

В 2003–2004 гг. число деструктивных форм острого холецистита несколько увеличилось.

#### **Заключение**

На больших, статистически значимых группах наблюдения за последние 7 лет показано, что статистические и морфологические показатели исследованных случаев позволяют дать объективную оценку качественному уровню оказания скорой и неотложной помощи.

Стабильные показатели, характеризующие деструктивные формы (флегмонозные, гангренозные) аппендицита и холецистита свидетельствуют о поздней обращаемости больных за медицинской помощью. Выявленные же тенденции роста деструктивных форм острых аппендицита и холецистита, отмечен-

ные в последние годы, отражают, наиболее вероятно, другие факторы ухудшения диагностики ургентной патологии на поликлиническом этапе. Кроме того, они свидетельствуют о недостаточной работе по воспитанию здорового образа жизни среди взрослого населения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Косинец А.Н., Стручков Ю.В. Инфекция в хирургии: Руководство. — Витебск: ВГМУ, 2004. — С. 297–303.
2. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Э. Тинтинalli, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина. — С. 328–350.
3. Справочник по хирургии. / Под ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсера. — СПб.: Питер, 2000. — С. 589–620.

*Поступила 18.05.2005*

**УДК 616.65-007.61+612.57-08**

## **ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РАДИОВОЛНОВОЙ ГИПЕРТЕРМИЕЙ**

**Аль-Кабаб Тауфик Ахмед**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Известны различные методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ): лекарственная терапия, физические факторы, оперативное вмешательство.

Предложен модифицированный, более простой метод трансуретральной гипертермии (42,5–43°C), который рекомендуется применять у больных пожилого и старческого возраста, имеющих противопоказания или ограничения для проведения других общепринятых методов лечения при ДГПЖ.

Ключевые слова: лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы, трансуретральная гипертермия.

### **BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY TREATMENT WITH TRANSURETHRAL RADIO-WAVE HYPERTHERMIA**

**Taufik Ahmed Al-Kabab**

**Gomel State Medical University**

Various techniques of the benign prostatic hypertrophy treatment are known: medication, physical factors, surgery.

A modified, more simple method of transurethral hyperthermia (42,5–43°C) is suggested and recommended for use with patients of old and elderly age who have contraindication or limitations to other common treatment at benign prostatic hypertrophy.

Key words: benign prostatic hypertrophy treatment, transurethral hyperthermia.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся урологических заболеваний и самое распространенное заболевание мужчин пожилого и старческого возраста. Согласно Международной классификации заболеваний предстательной железы, термин «доброкачественная гиперплазия

предстательной железы» наиболее точно отражает возрастные процессы, происходящие в ней, чем ранее применяемый «аденома предстательной железы».

ДГПЖ настолько широко распространена среди пожилых мужчин, что можно говорить о неизбежности этого заболевания с возрастом [7].

Эпидемиологические показатели свидетельствуют о том, что распространенность ДГПЖ в большинстве стран достигает 20% у 50-летних мужчин, 50% — у 60-летних, 57% — у 70-летних и 80% — у лиц старческой группы [90]. Свыше 50% мужчин в возрасте 50–60 лет имеют нарушения мочеиспускания, старше 60 лет — 60% и более, у лиц более 80 лет они достигают 90%, основной причиной которых является это заболевание.

Широкое распространение ДГПЖ, поражение лиц относительно молодого (от 42 лет и старше), наиболее трудоспособного возраста, сопровождающееся постоянным дискомфортом, нередко нарушением сексуального здоровья мужчины, необходимость длительного консервативного, а нередко и оперативного лечения определяют актуальность и научно-практическую значимость проблемы.

Основным патологическим субстратом развития заболевания является гипертрофия предстательной железы, механическое сдавление просвета мочеиспускательного канала, развитие интравезикальной обструкции и симптомов нижних мочевых путей. Увеличенная железа сдавливает, вызывает ишемию и раздражение альфа<sub>1</sub>-адренорецепторов шейки мочевого пузыря, предстательной железы и задней уретры, что формирует ирритативный симптомокомплекс мочевых путей. В последующем развивается застой крови и тканевой жидкости в предстательной железе, что увеличивает ее объем [3].

Первоочередным видом лечения больных ДГПЖ в связи со значительными достижениями современной фармакоиндустрии является медикаментозная терапия [3]. При этом необходимо предусмотреть определенные этапы в назначении лекарственных препаратов.

