. За даними УЗД передміхурової залози, мали значення об'єм передміхурової залози і ступінь внутрішньоміхурової протрузії передміхурової залози (ВППЗ). Пацієнти були розподілені на 2 групи: з об'ємом передміхурової залози до 100 мл і більше 100 мл. Помірно виражений негативний вплив на результати ССБК чинив великий об'єм передміхурової залози – 57,1% в порівнянні з 42,9% невдач. Щодо ступеня ВППЗ, пацієнти були розподілені на 3 групи: відсутня або невелика (до 1 см), помірна (1–2 см) і значна (більше 2 см). Зі зростанням цього значення результати ССБК покращувались від 58,8% невдалих спроб в I групі до 46,2% в II і 25% в III.

Після оцінки інформації у балах найвизначніші показники були об'єднані нами у спеціальну карту, яка представлена у табл. 1. Наявність у конкретного пацієнта тієї чи іншої ознаки розцінювали як чинник ризику несприятливих наслідків лікування. За міру ризику брали чисельне вираження критерію. Принцип роботи з картою полягає в тому, що для прогнозування результатів необхідно підсумувати бали ознак, які виявлені при обстеженні хворого. Таким чином, кількісна оцінка інформації в балах дає можливість у підсумку охарактеризувати вірогідність вдалої ССБК, переходячи від суб'єктивних методів до об'єктивних.

Згідно з характером явища, що розглядається, виділено 3 підгрупи хворих: з граничним значенням для першої менше 0, для другої від 0 до 3 і для третьої більше 3 балів. В результаті одержуємо три ступеня ризику (табл. 2). Аналіз цієї таблиці свідчить, що ще до призначення консервативного лікування можна з цілковитою впевненістю передбачати можливі його результати. Ймовірність несприятливих результатів у хворих із III ступенем ризику складає $91,7 \pm 7,96\%$, у пацієнтів із II ступенем – $60 \pm 15,5\%$. При I ступені ризику несприятливі результати очікуються лише у $10 \pm 6,7\%$ хворих. У підсумку це дає нам визначення результату з імовірністю більше 90% для понад $3/4$ хворих.

Залежність результату лікування в екзаменаційній групі від значущості клінічних факторів у балах наведена в табл. 3. Дані табл. 3 свідчать, що серед хворих із сумою балів менше 0, які увійшли до підгрупи з низьким ризиком, самостійне сечовипускання не відновилось лише у 3 хворих (9,7±5,3%). У проміжній підгрупі негативний результат лікування був у 5 пацієнтів – 55,6±17,6%, в підгрупі високого ризику жоден з 22 пацієнтів не був здатен до самостійного сечовипускання після видалення катетера. Отже призначення консервативного лікування, як передбачалось на підставі розробленої методики, цілком виправдане в групі низького ризику, було можливим в групі проміжного ризику і абсолютно недоцільне в групі високого ризику. Виявлення у пацієнта суми балів більше 3 не залишає надії на вдалу ССБК, а отже зберігає дорогоцінний час та гроші держави, хворого чи страхової компанії.

Цікавими виявились результати статистичного аналізу екзаменаційної групи. Достовірний зв'язок з результатом консервативного лікування показали такі фактори, як вік, маса тіла хворих, тривалість ГЗС, об'єм випущеної сечі при катетеризації, наявність протеїнурії, еритроцитурії, рівень гемоглобіну крові та ШОЕ. При оцінці дослідної групи такий зв'язок демонстрували лише тривалість ГЗС і тривалість захворювання на ДГПЗ. Дещо слабший він був із віком, рівнем сечовини крові та наявністю у пацієнтів кіст нирок. Таким чином, можна стверджувати, що одним з основних чинників, які суттєво впливають на результат консервативного лікування ГЗС, зумовленої ДГПЗ, є її тривалість. Отже можна стверджувати, що раннє надання екстреної допомоги хворим з ГЗС збільшує шанси на вдалу ССБК.

Точність (діагностична ефективність) методики – 88,7%.

Чутливість діагностичного тесту – 75,9%. Специфічність – 100%.

Значення прогностичної цінності позитивного результату, прогностичної цінності негативного результату, відношення правдоподібності і посттестові шанси підтверджують надвисоку прогностичну цінність запропонованої методики. Адже у разі отримання хворим за сумою балів наявних ознак результату більше 3, він потрапляє до III групи – групи високого ризику. В такому випадку розроблена методика захищає пацієнта: знижує ймовірність розвитку запальних ускладнень, дозволяє уникнути непотрібних витрат і зберігає час.

