

**В. Н. Ткачук,
А. Э. Лукьянов**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ
ГИПЕРПЛАЗИЯ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ**

**Санкт-Петербург
СпецЛит
2003**

УДК 616.6
Т48

Ткачук В. Н., Лукьянов А. Э.

Т48 Доброкачественная гиперплазия предстательной железы/ Ткачук В. Н., Лукьянов А. Э.— СПб.: СпецЛит, 2003 - 109 с.

ISBN 5-299-00260-2

Распознавание заболевания и помощь больным, страдающим доброкачественной гиперплазией (аденомой) предстательной железы, — основная тема книги. Обоснованы показания к различным нехирургическим и хирургическим методам лечения, дана оценка применяемых для лечения лекарственных средств, показаны отдаленные результаты лечения.

УДК 616.6

ISBN 5-299-00260-2

© Издательство «СпецЛит», 2003



Владимир Николаевич ТКАЧУК —
профессор кафедры урологии
Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета
им. акад. И. П. Павлова, заслуженный деятель
науки РФ, председатель Санкт-Петербургского
научного общества урологов им. С. П. Федорова,
член Международной и Европейской ассоциации
урологов



Андрей Эрленович ЛУКЬЯНОВ —
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры урологии Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета
им. акад. И. П. Павлова,
член Европейской ассоциации урологов

Оглавление

Введение	6
Глава 1. Что представляет собой предстательная железа и как она работает	10
Глава 2. Что такое доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы	15
Глава 3. Почему развивается доброкачественная гиперплазия предстательной железы	20
Роль половых гормонов	20
Значение факторов роста	23
Раздражение нервных окончаний	24
Факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы	26
Глава 4. Как проявляется доброкачественная гиперплазия предстательной железы	27
Глава 5. Диагностика	44
Глава 6. Лечение	59
Классификация методов лечения	59
Осторожное выжидание	63
Медикаментозное лечение	63
Показания к медикаментозному лечению	63
Ингибиторы 5-альфа-редуктазы	66
Мепартрицин (ипертрофан)	77
Блокаторы альфа-адренорецепторов	79
Комбинированное применение ингибитора 5-альфа-редуктазы проскарара или мепартрицина (ипертрофана) и блокаторов альфа-адренорецепторов	87

Гормональное лечение.	89
Препараты растительного происхождения.	90
Биорегулирующая терапия.	92
Термальные неэндоскопические методы лечения ..	93
Неоперативные малоинвазивные эндоскопические методы лечения.	96
Оперативное лечение.	97
Открытая аденомэктомия (простатэктомия).	97
Трансуретральная резекция.	99
Глава 7. Режим и диета.	102
Глава 8. Ответы на вопросы, наиболее часто задаваемые пациентами	104
<i>Список литературы</i>	109

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы или, как еще называют это заболевание, *аденома предстательной железы*, является одним из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. В последние годы врачи для обозначения этой болезни все чаще используют термин «*доброкачественная гиперплазия предстательной железы*», так как он наиболее полно и правильно отражает причины и развитие данного заболевания, а также происходящие при нем изменения в структуре предстательной железы.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы встречается¹ очень часто. Так, проведенные в нашей стране исследования показали, что частота возникновения этой болезни с 11,3% у мужчин в возрасте 40—49 лет повышается до 81,4% у мужчин в возрасте 80 лет. После этого возрастного рубежа она встречается у 95,5% мужчин. *Но не у всех болезнь проявляется выраженными симптомами.* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы на ранней стадии может совершенно не беспокоить некоторых больных, поэтому и к врачам они не обращаются. Однако морфологические признаки (изменения структуры) аденомы предстательной железы у них уже имеются. По данным московского уролога Л. М. Горилковского, опубликованным в 1999 г., при тщательном рассмотрении фрагмента ткани предстательной железы под микроскопом

признаки аденомы можно обнаружить уже более чем у 40% мужчин в возрасте 50 лет и более чем у 90% мужчин старше 80 лет. Подобные данные приводят и другие отечественные и зарубежные ученые.

