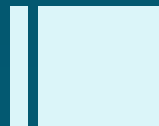


Аденома предстательной железы

Подготовил студент 312гр.
Ким Дмитрий

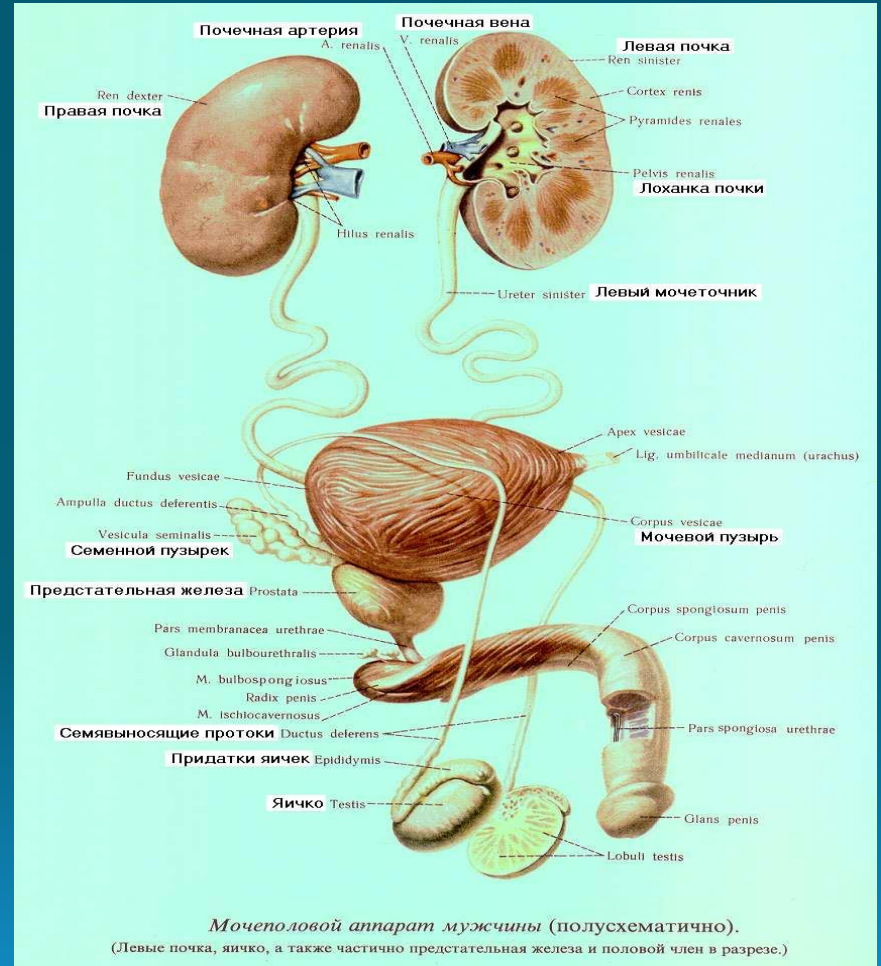
Аденома предстательной железы



(доброкачественная гиперплазия **предстательной железы**, ДГПЖ) — это доброкачественная опухоль, часто возникающая у мужчин старше 40-50 лет.

Анатомия предстательной железы

- Предстательная железа представляет собой мышечно-железистый орган в виде усеченного конуса, основанием расположенного к дну мочевого пузыря, а верхушкой – к мочеполовой диафрагме, который охватывает начальный отдел мочеиспускательного канала.
- Указанные анатомические взаимоотношения определяют возникновение клинических симптомов, возникающих при увеличении предстательной железы и ее воспалении.



Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы представляет собой увеличение предстательной железы, связанное с усиленным клеточным ростом.
- Макроскопически представляет собой четко очерченный, ограниченный капсулой узел, расположенный в толще органа.
- Микроскопически состоит из эпителиальной паренхимы и соединительнотканной стромы.
- Наряду с разрастанием железистой ткани наблюдается разрастание фиброзной ткани (фиброаденома) и разрастание мышечных волокон (адемиома).
- Это сопровождается увеличением массы железы от 30 до 200 и более граммов.