При незначительно выраженной симптоматике заболевания (суммарный балл шкалы I-PSS превышает 8) некоторые авторы предлагают диспансерное наблюдение [2]. Традиционно лечение ДГПЖ подразумевало выжидательную тактику до формирования выраженного дискомфорта, развития осложнений. При прогрессивном течении ДГПЖ целесообразно проведение консервативного или оперативного лечения. При динамическом наблюдении с умеренно выраженной симптоматикой заболевания проводится лекарственная терапия ДГПЖ.

Назначаются лекарственные препараты, относящиеся, в основном, к 3 группам: антагонисты альфа<sub>1</sub>-адренергических рецепторов, ингибиторы 5альфа<sub>1</sub>-редуктазы и экстракты растительного происхождения [1, 7, 8, 11]. На динамический компонент интравезикальной обструкции лучшими препаратами воздействия являются антагонисты альфа<sub>1</sub>-адреноблокаторов (теразозин, доказозин, тамсулозин, альфазозин и др.), которые расслабляют альфа-рецепторы предстательной железы и шейку мочевого пузыря [3]. Следует отметить их быстрое начало лечебного воздействия. Лекарственная терапия альфа<sub>1</sub>-блокаторами — дорогой метод лечения, так как препараты этой группы необходимо принимать каждый день в течение всей жизни.

При резко выраженном синдроме нижних мочевых путей также назначается один из препаратов этой группы. Тамсулозин блокирует альфа-адренорецепторы шейки мочевого пузыря, стромальной части предстательной железы и задней уретры, что приводит к урежению мочеиспускания, увеличению максимальной скорости мочеиспускания и ускорению опорожнения мочевого пузыря [3].

На втором месте после антагонистов альфа<sub>1</sub>-рецепторов находятся лекарственные препараты — ингибиторы 5альфа<sub>1</sub>-редуктазы (финастерид, дутастерид). Препараты снижают концентрацию дигидротестостерона путем подавления его образования из тестостерона. Действие финастерида находится в зависимости от размеров предстательной железы, а эффективность действия отмечается при приеме не менее 6 мес в связи с гормональным действием препарата. Однако лечение антиандрогенным препаратом 5альфа-редуктазой часто приводит к появлению импотенции (сексуальной дисфункции) [6].

В тех случаях, когда размеры железы достаточно большие, а выраженность клинических симптомов невелика, также назначают финастерид, блокирующий превращение дигидротестостерона, задерживающего ее рост. Срок применения препарата от 6 до 12 мес.

В последние годы появились работы комбинированной терапии альфа-адреноблокаторов и финастерида, что приводит к стойкому улучшению показателей мочеиспускания и возможности отмены одного из них, чаще — первого [3].

Широкое применение в лечении ДГПЖ нашли лекарственные препараты растительного происхождения. Пермиксон (экстракт американской вееролистной пальмы) обладает ингибирующей активностью в отношении фермента 5альфа-редуктазы. Он подавляет процесс связывания дигидротестостерона с цитоплазмическими рецепторами и конкурирует с дигидротестостероном на уровне его связывания с внутриклеточными рецепторами. При этом уменьшается образование простагландинов в ткани предстательной железы вследствие его противовоспалительного и противоотечного действия (доза 320 мг в сутки в течение 3 мес). Из фитопрепаратов следует отметить также простамол уно, таденан, гентос, простоплант, таденан.

С целью замедления роста ДГПЖ и уменьшения ее объема используются также полиеновые антибиотики (мефартрицин, леворин), которые снижают уровень эстрогенов, участвующих в пролиферации стромального компонента в предстательной железе, за счет выведения их из организма. Однако эффект наблюдается только через 6–13 мес.

Значительный эффект отмечается при лечении больных микроклизмами с назначением вливаний с настоем ромашки ежедневно, на ночь. Курсы рекомендуется повторять 2 раза в году по 2 мес [3].

Несмотря на общепринятую модель лекарственной терапии ДГПЖ, следует отметить значительные ограничения и противопоказания к их назначению. Тем более, следует учесть, что заболевание чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенной соматической патологией, прием лекарственных препаратов должен быть длительным (от года до 12 мес и более), а эффект не всегда предсказуемым и оправданным.

