

# Пути коррекции эректильной дисфункции в программе реабилитации эндокринно-метаболических нарушений у больных с осложненными формами урогенитальных инфекций

Г.Ф. Лобанов, Н.Н. Руденко

КП КОС «Киевский областной кожно-венерологический диспансер»

**Цель исследования:** разработать и оценить пути коррекции эректильной дисфункции в программе реабилитации эндокринно-метаболических нарушений у больных с осложненными формами урогенитальных инфекций.

**Материалы и методы.** В работе приняли участие 42 пациента с осложненными формами урогенитальных инфекций. Средний возраст в клинической группе составил 28,5 года; в контрольной группе – 29,3 года.

Комплекс обследования охватывал уточнение анамнестических данных и клинко-инструментальных исследований на предмет оценки уретрогенных воспалительных процессов, степени нарушения половой функции (МИЭФ-5), определения гормонального состояния, а также экскреторной функции (уровень общего тестостерона и показателей спермограммы соответственно), ультразвукового исследования (ТРИДК).

Пациенты клинической группы получали экстракт мускусной железы (Мускус форте) по 20 мл три раза в сутки.

**Результаты исследований.** В результате исследований хронический уретропростатит был выявлен у 11 (26%) пациентов, хронический уретрогенный простатит – у 19 (47%),

хронический уретрогенный простатит – у 9 (21%) и хронический орхоэпидидимит – у 3 (6%) обследуемых. Проведена оценка эндокринно-метаболических нарушений у пациентов обеих групп.

Определена эффективность использования природных средств (Мускус форте – экстракт мускусной железы) в программе реабилитации.

Приведены результаты положительных изменений скорости объемного кровотока капсулярных артерий простатальной железы, внутренних артерий по ходу мочеиспускательного канала, артерий семенных пузырьков и гормонального зеркала в сторону нормализации соотношения андрогенов к эстрогенам, а также показателей экскреторной функции.

**Выводы.** Полученные результаты позволяют сделать выводы о достаточно высокой эффективности соединений макроциклических кетонов мускунолов, мускопиридинов, экстрагированных из препуциальных желез мускусных животных (Мускус форте) во время коррекции эректильной дисфункции.

**Ключевые слова:** урогенитальные инфекции, эректильная дисфункция, эндокринно-метаболические нарушения, коррекция.

## Аденома предстательной железы (обзор литературы)

В.В. Мегера, И.М. Антонян, Ю.В. Роцин, О.Н. Геглюк, А.А. Кешишня

Харьковская медицинская академия последипломного образования

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала», г. Харьков

Предстательная железа представляет собой цельный орган, покрытый фиброзной тканью с боков и сзади. Спереди и в зоне прохождения мочеиспускательного канала предстательная железа фиброзного покрова не имеет. Не имеет серозной оболочки и мочеиспускательный канал в предстательном отделе. Капсула предстательной железы состоит из мышечного, соединительнотканного и сосудистого слоев. В самом наружном слое капсулы, в рыхлой соединительной ткани располагается большое количество сосудов, преимущественно вен.

Морфологи в предстательной железе выделили две обособленные группы железистой ткани. Одна – центральная – в виде мелких желез, открывающихся короткими выводными протоками прямо в мочеиспускательный канал. Эта группа желез расположена в подслизистом слое на всем протяжении предстательного отдела мочеиспускательного канала и отграничена круговым и продольным слоем гладкомышечных волокон от второй – периферической группы. Центральная группа желез появляется у мужчин после 40 лет и располагается не только под слизистой оболочкой всего предстательного отдела мочеиспускательного канала, но и под слизистой оболочкой шейки мочевого пузыря местами даже густо и в большом количестве (Н.М. Борисовский, 1941). После 40 лет в предстательной железе обнаружива-

ются и аденоматозные образования. Периферическая группа желез представлена одной общей массой более развитых желез, собственно железистой тканью предстательной железы.

Железистое вещество в основном сгруппировано в боковых долях предстательной железы. В меньшем количестве – в средней доле и в незначительном количестве – в части предстательной железы, лежащей впереди мочеиспускательного канала – в переднем перешейке.

После 50 лет в предстательной железе заметно увеличивается количество стромы и уменьшается количество желез. Соединительная ткань стромы все больше замещает мышечную, которая атрофируется. Вокруг мочеиспускательного канала строма становится чисто фиброзной. Аденоматозные поражения захватывают все части предстательной железы и лишь в редких случаях только одну ее долю. Также редко предстательная железа увеличивается равномерно, почти всегда одна доля ее подвергается более значительному изменению, чем остальные.

Гуион (1896), описывая аденоматозно измененную предстательную железу, отметил: «На свежих разрезах замечается значительное количество кругловатых или овальных образований, сплюснутых вследствие взаимного сдавливания и выдающихся на поверхности разреза. Они легко выщипываются и

встречаются во всех гипертрофированных частях предстательной железы». При микроскопическом исследовании «каждая из них состоит из коркового слоя, образованного из соединительной ткани и немногих мышечных волокон, и из центральной части, состоящей из расширенных железистых каналов... Капсула у них плотная, расширена железистая трубка. В поздний период болезни железистые трубки исчезают и заменяются фиброзной тканью: железистый орган склерозируется».