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы в мире характеризуется следующими цифрами:

- в возрасте 40—50 лет — у 50% мужчин;
- в возрасте 51—60 лет — у 60% мужчин;
- в возрасте 61—70 лет — у 70% мужчин;
- в возрасте старше 70 лет — у 80—85% мужчин.

У многих мужчин в возрасте старше 50 лет имеются те или иные расстройства акта мочеиспускания, то есть симптомы, характерные для доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Однако причиной появления симптомов, характерных для аденомы, может быть не только это заболевание, но и воспаление предстательной железы (простатит), рак предстательной железы, нарушение сократительной способности мышц мочевого пузыря. Поэтому мужчинам старше 40 лет нужно своевременно обращаться к урологу для того, чтобы доктор смог поставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение. В этом отношении интересны данные, приведенные М. Ваггу и соавторами в 1992 г. на Международном конгрессе урологов, посвященном доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Так, почти 2/3 мужчин, у которых нарушен акт мочеиспускания, к врачам не обращались и не обследовались. Они объясняли свое поведение следующим образом: 45% мужчин испытывали страх перед возможным оперативным вмешательством или обнаружением рака предстательной железы; 29% считали имеющиеся симптомы недостаточно выраженными для того, чтобы обращаться к врачу; 14% считали, что возникшие нарушения носят в основном возрастной характер, а не характерны для заболевания; 5% чувствовали смущение и стыд; 7% ссылались на какие-либо другие причины. К сожалению, в нашей стране более 60% мужчин, страдающих аденомой предстательной железы, обращаются к врачу слишком поздно — тогда, когда лекарственное лечение уже не может помочь. Поэтому урологи вынуждены оперировать таких пациентов.

До недавних пор основным методом лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на поздних стадиях болезни считался оперативный (хирургический) метод. Из различных оперативных вмешательств наибольшее распространение получили *грезпузырная аденомэктомия* и *трансуретральная резекция предстательной железы*. Однако эти операции нередко сопровождаются осложнениями, возникающими как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Отдаленные наблюдения за прооперированными больными (состояние пациентов контролировалось в течение 8—10 лет) показали, что у 12—16% из них в рамках указанного периода развиваются различные осложнения (хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, недержание мочи и др.). К тому же у пожилых мужчин, страдающих от аденомы предстательной железы, часто встречаются так называемые сопутствующие заболевания (болезни сердца, сосудов, легких и др.), что делает проведение операции чрезвычайно рискованным, иногда оперативное вмешательство является абсолютно противопоказанным. До недавнего времени единственным приемлемым методом лечения таких больных оставалась *цистостомия* — введение в мочевого пузыря трубки для отведения мочи. Однако при цистостомии существенно снижается качество жизни больного человека.

Неудовлетворенность результатами оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы побудила врачей и исследователей в последнее десятилетие активно разрабатывать принципы *медикаментозного (консервативного) лечения* этого заболевания. В последние годы были предложены десятки препаратов, предназначенных для консервативного лечения аденомы.

Медикаментозная терапия занимает важное место в лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и базируется на результатах современных научных исследований. В настоящее время в мире около 80% больных, страдающих от аденомы предстательной железы, лечатся с использованием лекарственных препаратов, и только у 20% больных производят операцию. В начале 1990-х гг. началось широкое внедрение различных медикаментозных препаратов в практику лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Прежде всего применяются *ингибиторы 5-альфа-редуктазы* (проскар), *полиеновые антибиотики* (ипертро-

фан), *альфа-адреноблокаторы* (омник, сетегис, альфузозин, кардура, корнам и др.), *препараты растительного происхождения* (пермиксон, простамол-уно, простаплант, трианол и др.). Также проводится *комбинированная медикаментозная терапия*.