Хотя имеется значительное число лекарственных препаратов, «золотым» стандартом лечения ДГПЖ остается трансуретральная резекция (ТУР) предстательной железы. Однако в отдаленном периоде после этой операции или открытой аденомэктомии возникают осложнения в виде недержания мочи, стриктуры уретры, ретроградной эякуляции (до 37%) и особенно хронической инфекции мочевых путей, что нередко требует реопераций [4]. В связи с этим ведется интенсивный поиск малотравматичных способов лечения ДГПЖ.

Одним из многообещающих методов решения этой проблемы является использование методов теплового воздействия путем глубокого прогревания до заданной температуры [5]. К таким методам можно отнести электромагнитные колебания сверхвысокой частоты и ультразвук.

Выделяют 2 метода теплового воздействия: гипертермию при диапазоне температуры от 40 до 45°C и термотерапию при температуре выше 45°C. В зависимости от температурного режима выделяют локальную трансректальную [9] и трансуретральную микроволновую гипертермию [11], которые проводятся 4–6 раз по 60 мин каждая. Однако в работах И. Ниссенкорн с соавтр. применяли температуру 46°C в течение 3 ч [12].

Из рекомендованных двух вариантов трансуретральной микроволновой терапии более эффективной является высокоэнергетическая, которую проводят при постоянной катетеризации из-за развивающейся задержки мочи [4]. После проведенной терапии отмечалось уменьшение выраженности астенических жалоб, снижение количества ночных мочеиспусканий и уменьшение напряжения перед началом мочеиспускания, восстановление у большинства больных сна. Аналогичный эффект отмечался при назначении трансуретральной игольной абляции. Однако, воздействие высокой температуры (свыше 45°C) вызывает выраженное склерозирование предстательной железы, что впоследствии при появлении мочеполювых симптомов делает невозможным ее хирургическое удаление.

В последние годы разрабатываются немедикаментозные эффективные методы лечения [4]. К ним относятся:

- микроволновая термотерапия;
- трансуретральная игольчатая абляция предстательной железы;
- гольмиевая лазерная коагуляция простаты;
- установка простатических стентов.

Назначаются эти методики лицам пожилого и старческого возраста, когда медикаментозная терапия не эффективна и имеются противопоказания к хирургическому удалению ДГПЖ.

Российские урологи, наряду с общепринятой ТУР ДГПЖ (по стандартным методикам — по Барнсу, Алькоку-Флоксу, Несбиту и др.), разработали и внедрили

оригинальный метод эндоскопической электрохирургии — трансуретральную резекцию с использованием цифровой видеотехники высокого качества [10].

Наши исследования инвалидов, участников Великой Отечественной войны и воинов-интернационалистов, лечившихся в Гомельском областном клиническом госпитале ИОВ позволили модифицировать и внедрить новый подход к лечению ДГПЖ.

**Цель работы** — повышение эффективности применения немедикаментозного метода — гипертермии в лечении ДГПЖ.

#### **Материал и методы**

Представлены данные клинко-урологического обследования 73 человек (чел.) в возрасте от 48 до 67 лет, лечившихся в госпитале в терапевтических и неврологических отделениях по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы или дисциркуляторной энцефалопатией. Диагностика заболевания, уточнение отдельных факторов его развития, наряду с тщательным сбором жалоб, анамнеза жизни, включала ряд общепринятых урологических исследований.

С целью стандартизации оценки жалоб больного с ДГПЖ применяли Международную шкалу симптомов I-PSS, состоящую из 7 вопросов, на каждый из которых есть 6 вариантов ответа. Анкету заполняла медицинская сестра. Ответ оценивали по шкале от 0 до 5 баллов с учетом оценки качества жизни. В итоге количество набранных больным баллов имеет 3 степени. Наибольшая сумма баллов (20–35) соответствовала выраженной симптоматике нарушенного мочеиспускания, от 8 до 19 — умеренно выраженной степени, 0–7 баллов характеризовали больного как имеющего слабую степень выраженности [2]. Балльная оценка позволяет не только оценить тяжесть течения заболевания, но и служит одним из критериев выбора терапии, а в последующем — и для оценки эффективности лечения.

У всех больных определяли количество остаточной мочи, объем предстательной железы путем абдоминального ультразвукового исследования, максимальную скорость мочеиспускания ( $Q_{\text{Макс}}$ ) и уровень простатического специфического антигена. В процессе обследования проводили урофлоуметрию с расчетом значений объемной скорости мочеиспускания, пальцевое ректальное исследование, динамическое ис-

следование мочи, биохимическое исследование крови, определяли титр простатспецифического антигена сыворотки крови.

