

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ или НЕРАКОВОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОСТАТЫ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – это доброкачественное увеличение простаты. **Предстательная железа (простата) расположена у мужчин в малом тазу под мочевым пузырем и окружает начало мочеиспускательного канала (уретры).** Нормальный размер простаты составляет 16–18 кубических сантиметров (см³). Постепенно увеличиваясь, простата начинает препятствовать выходу мочи из мочевого пузыря. Увеличение происходит, главным образом, за счет т.н. стромальной ткани, в которой содержится большое количество гладкомышечной ткани. Давление гладкой мускулатуры сужает просвет уретры и препятствует оттоку мочи из мочевого пузыря.

ДГПЖ – наиболее частая доброкачественная опухоль у мужчин, которая отмечается, в основном, в более старшем возрасте. Обычно симптомы появляются начиная с возраста 60–65 лет. Причины возникновения ДГПЖ неясны – это взаимодействие многих факторов, главным из которых считается фактор, обусловленный мужским половым гормоном.

ДГПЖ не представляет собой опасности, однако сопутствующие ей нарушения мочеиспускания существенно ухудшают качество жизни мужчин преклонного возраста. Опасной может стать полная задержка мочи, которая может возникнуть и в случае очень небольшого объема предстательной железы. Различают острую и хроническую задержку мочи. Острая задержка мочи возникает внезапно, когда есть позыв к мочеиспусканию, а помочиться человек не может. Наиболее частыми причинами острой задержки мочи у мужчин преклонного возраста являются переохлаждение и употребление алкоголя. Как правило, острая задержка мочи не является состоянием, угрожающим жизни, поскольку из-за наличия очень сильного позыва мужчина в любом случае обращается за медицинской помощью.

Очень опасным состоянием при ДГПЖ является хроническая задержка мочи с недержанием от переполнения. В этом случае мужчина не контролирует свой мочевой пузырь. В мочевом пузыре может постоянно находиться 2–3 л, а иногда даже до 5 литров мочи, и моча, поступающая в мочевой пузырь, просто бесконтрольно вытекает в штаны или в памперс. Слишком высокое внутрипузырное давление передается и на почки, повреждая почечную ткань, в результате больной может погибнуть из-за почечной недостаточности.

Симптомы нарушения мочеиспускания:

- чувство препятствия в начале мочеиспускания, ослабление струи мочи, длительный период ожидания и прерывистость струи;
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, необходимость напрягаться во время мочеиспускания, последующее подкапывание мочи;
- позыв к мочеиспусканию, частое мочеиспускание, ночное мочеиспускание (никтурия);
- повторные воспаления мочевыводящих путей;
- гематурия (попадание в мочу крови), в результате чего моча обретает розовато-красный цвет;
- задержка мочи (ретенция) (острая и хроническая).

Поскольку похожие нарушения мочеиспускания имеются и в случае других заболеваний предстательной железы, таких как рак простаты и простатит (воспаление предстательной железы), каждому мужчине с подобными жалобами следует проводить специальные исследования, для того, чтобы в первую очередь исключить подозрение на рак.

NB! Самостоятельное лечение имеющимися в аптеках в ручной продаже и широко распространенными препаратами растительного происхождения может быть опасным. Перед их приемом обязательно посоветуйтесь с семейным врачом!

Исследования для диагностики заболевания:

- в ходе **опроса** выясняют точные жалобы, на основании чего можно оценить степень тяжести заболевания и выбрать подходящее лечение. Для исследования нарушений мочеиспускания применяется т.н. международная шкала оценки простатических симптомов (IPSS – international prostate symptom score), состоящая из семи вопросов о мочеиспускании пациента. Максимальная сумма пунктов IPSS равна 35, что свидетельствует об очень серьезном нарушении мочеиспускания. При счете от 0 до 7 пунктов обычно достаточно консультирования пациента, при счете от 8 до 20 пунктов показано медикаментозное лечение, и при счете выше 20 пунктов рекомендуется хирургическое лечение;
- **дигитальная ректальная пальпация** (пальцевое обследование предстательной железы через прямую кишку), чтобы исключить подозрение на рак простаты;
- с помощью **анализа крови** определяется специальный маркер PSA (простатический специфический антиген (ПСА)), чтобы исключить вероятность наличия рака простаты. С помощью анализа крови можно также определить показатели функции почек, поскольку длительное препятствие мочеиспусканию может также повредить и почки;
- на основании **посева мочи** можно исключить воспалительные заболевания мочевыводящих путей, которые могут вызывать схожие симптомы;
- **ректальное ультразвуковое исследование** помогает точно определить размер и структуру предстательной железы. В случае подозрения на рак простаты во время проведения ректального ультразвукового исследования с помощью специальной иглы можно через датчик сделать биопсию (забор пробы ткани предстательной железы);
- **при ультразвуковом исследовании брюшной полости** можно измерить количество остаточной мочи после мочеиспускания. Если после мочеиспускания в мочевом пузыре остается 150 мл или большее количество мочи, то пациенту, как правило, рекомендуется хирургическое лечение, поскольку очень велика опасность повреждения мускулатуры мочевого пузыря;
- в ходе **уродинамического исследования** измеряется скорость струи мочи и тонус мышц мочевого пузыря и сфинктера, чтобы определить суть и степень тяжести нарушения мочеиспускания.