Многообразие лекарственных препаратов различного типа действия, предназначенных для лечения одного и того же заболевания, свидетельствует, что ни один из них не является идеальным и каждый требует определения своего места в лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Только врач, исходя из особенностей проявлений заболевания, может правильно выбрать для больного тот или иной препарат, который будет наиболее эффективным в данном конкретном случае.

В последние годы для оперативного лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на поздних стадиях заболевания применяют не только традиционные методы — чрезпузырную аденомэктомию и трансуретральную резекцию предстательной железы, но и новые технологии: *электровапоризацию предстательной железы, лазерное воздействие* и др.

В данной книге мы рассмотрим различные вопросы, касающиеся развития и проявлений доброкачественной гиперплазии предстательной железы, приведем сведения о современных подходах к лечению этой болезни.

Глава 1

ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА И КАК ОНА РАБОТАЕТ

Предстательная железа — это один из органов половой системы у мужчин.

Мужские половые органы подразделяют на наружные и внутренние. К *наружным половым органам* относят *половой глен* и *мошонку*, а к *внутренним* — *предстательную железу*, *семенные пузырьки*, *яички* и *их придатки*, *семявыносящие протоки*, *моггиспускательный канал*, *луковигно-уретральные железы* (рис. 1).

Предстательная железа (или простата) располагается под дном мочевого пузыря между лобковым сочленением и прямой кишкой. По своей форме этот орган напоминает каштан. Сквозь ткань предстательной железы проходит предстательная (простатическая) часть мочеиспускательного канала. Предстательная железа имеет две поверхности: *переднюю*, которая располагается позади лобкового сочленения, и *заднюю*, прилегающую к прямой кишке. По средней линии задней поверхности предстательной железы проходит *бороздка*, которая делит ее на *правую* и *левую доли*. Между долями находится *перешеек*, или *срединная доля предстательной железы*.

Масса и размеры предстательной железы колеблются в довольно значительных пределах в зависимости от возраста человека и индивидуальных особенностей его организма. У взрослого мужчины *длина* ее составляет 25-45 мм, *ширина* — 22—40 мм,

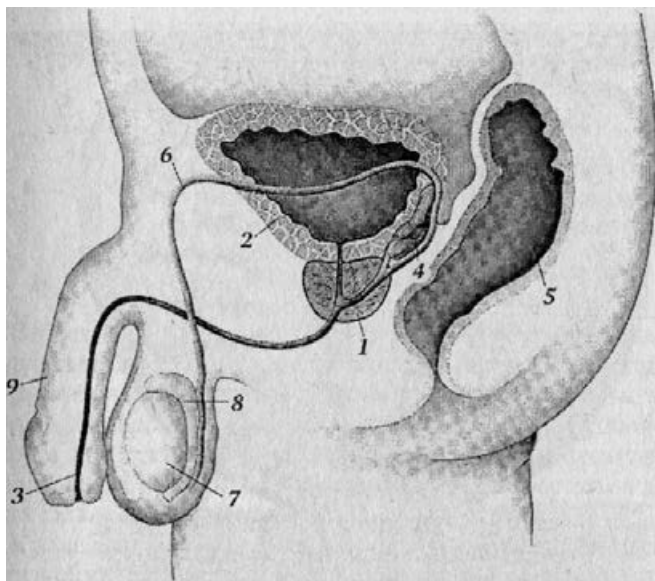


Рис. 1. Схема мужских половых органов:

- 1 — предстательная железа; 2 — мочевой пузырь; 3 — мочеиспускательный канал; 4 — семенной пузырь; 5 — прямая кишка; 6 — семявыносящий проток; 7 — яичко; 8 — придаток яичка; 9 — половой член

толщина — 10—23 мм, *масса* — 150—280 мг. У детей размеры предстательной железы небольшие. В старческом возрасте, если к этому периоду не развиваются заболевания предстательной железы, она уменьшается.