Клиника обследованных больных складывалась из ряда симптомов:

- частые (3–5), иногда императивные (более 5) позывы к акту мочеиспускания, особенно в ночное время (36 чел. — 49,3%);
- затрудненное мочеиспускание (73 чел. — 100%);
- ослабление струи мочи (42 чел. — 57,5%);
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (73 чел. — 100%).

В кабинете термальной терапии предстательной железы, где в качестве источника термотерапии использовали специализированную компьютеризованную систему местной термальной терапии радиочастотным излучением «Термекс-П», проводили лечение больным с ДГПЖ I–II степени.

Противопоказанием для термотерапии являлись наличие у больных III степени заболевания, выраженная гипертрофия средней доли, сочетание ДГПЖ с камнями мочевого пузыря, хроническая почечная недостаточность, инфекционные заболевания уретры и мочевого пузыря, злокачественные опухоли предстательной железы и мочевого пузыря, нейрогенные расстройства мочеиспускания.

Неудовлетворительное общее состояние больного, наличие искусственного водителя сердечного ритма и металлических протезов и осколков на уровне ребер и ниже также являлись противопоказанием при отборе больных для термальной терапии.

Лечение больных осуществляли один раз при температуре 42,5–43°C в течение 30 мин.

#### **Результаты и обсуждение**

Процедура гипертермальной терапии была нормально перенесена почти всеми пациентами. Никаких серьезных осложнений не наблюдалось. Некоторые из больных во время сеанса ощущали легкое жжение в уретре, периодические позывы к мочеиспусканию. В качестве отвлекающего момента от неприятных ощущений (легкая боль, чувство жжения) в области мочевого пузыря во время сеанса термотерапии включали телевизионные программы.

Одним из побочных явлений во время процедуры было неприятное ощущение в области мочевого пузыря у 11 больных (15,1%) из-за непроизвольного спазма дет-

рузора, но это явление быстро прекращалось после внутримышечного введения препарата 75 мг диклофенака в течение 2–3-х дней.

При лечении гипертермальной терапии процедура не требует применения анестезии, седативных препаратов и может быть проведена в амбулаторных условиях.

По окончании сеанса термотерапии и в первые 2–3 суток, а в некоторых случаях в течение 6–7 дней у 14 (19,2%) больных отмечалось усиление дизурических явлений, у 6 (8,2%) — макрогематурия при мочеиспускании в виде мочи светло-розового цвета с примесью мелких сгустков крови, которая прекращалась под влиянием гемостатической терапии (аскокутин 1 таблетка 3 раза в день, 5 дней).

В работе использован метод теплового воздействия на ткань ДГПЖ, основанный на общеизвестном цитотоксическом воздействии на ткани организма температуры выше 42°C, которая достигается с помощью электромагнитной энергии, генерируемой различными установками.

Наиболее распространенными источниками являются приборы для микроволнового излучения и радиоволн. Воздействие электромагнитной энергии на ткань предстательной железы реализуется в виде термического воздействия и специфического тканевого эффекта, характерного для каждого вида излучения.

Оценку клинического эффекта после проведенного сеанса термотерапии, т.е. по истечении времени, необходимого для окончания протекающих тканевых реакций в ответ на термальное воздействие, провели спустя месяц и через год.

У всех больных наблюдали значительное урежение, а в ряде случаев и полное прекращение дизурических явлений, уменьшение количества остаточной мочи, улучшение уродинамических показателей. При этом продолжительность ремиссии у большинства больных (38 чел. — 52,1%) наблюдалась свыше года. Повторный курс лечения через год прошли 36 чел. в связи с тем, что через 9–12 мес после первого сеанса появились прежние симптомы, но в менее выраженной степени.

Существенное симптоматическое улучшение, наступающее после термотерапии у больных ДГПЖ, по мнению отечественных

исследователей, связано с развитием стойкой альфа-адренорецепторной блокады вследствие денатурации рецепторов, наступающей при температуре 42,5°C [12].

### **Выводы**

1. Наши наблюдения за больными ДГПЖ после термотерапии свидетельствуют о том, что данный метод лечения является действенным и безопасным.

