

УДК 616.65-007.65

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ПРОСТАТИТОМ
(Обзор литературы)**

Ж.Т. Джапаров, А.Ч. Усупбаев, М.Б. Кылычбеков, Н.К. Курманбеков

Представлено современное состояние проблемы доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании с хроническим калькулезным простатитом. Указаны причины и проблемы лечебной тактики. Отмечена всевозрастающая актуальность малоинвазивных операций, в частности трансуретральной резекции простаты.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия; предстательная железа; хронический простатит; калькулезный; трансуретральная резекция; осложнения; лечение.

**BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA COMBINED
WITH CHRONIC CALCULOUS PROSTATITIS
(Review)**

J.T. Djaparov, A.Ch. Usupbaev, M.B. Klychbekov, N.K. Kurmanbekov

In a review article presents the current state of the problem of benign prostatic hyperplasia in conjunction with chronic calculous prostatitis. The paper states the reasons and problems of medical tactics. The escalating relevance of low-invasive operations, in particular a transurethral resection of the prostate is noted.

Keywords: benign prostatic hyperplasia; chronic prostatitis; calculous; transurethral resection; complications; treatment.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – узелковая пролиферация стромальной и железистой ткани в периуретральной области (гистологическая точка зрения), увеличение простаты (макроскопически), наличие симптома простатизма (клинически), начинающаяся в зрелом возрасте и приводящая к появлению дизурии [1].

ДГПЖ имеет доброкачественный рост, т. е. не дает метастазов. Это коренным образом отличает ДГПЖ от рака предстательной железы. Основным ориентиром начала злокачественного перерождения предстательной железы является уровень простатического специфического антигена.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) считается наиболее распространенным заболеванием у мужчин пожилого и старческого возраста [2]. Клинические симптомы ДГПЖ, по данным F. Schroeder и J. Altwein (1992), наблюдаются у 34 % мужчин в возрасте от 40 до 50 лет, у 67 % мужчин – в возрасте от 51 до 60 лет,

77 % мужчин – в возрасте от 61 до 70 лет и у 83–90 % мужчин 70 лет и старше, но при гистологическом исследовании ткани простаты эта болезнь выявляется у 41–68 % мужчин в возрасте до 50 лет, у 73–88 % – в возрасте 51–70 лет и у 92–100 % – в возрасте 70 лет и старше [3, 4]. Обращаемость по поводу ДГПЖ в течение года на 1000 мужчин в среднем составляет 20,3. Распространенность по данным обращаемости по поводу ДГПЖ с увеличением возраста прогрессивно растет: с 4,8 % – в возрасте до 40 лет до 40,3 % – в возрасте 75 лет и старше. В среднем на одного зарегистрированного больного ДГПЖ в год приходится 2,44 амбулаторного посещения. Из общего числа обращений в течение года абсолютное большинство (88,6 %) приходится на регистрацию хронических заболеваний ДГПЖ (43,6 %) и обострение хронических заболеваний (45,0 %), а впервые выявленные болезни составили заметно меньшую долю (11,4 %).

По данным А.М. Шикова (2004), большой интерес представляет распределение респондентов

по срокам их обращения к врачу. Из них 39,2 % больных ДГПЖ обращались к врачу сразу же, как только заметили первые симптомы заболевания, 11,5 % – в течение 1–6 месяцев и 9,2 % – в течение 6–12 месяцев. Сравнительно небольшая часть (4,6 %) обратились за консультацией специалистов в сроки от 1-го года до 2-х лет и 3,9 % – через 2 года и позднее. Вместе с тем, почти треть респондентов (31,6 %) не могли вспомнить времени обращения за медицинской помощью.

Некоторые авторы отмечают возрастание в последние годы заболеваемости ДГПЖ у жителей многих стран мира [5, 6].

Хронический калькулезный простатит в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы часто является случайной находкой при обследовании больных с симптоматикой нижних мочевыводящих путей и до сегодняшнего времени клинически малоизученной патологией. У мужчин пожилого и старческого возраста в предстательной железе частично атрофируются мышечные волокна, в связи с чем в концевых отделах желез накапливается секрет, который постепенно уплотняется, превращаясь в простатические конкременты. Этиология этого явления до настоящего времени не выявлена.

Сегодня методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы очень много. Это медикаментозное лечение, минимально-инвазивные и открытые хирургические операции, количество которых во всем мире уменьшается. Связано это явление, прежде всего, с появлением новых технологий лечения. К малоинвазивным методом лечения относится трансуретральная резекция (ТУР), которая в настоящее время является золотым стандартом лечения ДГПЖ. По материалом международного комитета по ДГПЖ Американской и Европейской урологических ассоциаций, из всех хирургических и малоинвазивных операций по поводу ДГПЖ, ТУР выполнялся у 63,7–98,3 % больных.