ВИСНОВКИ

Призначення Омніку® суттєво (на 25%) підвищує частоту відновлення сечовипускання після видалення катетера і є цілком безпечним для пацієнта.

До факторів, які виявляють зв'язок із результатом застосування тамсулозину для відновлення сечовипускання у хворих на ДГПЗ, ускладнену ГЗС, відносяться вік, об'єм випущеної сечі при катетеризації, ріст та маса тіла пацієнта, тривалість захворювання на ДГПЗ, тривалість затримки сечі, наявність протеїнурії та еритроцитурії, рівень гемоглобіну, кількість еритроцитів, значення ШОЕ, виявлення СКХ та простих кіст нирок, а також об'єм передміхурової залози і ступінь її внутрішньоміхурової протрузії. Оцінка ступеня впливу зазначених факторів на результати лікування дозволила розробити методику прогнозування його ефективності, яка об'єктивізує вибір лікувальної тактики для хворих цієї категорії.

Розроблена методика прогнозування результатів консервативного лікування ГЗС, зумовленої ДГПЗ, є ефек-

Таблиця 1

Карта оцінки хворих з ГЗС, зумовленою ДГПЗ

Фактор	Ознака	Бал
Вік, років	<61	-2
	61-75	0,5
	>75	2,2
Антропометричні чинники		
Зріст, см	<168	1,4
	168-179	-0,7
	>179	0,6
Маса тіла, кг	<66	0,6
	66-85	-0,6
	>85	1
Анамнестичні чинники		
Об'єм випущеної сечі, мл	≤1000	-0,5
	>1000	1,4
Тривалість ГЗС, год	<12	-0,9
	>12	2,2
Тривалість захворювання на ДГПЗ, років	≤4	1,4
	>4	-1,6
Дані лабораторних досліджень		
Гемоглобін, г/л	≤N	1,2
	>150	-1,5
Еритроцити, Т/л	<4	0,8
	4-5	0,2
	>5	-0,5
ШОЕ, мм/год	<6	-1,6
	≥6	0,7
Протеїнурія	+	0,7
	-	-0,6
Еритроцитурія	+	0,3
	-	-0,7
Креатинін, мкмоль/л	<90	-0,7
	>90	0,5
Сечовина, ммоль/л	N	-0,6
	>N	0,6
Загальний білірубін, мкмоль/л	N	-0,2
	>N	0,6
Дані УЗД нирок, передміхурової залози		
СКХ	+	-1,6
	-	0,4
Прості кісти нирок	+	-1,7
	-	1,2
Об'єм передміхурової залози, мл	<100	-0,2
	>100	0,6
Ступінь ВППЗ, см	до 1	1
	1-1,9	0,1
	2 і більше	-1,4

Таблица 2

Залежність результату консервативного лікування від бальної оцінки у хворих з ГЗС, зумовленою ДГПЗ, в дослідній групі

Ступінь ризику	Сума балів	Кількість хворих (n)	Невдала ССБК		
			Абс. число	%	±m
I (низький)	Менше 0	20	2	10	6,7
II (помірний)	Від 0 до 3	10	6	60	15,5
III (високий)	Більше 3	12	11	91,7	7,96

Таблица 3

Залежність результату консервативного лікування від бальної оцінки в підгрупах хворих з ГЗС, зумовленою ДГПЗ, в екзаменаційній групі

Ступінь ризику	Сума балів	Кількість хворих (n)	Невдала ССБК		
			Абс. число	%	±m
I (низький)	Менше 0	31	3	9,7	5,3
II (помірний)	Від 0 до 3	9	5	55,6	17,6
III (високий)	Більше 3	22	22	100	14

тивним способом діагностики, що дозволяє диференційовано підходити до застосування ССБК у кожного пацієнта. Індивідуалізований підхід дозволяє обґрунтовано уникнути недоцільного застосування препаратів у одних хворих, а це заощаджує час і гроші, а головне, потенційно зменшує ризик запальних ускладнень. В інших – ефективність застосування тамсулозину зростає понад 90%, а отже можна досягти зниження витрат на їх лікування і покращити якість надання допомоги зменшенням кількості невідкладних оперативних втручань, які супроводжуються доведено більшою кількістю ускладнень.