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (макропрепарат)



Факторы этиологии и патогенеза развития Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

- гормональный дисбаланс
- тестостерон и дегидротестостерон
- факторы роста (эпидермальный, трансформирующий, фибропластический, инсулиноподобный, колониестимулирующий)
- простатоспецифический антиген



Частота ДГПЖ и СНМП

- При аутопсии ДГП обнаруживается у 40% мужчин в возрасте 50 лет и у 90% у мужчин старше 80 лет.
- отмечается тенденция к росту продолжительности жизни и численности мужского населения старше 50 лет. Это привело к заметному увеличению количества больных гиперплазией простаты.
- большинство мужчин старше 50 лет имеют те или иные симптомы, обусловленные ДГП.
- Распространённость СНМП варьируется в зависимости от возраста в пределах от 14% (40-49 лет) до >40% (60-69 лет).
- число больных с СНМП в возрастных группах 50-59; 60-69 и 70-79 лет в Голландии составляет 26, 30 и 36%, а во Франции 8, 14 и 27%.

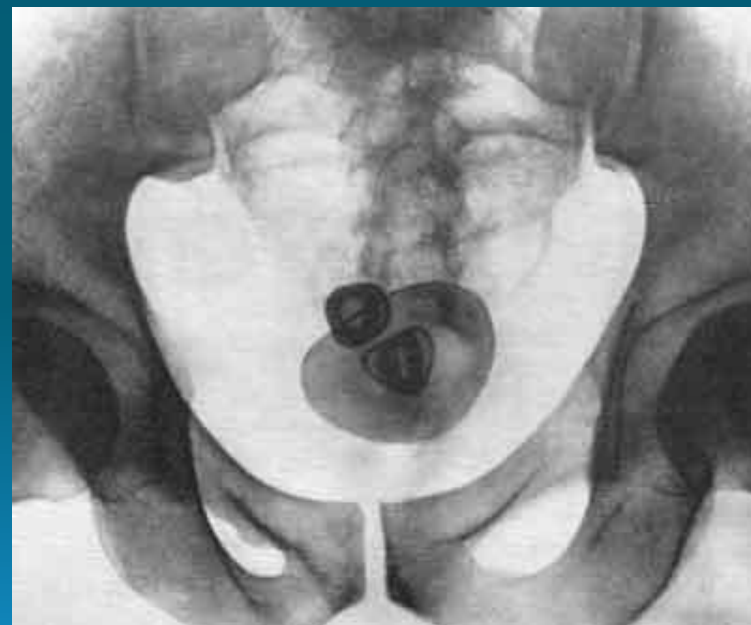
ДГПЖ приводит к :

- развитию инфравезикальной обструкции
- острой или хронической задержке мочеиспускания,
- образованию камней мочевого пузыря,
- пузырно-мочеточниковым рефлюксам,
- инфекции мочевыводящих путей,
- двустороннему уретерогидронефрозу и хронической почечной недостаточности.

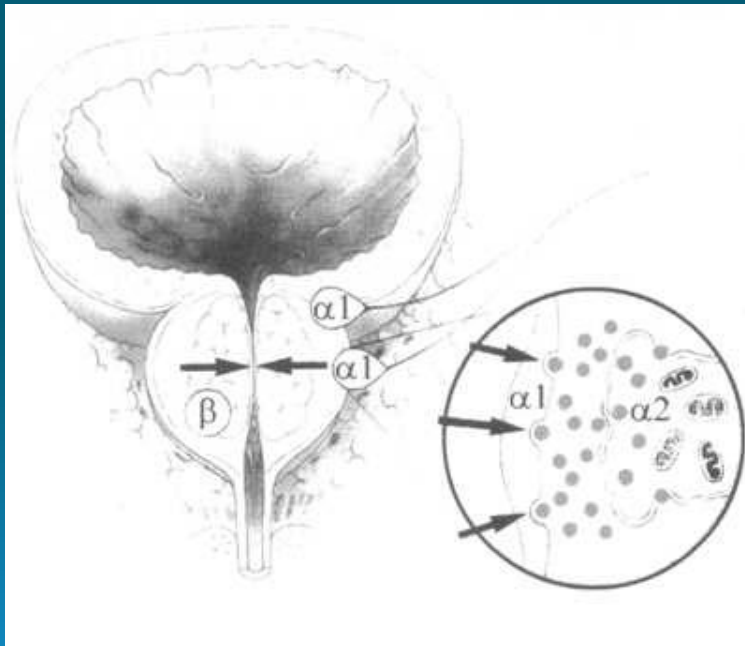
УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗ ПРИ ДГПЖ



ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС И КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ДГПЖ



Причинами нарушения мочеиспускания являются инфравезикальная обструкция и ослабление функции детрузора.



