

анализировалась степень васкуляризации выявленных гипопластических участков. Накануне перед ТПБПЖ пациентам назначалась антибактериальная терапия и $\alpha 1$ -адреноблокаторы.

Результаты: из 149 больных, которым была выполнена ТПБПЖ, РПЖ выявлен у 53 (35%) пациентов. У 53 пациентов одновременно отмечались все признаки наличия РПЖ, у 23 (43%) из них диагноз был подтвержден гистологически. У 31 отмечались параметры I и II, гистологически РПЖ подтвержден у 5 (16%) пациентов; у 65 отмечались параметры II и III, диагноз РПЖ подтвержден у 25 (38%).

У пациентов, которым ТПБПЖ проводилась дважды - РПЖ выявлен у 6 (18%) человек. При повторении ТПБПЖ в третий раз - РПЖ выявлен у 1 (8%) больного.

Выводы: ТРУЗИ с УЗ-ангиографией в настоящее время является наиболее информативным скрининг-методом для определения показаний к ТПБПЖ. Сочетание изменений при ТРУЗИ с УЗ-ангиографией с повышением уровня PSA являются абсолютными показаниями для проведения ТПБПЖ, особенно при наличии непальпируемых изменений ПЖ при ректальном осмотре.

Выполнение повторных ТПБПЖ при наличии вышеуказанных показаний является оправданным даже при получении повторно отрицательного гистологического ответа. Несмотря на то, что чувствительность пальцевого ректального обследования ниже данных чувствительности ТРУЗИ и ПСА, это исследование по-прежнему актуально. Однако следует отметить, что пальцевое ректальное обследование становится неактуальным при решении вопроса о повторных биопсиях.

Ультразвуковой мониторинг лечения больных на аппарате «prostalund»

Алферов С.М., Гришин М.А., Насникова И.Ю., Маркина Н.Ю.

Отделение урологии. ФГУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, г. Москва

Актуальность проблемы доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) обусловлена распространенностью заболевания в связи со старением популяции. Так, если в возрасте 50 лет ДГПЖ страдает 50% мужчин, то в возрасте 80 лет – 88%. Основными задачами воздействия на предстательную железу являются уменьшение объема простаты и степени инфравезикальной обструкции.

Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) кардинально изменилось с появлением новых препаратов в комбинации с новейшими технологиями. Общие этиопатогенетические факторы определяют частое сочетание ДГПЖ и хронического простатита.

Цель исследования: определить место ультразвукового мониторинга в консервативном лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Дизайн исследования: С 1997 года нами проведено 2646 сеансов трансректальной микроволновой терапии (TRMT) 559 пациентов с доброкачественными заболеваниями простаты на аппарате «PROSTALUND» (Швеция). Из них пациенты с ДГПЖ, осложненной хроническим простатитом, составили 37 мужчин. Возрастной диапазон 58-79 лет (медиана $77,5 \pm 8,1$). Объем простаты колебался от $69,6 \text{ см}^3$ до 119 см^3 (медиана $76,4 \text{ см}^3$). Объем гипертрофированной ткани $\sim 34,2 \text{ см}^3$. Q_{max} при урофлоуметрии $\sim 7 \text{ мл/сек}$. Средний балл IPSS составил 17. У 18 пациентов определялась остаточная моча более 50мл (медиана 90мл). При сканировании простаты на аппарате «Fillips 500 HD» исследовались: объем простаты, эхогенность и однородность паренхимы, степень васкуляризации, диаметр перипростатических вен, резистивный индекс. Все пациенты получали комбинированное лечение: $\alpha 1$ -адреноблокаторы, фитонингибиторы 5 α -редуктазы, иммуномодуляторы, ферменты, ангиопротекторы, витамины. Каждому пациенту было проведено 10 сеансов TRMT. Интервалы между сеансами подбирались индивидуально. Инициальный курс TRMT проводился в течение 15-30 суток. Курсы комбинированной терапии повторялись 2 раза в год.