Доведено, що одним з основних чинників, що суттєво впливають на результат консервативного лікування ГЗС, зумовленою ДГПЗ, є тривалість ГЗС. Це спонукає до впровадження адміністративних заходів, які можуть допомогти прискорити надання ургентної допомоги таким хворим, а також до покращання санітарно-просвітницької роботи серед населення.

З позицій доказової медицини розроблений спосіб прогнозування характеризується достатньо високою діагностичною ефективністю (88,7%) і еталонною специфічністю в 100%.

Прогнозирование эффективности консервативного лечения пациентов с острой задержкой мочи, обусловленной доброкачественной гиперплазией предстательной железы

С.П. Пасечников, О.Н. Сайдакова, В.О. Попов, Я.М. Клименко

Острая задержка мочи (ОЗМ) – достаточно частое, болезненное и потенциально опасное для жизни осложнение, которое наблюдается у 40–55% больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). На современном этапе приобрели распространение попытки мочеиспускания без катетера (ПМБК) после определенного периода дренирования мочевого пузыря для восстановления самостоятельного мочеиспускания у этих пациентов. У 38–66% больных такой подход неэффективен. Целью исследования было улучшение результатов лечения больных с ОЗМ, обусловленной ДГПЖ, путем разработки способа прогнозирования результатов лечения на основании комплексной оценки ин-

формативных показателей общедоступных методов обследования. Объектом исследования был 141 пациент с ОЗМ, обусловленной ДГПЖ, которым проводили ПМБК. Были оценены результаты трехдневного лечения с применением тамсулозина. Путем сравнительного анализа результатов обследования больных, у которых возобновилось самостоятельное мочеиспускание, и тех, для кого ПМБК была неудачной, выявлены факторы, которые могут свидетельствовать о вероятности возобновления самостоятельного мочеиспускания, то есть служить прогностическим критерием относительно ПМБК. Разработана прогностическая таблица для применения у больных с ОЗМ, обусловленной ДГПЖ. Суммарный балл, рассчитанный на основе таблицы, дает возможность с определенной вероятностью прогнозировать результат ПМБК. Эффективность разработанного способа проверена на экзаменационной группе. Проверка результативности методики осуществлялась на основе принципов доказательной медицины.

Ключевые слова: острая задержка мочи, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, мочеиспускание, лечение.

Prognostication of the conservative treatment efficacy of patients with the acute retention of urine caused by the benign prostatic hyperplasia

S.P. Pasechnikov, O.N. Saidakova, V.O. Popov, Y.M. Klimentko

Acute urinary retention (AUR) – is a frequent painful and potential dangerous for life complication, observed in 40–55% BPH men. Nowadays trial without catheter (TWOC) has become the popular treatment option in these patients. 38-66% of these approaches are not successful. The aim of the study was an improvement of results of treatment of patients with AUR in BPH-patients by development of method of prognostication of results of treatment on the basis of complex estimation of informing indexes of popular methods of examination. A research object was a 141 patient with AUR due to BPH, conducted throw TWOC. By the comparative analysis of the results of examination of the patients with successful and unsuccessful TWOC, factors that can be the predictors of successful TWOC were exposed. A prognostic table is worked out for application in patients with AUR due to BPH. The total point expected on the basis of table gives an opportunity with certain probability to predict the result of TWOC. Efficiency of the worked out method was checked in an examination group. Verification of value of methodology came true on the basis of the principles of evidential medicine.