СИМПТОМЫ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

▪ *Ирритативные симптомы*

- 1. Императивные позывы на мочеиспускание
- 2. Учащенное дневное и ночное мочеиспускание
- 3. Невозможность удержать мочу при возникновении позыва

Обструктивные симптомы

1. Ослабление струи мочи
2. Прерывистое мочеиспускание
3. Затрудненное мочеиспускание
4. Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
5. Задержка мочи

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

- I стадия - компенсированная
- II стадия - субкомпенсированная
- III стадия - декомпенсированная

I стадия - компенсированная

- Компенсированная стадия клинически характеризуется жалобами больного на учащенные позывы на мочеиспускание, особенно в ночное время, вялую струю мочи. В этой стадии мочевого пузыря больного еще полностью опорожняется, а в верхних отделах мочевых путей существенных изменений нет.

II стадия - субкомпенсированная

- Основным моментом, характеризующим вторую стадию, является нарушение эвакуаторной функции мочевого пузыря. Детрузор не в состоянии преодолеть препятствие, образующееся в шейке мочевого пузыря и вывести всю мочу, что сопровождается **наличием остаточной МОЧИ** после естественного мочеиспускания в количестве 100 и более мл. У больного в этой стадии заболевания начинает появляться ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
- В первую и вторую стадии заболевания отмечаются случаи острой задержки мочи, спровоцированные приемом алкоголя, переохлаждением и др. факторами.

III стадия - декомпенсированная

- Для третьей стадии характерны наличие потери тонуса как детрузора, так и внутреннего сфинктера мочевого пузыря. Клинически это проявляется жалобами больного как на явления задержки мочи, так и на недержание мочи, выражающееся в виде непроизвольного выделения мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре. Это явление получило определение <парадоксального мочеиспускания>.

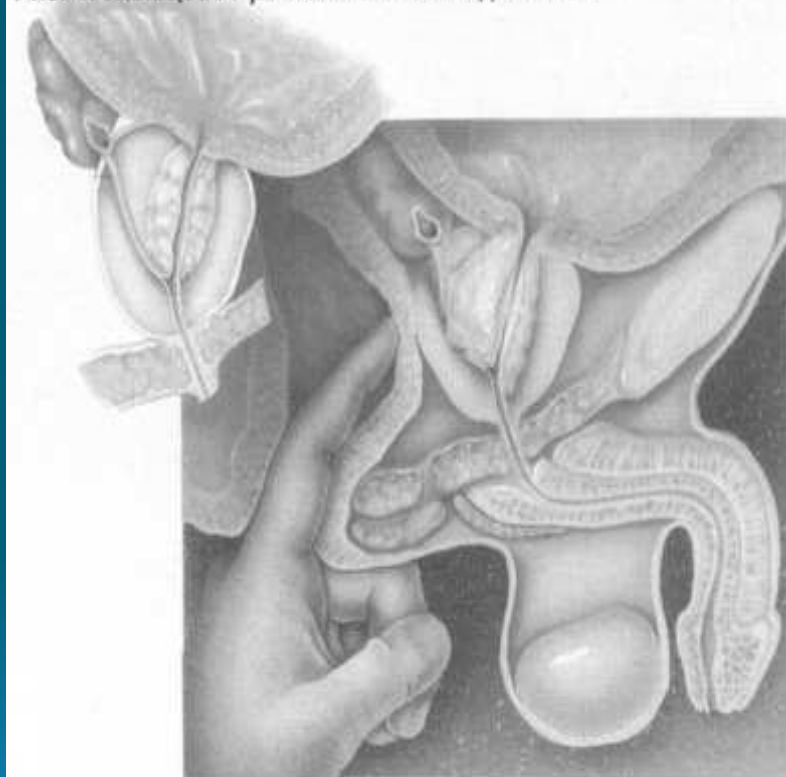
ДИАГНОСТИКА

- **минимальный перечень необходимых обследований** включает в себя: сбор анамнеза; пальцевое ректальное исследование (ПРИ); общий анализ мочи; определение мочевины и креатинина сыворотки крови; оценка морфофункционального состояния почек и верхних мочевых путей с помощью рентгеновских или радиоизотопных методов обследования; абдоминальное и трансректальное ультразвуковое сканирование предстательной железы, уродинамическое исследование (урофлоуметрия); определение наличия и количества остаточной мочи (RV); определение уровня простатоспецифического антигена сыворотки крови (ПСА).

