

ID: 2015-04-1276-A-5045

Краткое сообщение

Ломакин Д.В.

Влияние коротких курсов приема аводарта на лечебный патоморфоз доброкачественной гиперплазии предстательной железы*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра урологии**Научные руководители: д.м.н. Попков В.М., д.м.н. Маслякова Г.Н.***Резюме**

Длительное время ДГПЖ считалась хирургической патологией, и только начиная с 90-х годов, в общепринятые стандарты лечения вошла медикаментозная терапия. Из современных препаратов, применяемых при консервативном лечении больных гиперплазией простаты, только ингибиторы 5-альфа-редуктазы способны предотвращать прогрессирование заболевания. Целью данного исследования явилось изучение клиникой картины и морфологического субстрата ДГПЖ под влиянием аводарта при коротких сроках лечения. Изучен материал, полученный от 51 больного с диагнозом ДГПЖ, которым проводилось лечение аводартом от 1 до 2 месяцев. В зависимости от клинической эффективности применения аводарта пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – пациенты отметившие субъективное улучшение – 20 человек (39%); вторая группа – пациенты, не отметившие улучшения – 31 человек (61%). По данным лабораторно-инструментального исследования у пациентов первой группы после 1-2 месяцев лечения аводартом имелись значительно более выраженные изменения по сравнению со второй группой. Анализ биопсийного материала, также отметил более выраженную положительную динамику в первой группе.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН), аводарт

Длительное время ДГПЖ считалась хирургической патологией, и только начиная с 90-х годов, в общепринятые стандарты лечения вошла медикаментозная терапия [1]. Из современных препаратов, применяемых при консервативном лечении больных гиперплазией простаты, только ингибиторы 5-альфа-редуктазы способны предотвращать прогрессирование заболевания [2,3]. Однако до конца не изучен темп снижения клинических проявлений ДГПЖ под влиянием аводарта, а также сопутствующие этому морфологические изменения в ткани простаты.

Цель: изучение клиникой картины и морфологического субстрата ДГПЖ под влиянием аводарта при коротких сроках лечения.

Материал и методы

Изучен материал, полученный от 51 больного с диагнозом ДГПЖ, которым проводилось лечение аводартом от 1 до 2 месяцев, в клинике урологии Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева СГМУ. В зависимости от клинической эффективности применения аводарта пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – пациенты отметившие субъективное улучшение – 20 человек (39%); вторая группа – пациенты, не отметившие улучшения – 31 человек (61%). Лечебный эффект оценивали на основании исследования уровня ПСА; ТРУЗИ простаты с определением размеров железы, остаточной мочи (ОМ) до и после консервативного лечения; урофлоуметрического контроля; морфологической верификации при помощи полифокальной биопсии простаты под трансректальным ультразвуковым контролем (по показаниям) и операционного материала полученного до и после консервативного лечения.

Результаты

По данным ТРУЗИ у пациентов первой группы после 1-2 месяцев лечения аводартом средний объем предстательной железы составил 56см³, что на 9см³ (13%) меньше, чем до начала лечения, тогда как во второй группе объем железы в динамике не изменился и по прежнему составлял 65см. Количество ОМ в первой группе снизилось с 84мл до 49мл, то есть на 42%, тогда как во второй всего на 6мл (6%). При контрольной урофлоуметрии и оценке максимальной скорости потока мочи (Q_{max}) у пациентов первой группы средний показатель Q_{max} - 10,1 мл/сек, возрос на 1,6 мл/сек (16%), во второй группе – на 0,1 мл/сек (1%). При оценке средней скорости потока мочи (Q_{ср}) отмечена схожая тенденция: прирост Q_{ср} в первой группе составил 1,1 мл/сек (26%), во второй увеличился на 0,8 мл/сек и составил 19%. При анализе уровня ПСА в данных группах было установлено снижение общего ПСА на 53% и 2% соответственно. Значения плотности ПСА в динамике имели схожую тенденцию, и в первой группе средний уровень составил 0,16нг/мл/см³, во второй – уже 0,2нг/мл/см³, а снижение его по сравнению с показателями до лечения составило 36% и 9% соответственно.

Анализ биопсийного материала 51 пациента в группе до лечения позволил установить, что наиболее часто признаки пролиферации и гиперплазии выявлялись со стороны железистого компонента, что позволило в 48% случаев поставить диагноз простой железистой формы. В 45,6% случаев был диагностирован железисто-фиброзный вариант, и только в 6,4% случаев встречался стромальный вариант ДГПЖ.

Из 51 пациента прошедшего курс лечения аводартом в течение 1-2 месяцев, до лечения диагноз ПИН был поставлен в 29 случаях, причем ПИНВС – у 14 больных и ПИННС – у 15. Через 1-2 месяца после лечения динамика морфологических изменений

была разноплановой. В первой группе у 13 пациентов существенной морфологической перестройки не произошло, и у больных сохранялся тот морфологический тип ПИН, который диагностировался и до лечения. В 3 случаях у пациентов с ПИННС был диагностирован ПИНВС и у одного пациента с простой железистой формой появился ПИННС. А у 3-х пациентов отмечен явный лечебный патоморфоз: в 2-х ПИНВС и в 1-ом ПИННС, диагностированные до лечения, после проведенного курса не проявлялись. Стоит отметить, что у данных пациентов также отмечена явные улучшения по результатам лабораторно-инструментального обследования. Во второй группе у 14 пациентов существенной морфологической перестройки не наблюдалось. Однако в 13 случаях отмечена отрицательная динамика: в 5 случаях у пациентов с ПИННС был диагностирован ПИНВС, в 4 ПИН появился у пациентов с простой формой железистой гиперплазии, и особого внимания заслуживали 4 пациента, у которых диагностирован рак простаты, причем в 2-х случаях высокодифференцированная и в 2-х умереннодифференцированная аденокарцинома. И только в 4-х случаях наблюдался положительный лечебный патоморфоз: в 2-х случаях ПИННС и в одном случае ПИНВС, диагностированные до лечения, не проявлялись после, и в одном случае ПИНВС перешел в ПИННС. Обращало на себя внимание уменьшение выраженности воспалительной инфильтрации в первой группе, что может объяснять положительный клинический результат, тогда как во второй она была значительно выражена.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ морфологической картины простаты у пациентов после непродолжительного курса лечения аводартом позволил установить: пациенты имеющие более выраженную положительную клиническую динамику, а также существенные положительные лабораторно-инструментальные изменения являются объективным отражением лечебного патоморфоза ПИН у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты. В связи, с чем данной группе пациентов можно рекомендовать продолжить проведение консервативной терапии на более длительный срок под клиничко-лабораторным контролем. Что позволит отдалить оперативное лечение, либо его избежать.

Пациентам не имеющие явной положительной или имеющие отрицательную клиничко-лабораторную и инструментальную динамику целесообразно выполнение оперативного лечения, либо выполнение повторной биопсии в ранние сроки в связи с риском развития рака простаты.

Литература

1. Lepor H. Medical Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia Rev. // Urol. – 2011. – № 13 (1). – P. 20 – 33.
2. Мартов А.Г. Применение ингибиторов 5- α -редуктазы перед трансуретральной резекцией доброкачественной гиперплазии простаты // I Российский конгресс по андрологии. Москва. 4–6 июня 2008.
3. Oelke M., Kuczyk M.A., Herrmann T.R. Medikamentöse Therapie der benignen Prostatahyperplasie // Urologe. – 2009. – 48. – P. 1365–1377.