Возможности лечения

Лечение ДГПЖ направлено на улучшение качества жизни пациента, и выбор метода лечения зависит от тяжести нарушения мочеиспускания. В большинстве случаев речь идет о легких и умеренных страданиях, когда бывает достаточно консультирования и медикаментозного лечения.

Наблюдение – при легких нарушениях мочеиспускания, как правило, достаточно консультирования пациента. Следует избегать переохлаждения (в особенности сидения на холодной поверхности, переохлаждения ног), алкоголя, острой и соленой пищи, крепкого черного кофе и сидячего образа жизни. Улучшению мочеиспускания способствуют активное движение, регулярная половая жизнь и тепловые процедуры.

Лекарства – применяются либо спазмолитики для снятия тонуса гладкой мускулатуры мочевого пузыря и предстательной железы, либо лекарства, напрямую уменьшающие объем простаты. Лекарство назначает врач на основании жалоб и результатов проведенных исследований.

В случае умеренной симптоматики и объема простаты менее 50 см³ пациенту можно рекомендовать лечение альфа-адреноблокаторами (доксазозин, тамсулозин, альфузозин), которые расслабляют гладкую мускулатуру, расположенную в шейке мочевого пузыря и в предстательной железе, в результате чего мочеиспускание становится более свободным.

Для медикаментозного лечения простаты более крупных размеров применяются ингибиторы 5-альфа-редуктазы (финастерид, дутастерид), которые при длительном (не менее 12 месяцев) и постоянном приеме могут уменьшить объем предстательной железы до 30%, однако из-за медленного действия эти препараты не очень популярны. Сексуально активным мужчинам это лекарство принимать не рекомендуется, поскольку оно снижает в организме уровень мужского гормона дигидротестостерона, в результате чего снижается либидо (половое влечение). Кроме того, следует помнить, что ингибиторы 5-альфа-редуктазы снижают показатели PSA в два раза.

В хирургическом лечении нуждаются лишь 6–8% мужчин, обращающихся с жалобами на нарушения мочеиспускания. Модные лекарства стали настолько эффективны, что все меньше мужчин нуждается в оперативном вмешательстве по поводу ДГПЖ. Операция требуется в случае, если прием лекарств не приносит существенного облегчения, или если жалобы очень серьезные. Хирургическое лечение нужно, если объем остаточной мочи превышает 150 мл или при задержке мочи. Помимо этого оно рекомендовано мужчинам, у которых возникают повторные воспаления мочевого пузыря (циститы) и/ или при наличии камней в мочевом пузыре и кровотечениях из предстательной железы.

Эндоскопически (т.е. через мочеиспускательный канал (уретру)) оперируют простату объемом до 80–100 см³. Операция проводится, главным образом, с использованием спинальной анестезии. В ходе операции специальный инструмент, подсоединенный к видеокамере, через уретру вводится в мочевой пузырь, и предстательную железу изнутри срезают тонкими пластами до тех пор, пока не освободится просвет уретры.

Если простата очень большая, то, как правило, проводится открытая операция, в ходе которой производится разрез в нижней части живота и удаляется вся увеличенная часть простаты.

По сравнению с открытой операцией, эндоскопическая операция намного менее травматична, и восстановление в послеоперационном периоде происходит гораздо быстрее.

Выздоровление

ДГПЖ – это процесс, который с нарастанием возраста прогрессирует, и полное выздоровление невозможно. Жалобы быстро отступают при медикаментозном или при хирургическом лечении.

Смотрите также веб-страницу www.eesnaare.ee

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

www.regionaalhaigla.ee

J. Sütiste tee 19, Tallinn