Ректальное пальцевое исследование

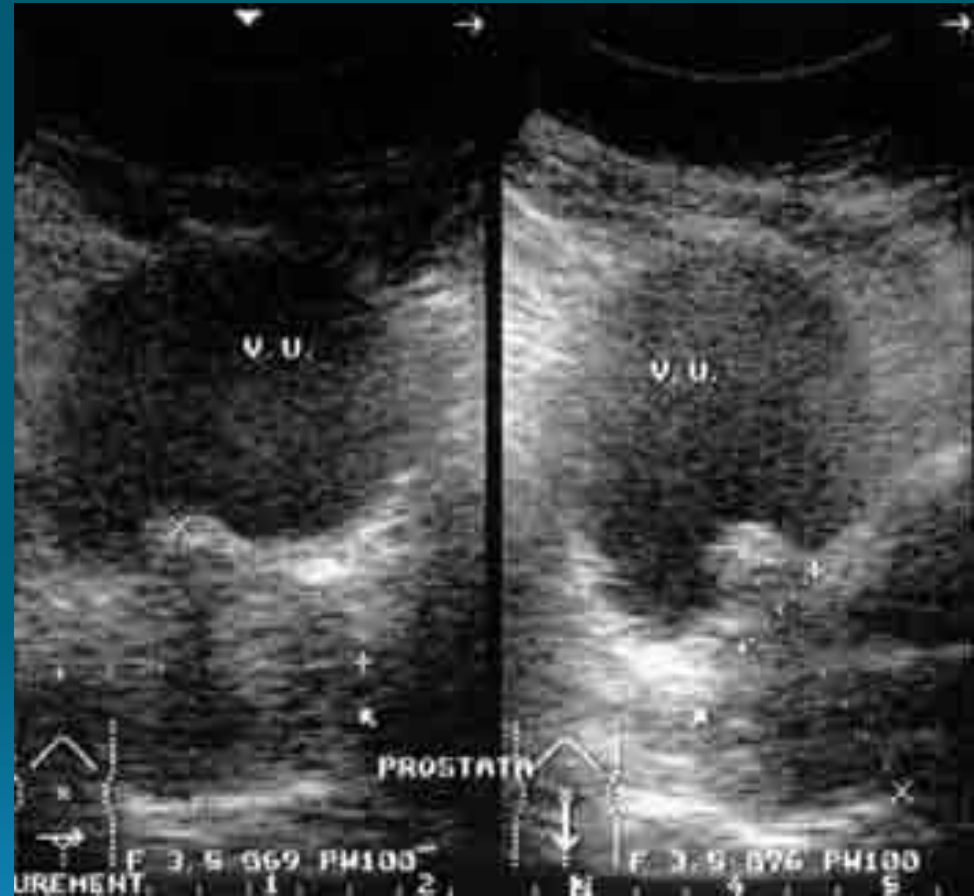
- **Ректальное пальцевое исследование** позволяет определить размеры предстательной железы, оценить ее консистенцию, которая должна быть гладкой, эластичной, безболезненность, сглаженность междолевой бороздки, четкость контуров железы и свободную окружающую клетчатку.

Рис. 1. Пальцевое ректальное исследование.



Ультразвуковое исследование

- **Ультразвуковое исследование** предстательной железы позволяет определить размеры ДГП в миллиметрах, наличие камней в мочевом пузыре и предстательной железе, остаточную мочу, наличие дилатации мочеточников и лоханок.
- УЗИ предстательной железы можно проводить как линейным датчиком, так и ректальным. Последний дает возможность получить информацию о структуре предстательной железы, ее однородности, наличии очагов фиброза, жидкостных образований, наличии средней доли и ее размерах и т.д.
- Измерение железы дает возможность по формулам определить ее массу и объем. В новых аппаратах имеется компьютер, который автоматически определяет объем ДГП, что очень важно для выработки тактики лечения.