Ткань предстательной железы состоит из *простатических железок*, составляющих до 75% ее объема, а также из *мышечных* и *эластических волокон*. Простатические железки сгруппированы в 30—50 долек, которые связаны между собой соединительной тканью и окружены фиброзно-мышечными перегородками. Каждая долька имеет собственный *проток*. Эти протоки, сливаясь, открываются на задней стенке простатического отдела мочеиспускательного канала. Сокращения мощных гладкомышечных пучков, окружающих железистые дольки, обуславливают во время семяизвержения выбрасывание секрета, который образуется в клетках этих долек. Снаружи предстательная

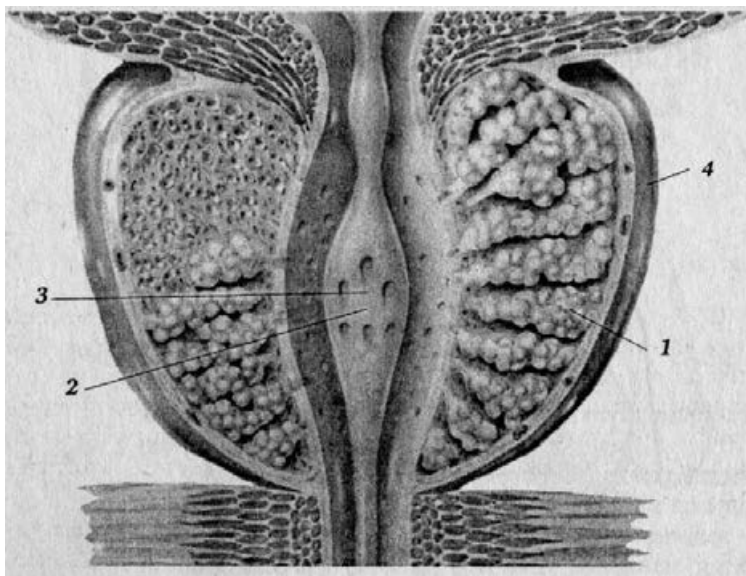


Рис. 2. Предстательная железа (схема):

- 1 — железистые дольки предстательной железы; 2 — простатический отдел мочеиспускательного канала; 3 — семенной бугорок с устьями семявыбрасывающих протоков; 4 — капсула предстательной железы

железа покрыта *капсулой*, состоящей из плотной соединительной ткани с небольшим количеством гладкомышечных волокон (рис. 2).

Предстательная железа вырабатывает *секрет*, представляющий собой опалесцирующую жидкость щелочной реакции со специфическим запахом, который зависит от содержания в секрете особого вещества — *спермина*. Секрет содержит разнообразные органические и неорганические вещества (натрий, калий, кальций, цинк, магний, серу, фосфор, хлор, альбумины, глобулины, мукопротеиды, холестерин, липиды, лимонную кислоту, фибрин, фибриноген, тромбопластин, фруктозу и др.). В результате распада фруктозы образуются энергетические вещества, необходимые для жизнедеятельности сперматозоидов. Богат секрет предстательной железы и различными ферментами, особенно фосфатазами.

Предстательная железа вырабатывает секрет постоянно, но выделяется он в мочеиспускательный канал у здоровых мужчин только во время семяизвержения. Однако при некоторых заболеваниях предстательной железы, характеризующихся снижением ее тонуса (так называемой *атонией предстательной железы*), секрет может выделяться из мочеиспускательного канала в конце акта мочеиспускания или при дефекации.

Секрет предстательной железы увеличивает массу семенной жидкости и нейтрализует ее слабокислую среду, вследствие чего сперматозоиды становятся подвижными. Следует знать, что семенная жидкость (сперма, эякулят) представляет собой смесь секрета предстательной железы, железок мочеиспускательного канала, яичек и семенных пузырьков. Секрет простаты в эякуляте составляет около 40% его объема.