На сегодняшний день около 20–40 % мужчин, страдающих ДГПЖ, подвергаются по поводу заболевания оперативному лечению [6]. Обладая высокой клинической эффективностью у больных, страдающих ДГПЖ, ТУР простаты имеет умеренное количество осложнений. В последнее время появились работы, где отмечаются неблагоприятные результаты ТУР у больных, страдающих ДГПЖ в сочетании с хроническим калькулезным простатитом [7]. Причины неудовлетворительных результатов ТУР у больных практически никто не анализировал. В литературе имеются лишь единичные сообщения о профилактике и лечении инфекционно-воспалительных осложнений после

ТУР у больных ДГПЖ. В публикации не приведены результаты сравнительной оценки частоты и степени выраженности разных осложнений после ТУР у больных ДГПЖ в сочетании с хроническим калькулезным простатитом в зависимости от степени фазы воспалительного процесса в простате. Есть версии, что возможность развития инфекционно-воспалительных осложнений после ТУР в значительной степени зависит от иммунореактивности организма [8], но почти нет исследований о состоянии иммунитета у больных ДГПЖ в сочетании с хроническим калькулезным простатитом и о работе по иммунопрофилактике этих осложнений у больных данной группы. Не изучены, например, такие вопросы, как особенности симптоматики и клинического течения ДГПЖ в сочетании с хроническим калькулезным простатитом и особенности выполнения ТУР у этой группы больных.

В многочисленных работах приводятся следующие преимущества ТУР перед открытой аденомэктомией у больных ДГПЖ: отсутствие расщепления здоровых тканей при подходе к патологическому очагу, достижение надежного контроля за гемостазом, более легкое течение послеоперационного периода и короткий койко-день, возможность выполнения вмешательства у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией. По данным сводного анализа 29 рандомизированных исследований, выполненных с 1986 по 1998 г., симптоматическое улучшение по международной шкале суммарного балла симптоматики IPSS было отмечено после ТУР у 70,6 % больных ДГПЖ, а данные более чем половины исследований превышают этот показатель [9, 10].

В настоящее время накопленный опыт выполнения ТУР и хорошо обработанная техника операции значительно расширили показания к выполнению этого вмешательства у больных с ДГПЖ.

На сегодняшний день показанием к ТУР простаты считается симптоматическая ДГПЖ любой стадии и любых размеров, когда открытая аденомэктомия опасна или противопоказана. Однако, по заключению А.Г. Мартова и Н.А. Лопаткина, предпочтение ТУР отдается при следующих условиях:

- 1) объем ДГПЖ менее 60–80 куб. см;
- 2) относительно молодой возраст пациента при необходимости сохранения половой функции;
- 3) подозрение на рак предстательной железы;
- 4) ожирение, тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем;
- 5) сочетанные заболевания нижних мочевыводящих путей;

6) ранее перенесенные операции на мочевом пузыре, простате, передней брюшной стенке, кишечнике, а также после гипертермии, термотерапии, лазерной абляции ДГПЖ;

7) рецидивы заболевания (истинные и ложные).

8) сочетание ДГПЖ с хроническим воспалением предстательной железы и камнями простаты.

Таким образом, окончательно и более достоверно о наличии воспалительного процесса в ткани предстательной железы у больных ДГПЖ можно судить только на основании патоморфологического исследования удаленной гиперплазированной простаты после открытой чреспузырной аденомэктомии или после трансуретральной резекции простаты.

В литературе имеются различные данные о частоте хронического простатита у больных с ДГПЖ, но мало информации о хроническом калькулезном простатите в сочетании с ДГПЖ, требующей дальнейшего изучения данного заболевания.

Литература

1. *Аляев Ю.Г.* Диагностика и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, Д.В. Чиненов // *Лечащий врач*. 2007. № 4.
2. *Севрюков Ф.А.* Факторы риска и качество жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Ф.А. Севрюков, И.А. Камаев, М.Н. Гриб и др. // *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2011. № 3.
3. *Усович А.К.* Особенности структурной организации мышечной ткани и образование конкрементов в простате человека / А.К. Усович, В.А. Краснобаев // *Новости хирургии*. 2012. Т. 20. № 4.
4. *Эстебесов Н.С.* Сравнительный анализ осложнений трансуретральной резекции простаты и открытой чреспузырной аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Н.С. Эстебесов // *Вестник КPCY*. 2014. Т. 14. № 12.
5. *Латышева В.Я.* Проблемы здоровья и экологии. Современные методы лечения и медицинской реабилитации больных с доброкачественной гиперплазией простаты / В.Я. Латышева, Аль-Кабаб Тауфик Ахмед Мохаммед, Е.В. Карпович. Гомель: Изд-во Гомельского гос. мед. ин-та, 2006.
6. *Коган М.И.* Влияние приобретенного возрастного гипогонадизма на результаты трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы / М.И. Коган, А.В. Сигаев, А.Ю. Киреев и др. // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2011. № 5.
7. *Рыбачков В.В.* Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании с гипербарической оксигенацией / В.В. Рыбачков, И.С. Шорманов, А.И. Рыжков // *Вестник Ивановской мед. академии*. 2014. Т. 19. № 2.
8. *Деревянко Т.И.* Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений после открытых хирургических и эндоурологических манипуляций на органах мочевыводящих путей и репродуктивной системы у мужчин / Т.И. Деревянко, И.М. Лайпанов, В.В. Рыжков и др. / ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздрава социализации России «Эффективная фармакотерапия» // *Урология и нефрология*. 2013. № 1.
9. *Беляев А.И.* Место трансуретральной резекции в хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (по материалам госпиталя за 2015 г.) / А.И. Беляев, Ю.В. Свирков, А.С. Чемезов и др. / *Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн* // *Оренбургский мед. вестник*. 2015. Т. IV. № 3 (15).
10. *Табынбаев Н.Б.* Симультанная операция «аортокоронарное шунтирование», трансуретральная уретротомия и резекция доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Н.Б. Табынбаев, А.А. Алдешев, И.Ж. Валишаев, Е.К. Исков // *Урология и нефрология Казахстана*. 2012. № 1 (2).