2. Ценность метода термального лечения заключается еще и в том, что он применим к больным, имеющим сопутствующие заболевания, при которых хирургическое лечение противопоказано.

3. Модифицированный метод трансуретральной радиоволновой гипертермии является щадящим методом, который не только расширяет возможности немедикаментозной терапии лиц пожилого и старческого возраста, но и позволяет его проводить в амбулаторных условиях.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Аляев Ю.Г., Винаров А.З.* α-Адреноблокаторы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы: настоящее и перспективы // Современные подходы к лечению гиперплазии простаты и эректильной дисфункции: Материалы симпозиума. Рос. пленум урологов. — Омск, 23 сент. 1999. — Урология. Приложение. — 2000. — № 2. — С. 2–10.
2. *Горилковский Л.М., Лахно Д.А.* Заболевания предстательной железы в гериатрии // Амб. хирургия. — 2003. — № 4. — С. 44–46.
3. *Горячев И.А.* Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы в амбулаторных условиях // Амб. хирургия. — 2003. — № 4. — С. 9–12.
4. *Доста Н.И.* Оценка симптомов нижних мочевых путей и выбор лечения доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) // Рецепт. — 2001. — № 4. — С. 45–30.
5. *Кривобородов Г.Г., Имамов О.Э.* Лечение аденомы предстательной железы методами локальной гипертермии и термотерапии // Тер. архив. — 1995. — № 10. — С. 48–52.
6. *Степанов В.Н., Теодорович О.В., Серегин А.В., Кадьоров З.А.* Лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы проscarом MSD (финастерид) // Урол. и нефрол. — 1995. — № 5. — С. 28–30.
7. *Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С.* Клинический опыт лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы альфа<sub>1</sub>-адреноблокатором // Урол. и нефрол. — 1997. — № 5. — С. 14–16.

8. Лопаткин Н.А., Перепанова Т.С. Опыт длительного применения доксазозина в лечении больных с доброкачественной гиперплазией простаты // Современные подходы к лечению гиперплазии простаты и эректильной дисфункции: Материалы симпозиума. Рос. пленум урологов. — Омск, 23 сент., 1999. — Урология. Приложение. — 2000. — № 2. — С. 10–14.

9. Кривобородов Г.Г., Коблов Н.Л., Маленко В.П., Трошин И.И. Отдаленные результаты локальной трансректальной гипертермии у больных с доброкачественной гиперплазией простаты и ее осложнениями // Урол. и нефрол. — 1995. — № 6. — С. 47–48.

10. Камалов А.А., Мартов А.Г., Голованов С.А. Применение новых технологий в эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров // Урол. и нефрол. — 1997. — № 5. — С. 17–19.

11. Сивков А.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина. — М., 1997. — С. 67–84.

12. Сидренко В.Л., Друян Л.И. Влияние трансуретральной радиоволновой гипертермии на течение хронического простатита у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в Гомельской области // Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы 15 лет спустя: Матер. междунар. науч.-практ. конф. 4–6 апр. 2001. — С. 384–385.

13. Ниссенкорн И., Ротбард М., Слуцкер Д., Дж. Бернхайм. Трансуретральная термотерапия доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП): влияние температуры и длины термоантенны на результаты лечения // J. of Urology. — 1992. — № 2. — Р. 8–18.

Поступила 25.05.2005

УДК 616.65-007.61+616.69-008.14

**НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ  
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
(обзор литературы)**

**Аль-Кабаб Тауфик Ахмед**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Анализируются литературные данные развития эректильной дисфункции у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Указывается на недостаточную изученность этого вопроса, что требует проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эректильная дисфункция.

**SOME ISSUES OF SEXUAL HEALTH OF PATIENTS WITH  
BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATE**

**(literature review)**

**Taufik Ahmed Al-Kabab**

**Gomel State Medical University**

The present paper analyses references data concerning the development of erectile dysfunction in men with benign hyperplasia of prostate. The article emphasizes insufficient knowledge of this issue which demands further investigation.

Key words: benign hyperplasia of prostate, erectile dysfunction.

Сексопатология как раздел медицины сформировалась сравнительно недавно и, учитывая определенную сложность этой проблемы, многие стороны ее и до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — это не только отсутствие болезней, но и

хорошее физическое, духовное и социальное самочувствие человека. Важной составляющей здоровья является сексуальное здоровье. По данным экспертной группы ВОЗ, «сексуальное здоровье — это комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, по-