Образование микроаденом обнаруживается во всех трех зонах предстательной железы, но чаще всего в промежуточной и периферической. Прослеживаются одновременно несколько узлов различной величины, по-видимому, развившихся не одновременно. При этом более крупные узлы находятся в периферических участках органа. Строма микроаденомы состоит из таких же мышечных и соединительнотканых волокон, какие имеются в ткани предстательной железы. После образования фиброзной капсулы микроаденома начинает расти «из себя», как бы распираемая изнутри. Капсула отдельных узлов образуется за счет стромы предстательной железы, волокна которой принимают концентрическое направление вокруг формирующихся узлов и окружают их. До образования капсулы она растет за счет превращения обычных желез в аденоматозные (Д.Л. Грюнвальд, 1970; А.П. Злобин, Л.А. Черкасский, 1974) или за счет гиперплазии стромы собственно предстательной железы. Преобладание их в строении находится преимущественно на стороне поражения железистых элементов. В зависимости от преобладающего вида пролиферирующей ткани узловатая гиперплазия подразделяется на аденоматозную, фиброзную, мышечную (или мышечно-фиброзную) и смешанные формы.

Выделяют и крайне редко встречающиеся формы гиперплазии: филоидная, постатрофическая, фокальная интраацинарная, папиллярная, внутриацинарная криброзная гиперплазия.

Узлы (или узелки) из фиброзной, фиброваскулярной, мышечно-фиброзной или мышечной ткани могут залегать как в самой предстательной железе, так и в ткани аденоматозной гиперплазии. При наличии множественных узлов гиперплазии они могут иметь разное строение.

Малигнизация железистой ткани узловатой гиперплазии наблюдается редко, чаще встречается врастание в нее рака из окружающей ткани самой предстательной железы.

Анализ многочисленных исследований морфологов и глубокое изучение собственных исследований позволяют констатировать то, что в 85–90% случаев встречается чистая аденоматозная (железистая) гиперплазия в предстательной железе и лишь 10–15% случаев приходится на смешанную форму, а преобладание стромальных (мышечно-фиброзных или мышечных) структур встречается еще реже.

В результате роста аденоматозных узлов ткань предстательной железы оттесняется и сдавливается узлами гиперплазии с развитием атрофии паренхимы органа. Вокруг узлов образуется хирургическая капсула, в том числе и со стороны мочеиспускательного канала. В ней различают внутренний и наружный слой. Внутренний слой расположен непосредственно у узлов гиперплазии. Наружная хирургическая капсула включает и анатомическую капсулу железы, внутренняя – стенку мочеиспускательного канала. Важно то, что внутренняя хирургическая капсула имеет такое же происхождение, как и наружная. Строма хирургической капсулы богата соединительной тканью, содержит значительное количество эластичных волокон и бедна гладкомышечными, которые частично атрофировались. Вокруг предстательного отдела мочеиспускательного канала формируется фиброзная ткань.

Предстательный отдел мочеиспускательного канала удлиняется с 3–4 см до 7–8 см. Просвет мочеиспускательного канала из цилиндрического превращается в щелевидный, расширения сразу за *orificium internum* достигает 3–4 см. Уретральная трубка, сдавленная с боков, расширяется сверху вниз, спереди назад за счет растяжения задней полуокружности. Передняя полуокружность этой части мочеиспускательного канала практически не изменяется.

Таким образом, изучение морфологической структуры гиперплазированной предстательной железы показало, что источником роста аденомы может быть любая ткань предстательной железы, а не только стромальная клетка. Почти во всех случаях началом образования узловатой гиперплазии является собственно железистая ткань органа. Аденомы развиваются чаще в периферической зоне предстательной железы и реже всего – в околоуретральной зоне. Это, по нашему мнению, имеет важное значение при выборе хирургического метода лечения.

## Применение уроселективных альфа-адреноблокаторов в терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**З.Р. Шодмонова, Б.Т. Ишмурадов, Р.Р. Гафаров, А.А. Ачилов**

Самаркандский государственный медицинский институт

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее часто встречающееся заболевание у мужчин пожилого возраста (Barendrecht M.M. et al., 2008). У большинства пациентов ДГПЖ приводит к увеличению размеров предстательной железы (ПЖ), нередко вызывает инфравезикальную обструкцию и симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП). В таких случаях говорят о клинической форме ДГПЖ, требующей лечения. Для медикаментозного лечения больных ДГПЖ в зависимости от степени выраженности СНМП применяют ингибиторы 5 $\alpha$ -редуктазы, блокаторы  $\alpha$ -1-адренорецепторов, полиеновые антибиотики, антиандрогены, препараты растительного и биологического происхождения, а также их комбинации.

**Цель исследования:** определение эффективности и безопасности уроселективных блокаторов  $\alpha$ -1-адренорецепто-

ров на выраженность ирритативных СНМП у больных с ДГПЖ при длительности лечения не менее 2 мес.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 37 больных ДГПЖ в возрасте 48–79 лет. В зависимости от степени выраженности СНМП больные были распределены на 3 группы: 1-я группа – 29 человек с легкой симптоматикой заболевания (IPSS – 0–8 баллов), за которыми проводили динамическое наблюдение; 2-я группа – 31 пациент с умеренной степенью выраженности СНМП (IPSS – 8–19 баллов), им назначали фитопрепараты и 3-я (основная) группа – 37 больных с выраженными обструктивными и ирритативными симптомами (IPSS – 20–35 баллов), которые получали Грасулан (уросе-