Урофлоуметрия

- Возможность количественной оценки зависимости объемной скорости потока мочи от времени в процессе мочеиспускания без каких-либо воздействий на больного максимально приближает это исследование к естественным физиологическим условиям.
- Выявляемые у больных с ДГП уменьшение максимальной и средней скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, снижение урофлоуметрического индекса позволяют диагностировать нарушение мочеиспускания и объективно, в количественном выражении, оценить их тяжесть.
- Максимальная скорость потока мочи менее 15 мл/с является показателем нарушенного мочеиспускания, вызванного ДГП

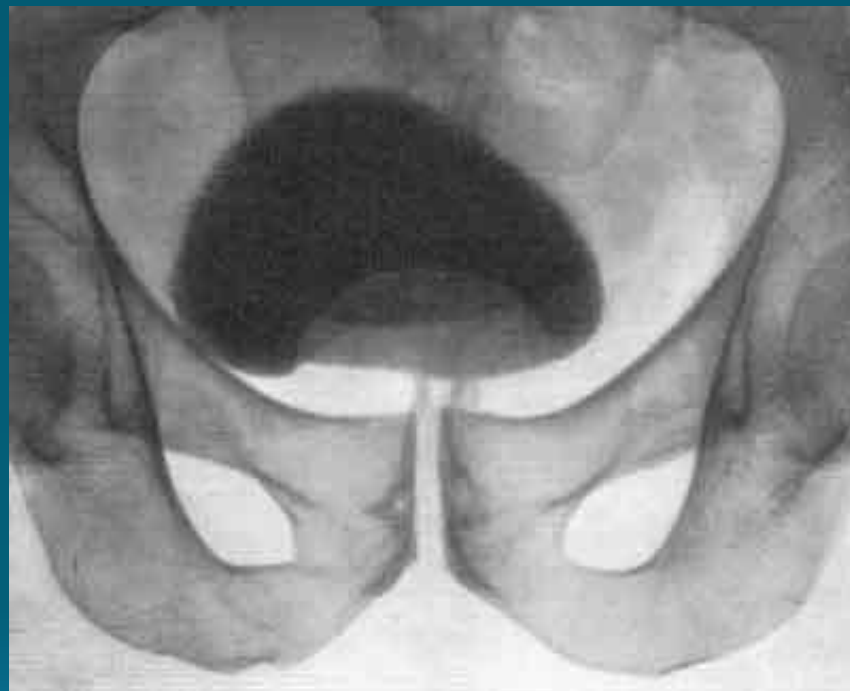
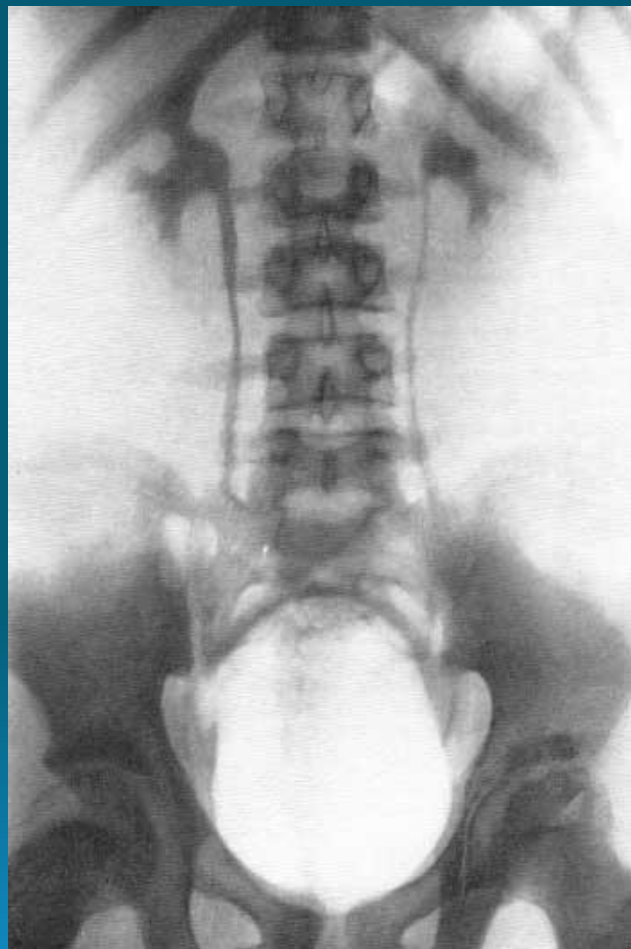
Лабораторная диагностика

- клинические анализы крови и мочи,
- определение содержания креатинина и мочевины в сыворотке крови.
- определение уровня простатспецифического антигена (ПСА)

Рентгенологическая диагностика

- **Рентгенологическая диагностика** заключается в экскреторной урографии с отсроченной цистографией. Эти методы позволяют оценить функцию почек, наличие или отсутствие нарушения оттока мочи из верхних мочевых путей, визуализировать ДГП, диагностировать камни в мочевом пузыре, дивертикулы мочевого пузыря, остаточную мочу и провести дифференциальную диагностику со склерозом шейки мочевого пузыря.
- Рентгеновская компьютерная томография и магнитно-резонансная томография также могут быть включены в комплекс обследования при ДГП, особенно в неясных ситуациях.

