

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 α -редуктазы, блокаторы α -1-адренорецепторов, полиеновые антибиотики, антиандрогены, препараты растительного и биологического происхождения, а также их комбинации.

Цель исследования: определение эффективности и безопасности уроселективных блокаторов α -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-

лективный блокатор α -1-адренорецепторов) 1 капсула 1 раз в сутки в течение не менее 2 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов исследования было установлено, что препарат Грасулан, назначаемый в течение 60 дней, положительно влияет уже в первые месяцы лечения как на субъективные, так и на объективные симптомы ДГПЖ. Препарат существенно уменьшает выраженность клинических проявлений заболевания (средний балл симптоматики по шкале IPSS к концу лечения снижался на 5,1 балла – с $16,9 \pm 2,1$ до $11,8 \pm 1,9$ балла) и улучшает качество жизни (QoL). Отмечена выраженная положительная динамика показателей урофлоуметрии (максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) после лечения возросла на $4,3$ мл/с – с $8,6 \pm 0,9$ до $12,9 \pm 0,4$ мл/с). У больных с ДГПЖ на фоне

не лечения Грасуланом значительно снижалось количество остаточной мочи (с $118,5 \pm 12,9$ мл до $53,8 \pm 9,7$ мл к концу лечения), выявлено также умеренное снижение среднего объема ПЖ ($48,7 \pm 5,9$ см³ до начала терапии и $44,8 \pm 3,9$ см³ к концу лечения). Благодаря своей высокой селективности препарат не вызывал клинически значимого снижения артериального давления.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать препарат Грасулан как уроселективный блокатор α -1-адренорецепторов для применения у больных с ДГПЖ с умеренно выраженными симптомами заболевания (IPSS – 8–19 баллов). Препарат целесообразно назначать не менее 2 мес непрерывно. Именно этот срок лечения позволяет существенно повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни и уменьшить объем ПЖ.

Частота почечных хирургических осложнений при аденомэктомии предстательной железы в зависимости от способа гемостаза

З.Р. Шодмонова, Р.Р. Гафаров, Б.Т. Ишмурадов
Самаркандский медицинский институт

Хорошо известно, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – это урологическое заболевание мужчин пожилого и старческого возраста. По данным ООН численность населения в возрасте старше 60 лет к началу XXI века возросла более чем в 3 раза, в силу чего прослеживается тенденция к увеличению продолжительности жизни мужского населения и увеличения доли мужчин старших возрастных групп. Все это придает проблеме высокую социальную значимость. Доля пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, несмотря на все многообразие средств медикаментозной терапии, все еще остается на высоких цифрах. Кроме того, существует большой арсенал трансуретральных методов лечения, которые, однако, не всегда предпочтительнее традиционных открытых операций, в частности, чреспузырной аденомэктомии предстательной железы (ПЖ).

Возникающие после открытой аденомэктомии ПЖ осложнения, по данным разных авторов, составляют от 8,8% до 40%. Среди этих осложнений особое место занимают почечные хирургические осложнения.

Оперативное лечение геронтологической группы урологических больных имеет ряд особенностей, связанных со снижением адаптационных механизмов организма, сопутствующими патологическими изменениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличием пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Более 50% операций у больных пожилого и старческого возраста составляет аденомэктомия ПЖ.

Н.А. Лопаткин (1982) подразделил осложнения аденомэктомии на 3 группы: 1-я – инфекционно-аллергические; 2-я – функциональные; 3-я – органические. Данная классификация может быть применена и в отношении почечных осложнений. Пиелонефрит и почечная недостаточность при аденоме ПЖ занимают ведущее место среди причин летальных исходов. Актуальным является не только выявление и устранение периоперационных почечных хирургических осложнений при аденомэктомии, но и прогнозирование их исходов.

Цель исследования: изучение особенностей почечных хирургических осложнений в интра- и послеоперационный периоды в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование почечных хирургических осложнений у 80 больных после аденомэктомии ПЖ. Все больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – больные, которым выполнена аденомэктомия с тампонирующим ложа (n=22); 2-я группа – с ушиванием ложа (n=12); 3-я группа – с низведением шейки мочевого пузыря (n=26) и 4-я группа – с применением 10% настоя лагохилуса в качестве гемостатика (n=20). Все возникшие почечные хирургические осложнения в соответствии с адаптированной классификацией хирургических осложнений Р.А. Clavien и D. Dindo (2004) распределены на 5 степеней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Количество почечных хирургических осложнений у больных 1-й группы составило: I степень – 3 (3,7%), II степень – 1 (1,2%), III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 1 (1,2%). Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии у больных 2-й группы: I степень – 2 (2,5%), II степень – 2 (2,5%), III степень – 0, IV степень – 1 (1,2%), V степень – 1 (1,2%). У больных 3-й группы: I степень – 2 (2,5%), II степень – 1 (1,2%), III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 0. У больных 4-й группы после аденомэктомии с местным применением лагохилуса: I степень – 1 (1,2%), II степень – 0, III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 0.

ВЫВОДЫ

Таким образом, больше всего осложнений после открытой аденомэктомии наблюдается при тампонировании и ушивании ложа аденомы и меньше при наложении съемных швов. Возникновение интра- и послеоперационных осложнений сводится к минимуму при обработке ложа 10% настоем лагохилуса опьяняющего, что дает основание рекомендовать его в качестве эффективного гемостатического средства. Использование классификации хирургических осложнений, предложенной Р.А. Clavien и D. Dindo, позволяет своевременно выявлять, группировать и эффективно устранять возникающие почечные хирургические осложнения при операциях на предстательной железе.