Key words: acute retention of urine, benign prostatic hyperplasia, urination, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Roehrborn C.G. The epidemiology of acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia // *Rev Urol.* – 2001. – 3. – С. 187–92.
2. Emberton M, Anson K. Acute urinary retention in men: an age old problem // *BMJ* 1999. – 318. – P. 921–925.
3. Пасечников С.П., Бухалов Ю.В. Обґрунтування вибору б-адреноблокатора для купірування гострої затримки сечі // *Здоровье мужчины.* – 2004. – 3. – С. 158–160.
4. Roehrborn C.G. The epidemiology of acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia // *Rev Urol.* – 2001. – 3. – С. 187–92.
5. Jacobsen S.J., Jacobson D.J., Girman C.J. et al. Natural history of prostatism: Risk factors for acute urinary retention // *J. Urol.* – 1997. – 158: 481–7.
6. Thomas K., Oades G., Taylor-Hay C., Kirby R.S. Acute urinary retention: what is the impact on patients' quality of life? *BJU Int* 2005; 95:72–6.
7. Трапезникова М.Ф., Морозов А.П., Поздняков К.В. Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы // *Урология*, 2007, № 3. – С. 98–102.
8. Горюнов В.Г., Давидов М.И. Острая задержка мочеиспускания // *Урол. и нефрол.* – 1994; 4: 44–8.
9. Hartung R. Do alpha-blockers prevent the occurrence of acute urinary retention? *Eur Urol* 2001; 39 (Suppl. 6): 13–8.
10. M. Emberton, E.B. Cornel, P.F. Bassi, R.O. Fourcade, J.M.F. Gomez, R. Castro Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: a guide to the risk factors and options for medical management *Int J Clin Pract*, July 2008, 62, 7, 1076–1086.
11. Pickard R, Emberton M, Neal DE. The management of men with acute urinary retention. National Prostatectomy Audit Steering Group. *Br J Urol.* 1998;81:712–720.
12. Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. *BJU Int* 2000; 85 : 186–201.
13. Desgrandchamps F, De La Taille A, Doublet JD. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2006; 97: 727–33.
14. Holtgrewe HL, Mebust WK, Dowd JB, et al. Transurethral prostatectomies: practical aspects of the dominant operation in American urology. *J Urol.* 1989;141:248–253.
15. Mebust WK, Holtgrewe HL, Cockett ATK, Peters PC. Transurethral prostatectomy: immediate and postoperative complications. A cooperative study of 13 participating institutions evaluating 3885 patients. *J Urol.* 1989;141:243–247.
16. Emberton M, J.M. Fitzpatrick The Reten-World Survey of the management of acute urinary retention: preliminary results *BJU Int* 2008 Mar; 101 Suppl 3: 27–32.
17. C.G. Roehrborn Acute Urinary Retention: Risks and Management *Rev in Urol Vol. 7 Suppl. 4*, 2005.
18. S.S. Connolly, J.M. Fitzpatrick Medical treatment of benign prostatic hyperplasia *Postgrad Med J* 2007; 83: 73–8.
19. Puppo P. Long-term effects on BPH of medical and instrumental therapies. *Eur Urol* 2001; 39 (Suppl. 6): 2–6.
20. Kumar V.L., Dewan S. Alpha adrenergic blockers in the treatment of benign hyperplasia of the prostate // *Int Urol Nephrol.* – 2000. – 32. – P. 67–71.
21. McNeill S.A. The role of alpha-blockers in the management of acute urinary retention caused by benign prostatic obstruction // *Eur Urol.* – 2004. – 45. – P. 325–332.
22. McNeill S.A., Daruwala P.D., Mitchel I.D. et al. Sustained release alfuzosin and trial without catheter after acute urinary retention: a prospective, placebo-controlled // *BJU Int.* – 1999. – 84. – P. 622–627.
23. McNeill S.A. Does acute urinary retention respond to alpha-blockers alone? // *Eur Urol.* – 2001. – 39 (Suppl. 6). – P. 7–12.
24. McNeill S.A., Hargreave T.B., Roehrborn C.G. et al. Alfuzosin 10 mg once daily in the management of acute urinary retention: results of a double-blind placebo-controlled study // *Urology* 2005. – 65 (1). – P. 83–90.
25. Lucas M.G., Stephenson T.P., Nagrund V. Tamsulosin in the management of patients in acute urinary retention from benign prostatic hyperplasia // *BJU Int* 2005. – 95. – 354–357.
26. Fitzpatrick J.M., Desgrandchamps F., Hong S.J., Adjali K., Gomez Guerra L. Predictors of success of a trial without catheter: Results of a cross-sectional survey in 3785 men with acute urinary retention / In: Abstracts from the XXIII Congress of the EAU. March, 26–29, 2008. Stockholm, Sweden. Stockholm; 2008. 462.
27. McNeill SA, Hargreave TB and Members of the Alfuzosin Study Group. Alfuzosin once daily facilitates return to voiding in patients in acute urinary retention. *J Urol* 2004; 171: 2316–20.
28. Lorente Garin J., Canis Sanchez D., Arango Toro O., et al. Doxazosin in the gastrointestinal therapeutic system (GITS) formulation and trial without catheter after acute urinary retention due to BPH. Dose increase action on recovery effect. *Actas Urol.Esp.* 2001; 28 (1): 32–7.