экскреторная урография и цистография



Эндоскопическое и морфологическое исследование

- **Эндоскопическое исследование** у больных с ДГП (цистоскопия) проводят с целью выявить гиперплазированную предстательную железу, источники кровотечения в случаях гематурии, определить камни мочевого пузыря, дивертикулы, наличие средней доли, а также выработать тактику лечения.

- **Морфологическое исследование** предстательной железы посредством ее биопсии ректальным или промежностным путем в сомнительных случаях дает возможность установить окончательный диагноз ДГП.

Дифференциальная диагностика ДГПЖ проводится с

- Хроническим простатитом
- Стриктурами уретры
- Опухолями мочевого пузыря
- Камнями мочевого пузыря
- Склерозом предстательной железы и шейки мочевого пузыря
- Раком предстательной железы

Дифференциальная диагностика ДГПЖ и рака предстательной железы

- Пальцевое ректальное исследование
- Определение уровня простатоспецифического антигена
- Биопсия предстательной железы

Основные методы лечения больных ДГПЖ

Хирургическое лечение

Медикаментозная терапия

Фитотерапия

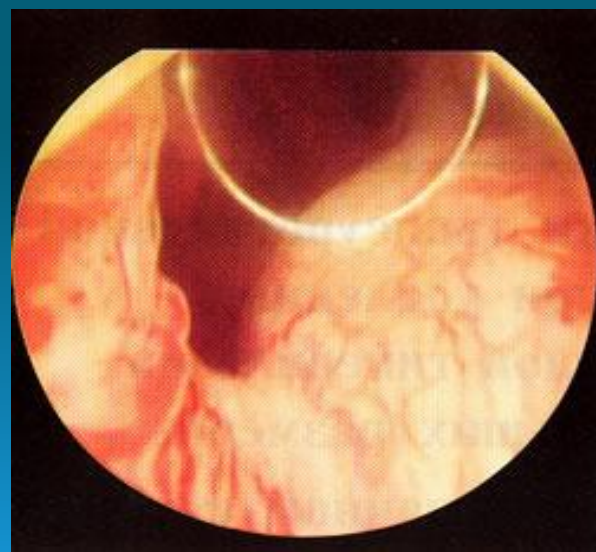
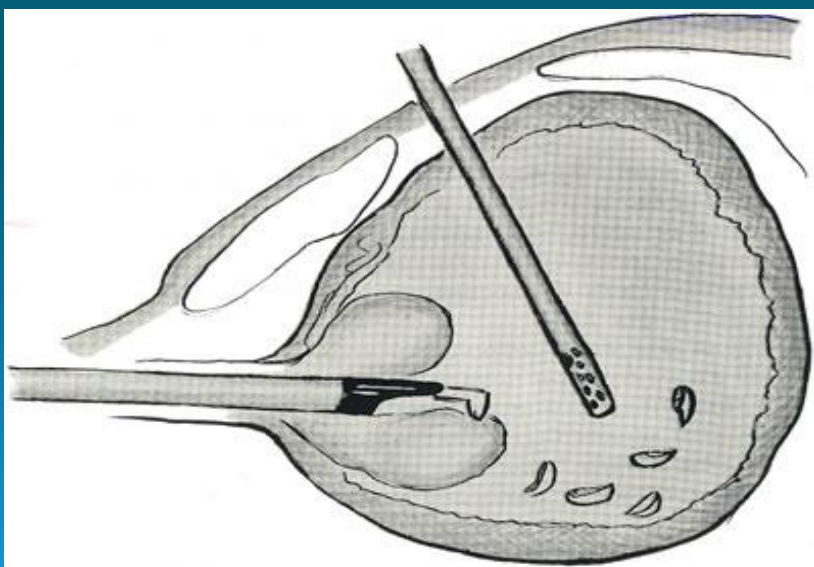
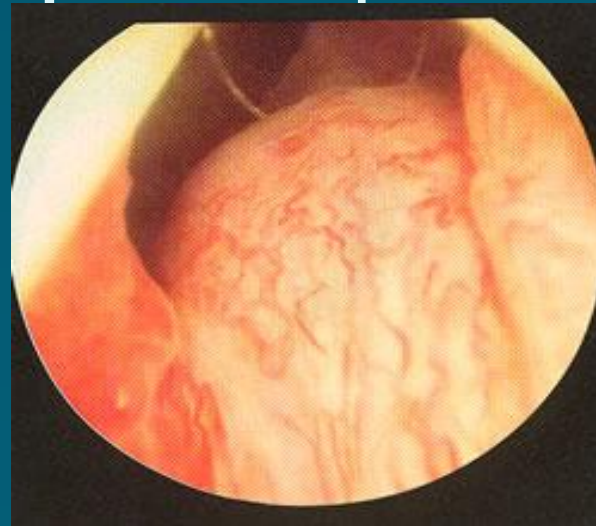
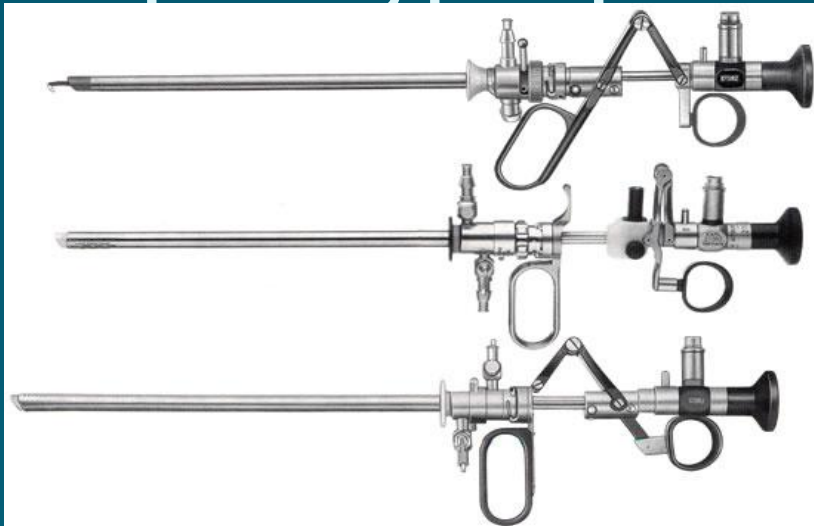
Термотерапия