Кроме выработки секрета в предстательной железе осуществляется обмен мужских половых гормонов (андрогенов), что имеет большое значение для жизнедеятельности организма в целом и для поддержания половой активности мужчины на достаточно высоком уровне.

Существует тесная функциональная зависимость между предстательной железой и яичками. Уже давно известно, что при удалении яичек (кастрации) резко нарушается работа предстательной железы, в ней замедляются, а затем и прекращаются все биосинтетические процессы, а сама железа постепенно уменьшается за счет гибели клеток железистого эпителия. И наоборот, при различных заболеваниях предстательной железы снижается функциональная активность яичек, что, в свою очередь, отражается на половой функции мужчины и нарушается образование сперматозоидов.

При различных заболеваниях предстательной железы нарушается акт мочеиспускания.

Расстройства могут проявляться затрудненным мочеиспусканием, выделением мочи вялой и тонкой струей или даже не струей, а по каплям, удлинением акта мочеиспускания. У некоторых людей с заболеваниями предстательной железы возникает задержка мочи, которая может быть острой (внезапно большой

совершенно не может помочиться) или хронической (часть мочи во время акта мочеиспускания выделяется, а часть ее остается в мочевом пузыре — это остаточная моча). В патологический процесс кроме мочеиспускательного канала вскоре вовлекается мочевой пузырь. Стенки его сначала для лучшего изгнания мочи утолщаются, но затем их тонус снижается и мочевой пузырь становится атоничным, перерастянутым, в нем постоянно содержится остаточная моча. Позже изменяются мочеточники и почки. Так как нарушается отток мочи из этих органов, полость их расширяется, а почечная ткань атрофируется, развивается недостаточность почечной функции (хроническая почечная недостаточность).

Семенные пузырьки являются парным органом и располагаются над предстательной железой. Длина семенных пузырьков колеблется от 6 до 12 см. Семенные пузырьки передней поверхностью прилежат ко дну мочевого пузыря. Шейка семенного пузырька переходит в выделительный проток, открывающийся в боковую стенку ампулы *семявыводящего протока*. В месте соединения образуется *семявыбрасывающий проток*, который открывается по бокам семенного бугорка в предстательном отделе мочеиспускательного канала.

Семенные пузырьки вырабатывают секрет, составляющий около половины объема выбрасываемой во время эякуляции семенной жидкости. Секрет семенных пузырьков представляет собой вязкую желатиноподобную массу, которая через несколько минут после эякуляции разжижается.

Следовательно, предстательная железа выполняет несколько функций. Она не только регулирует половую активность и репродуктивную функцию (то есть функцию, связанную с процессом размножения), но и оказывает влияние на акт мочеиспускания, обмен веществ в организме, состояние мочевой, сердечно-сосудистой, нервной и других систем. Некоторые ученые, учитывая важную роль предстательной железы, называют ее «вторым сердцем мужчины».

Научно-популярное издание

**Владимир Николаевич Ткачук,
Андрей Эрленович Лукьянов**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТЯЗИЯ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Главный редактор *А. В. Бровка*
Ответственный редактор *О. Ю. Гуришева*
Оформление обложки *В. Ю. Домогацкой*
Техническое редактирование и верстка *Е. М. Сальниковой*
Корректор *Т. М. Плеханова*

Общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
953000 - книги и брошюры. Лицензия ИД № 00072 от 10.09.99.

Подписано в печать 11.07.2003.

Печать офсетная. Гарнитура «Октава». Формат 84x108¹/₃₂.

Усл. печ. л. 3,5. Тираж 3000 экз. Заказ № 1212

Издательство «СпецЛит». 198005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29
Тел./факс: (812) 251-16-94, 251-66-54. E-mail: sale@speclit.spb.ru
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с готовых диапозитивов
в Академической типографии «Наука» РАН
199034, Санкт-Петербург. 9 линия, 12