наблюдение

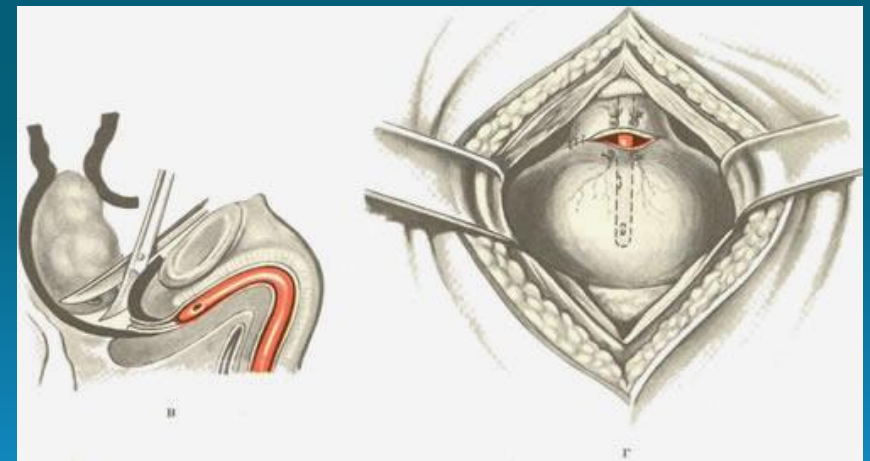
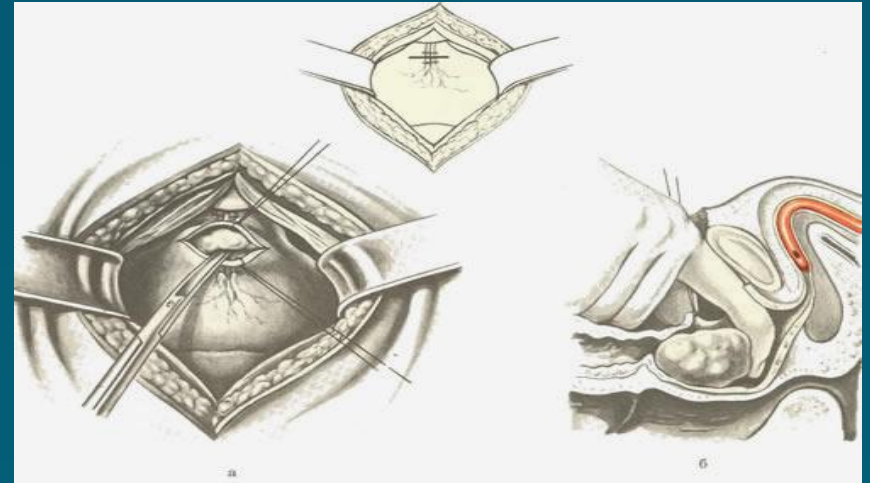
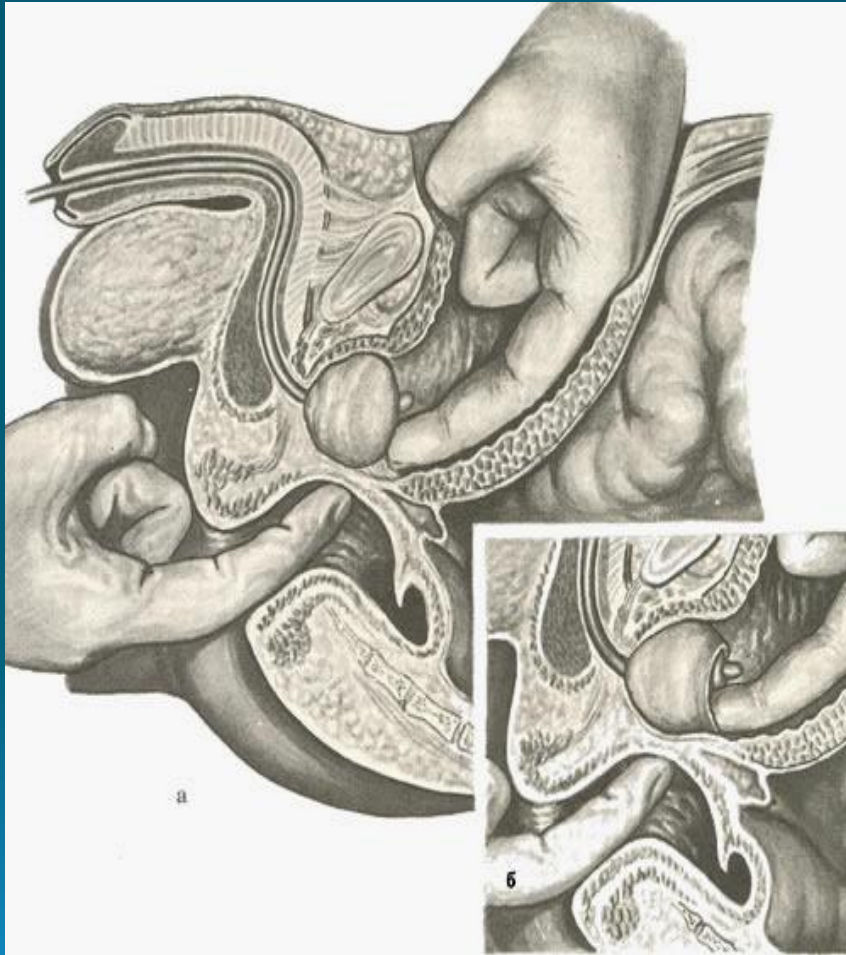
Хирургическое лечение

- **Показаниями к операции** являются:
 - повторяющаяся острая задержка мочеиспускания;
 - формирование камней мочевого пузыря;
 - прогрессирование хронической почечной недостаточности вследствие инфравезикальной обструкции;
 - рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы мочевых путей;
 - повторяющаяся макрогематурия,
 - отсутствие эффекта от медикаментозного лечения.
- **Виды операций**
- **Трансуретральная резекция**
- **Черезпузырная аденомэктомия**
- **Позадилобковая аденомэктомия**

Трансуретральная резекция

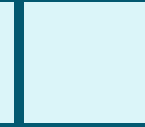


Черезпузырная и позадилобковая аденомэктомия



Динамическое наблюдение

- допустимо у пациентов с мягкой симптоматикой ДГП (IPSS < 8), а также у пациентов, качество жизни которых существенно не страдает из-за имеющихся симптомов. Наблюдение за такими пациентами включает в себя объяснение им необходимости контроля за образом жизни, регулярную сдачу анализов крови и мочи, контроль PSA, УЗИ и урофлоуметрии.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ.