

исследований удалось установить целый ряд фактов, которые позволили пересмотреть отношение к этому заболеванию и выработать новую тактику лечения. Существует категория пациентов, которым оперативное лечение – трансуретральная резекция предстательной железы, аденомэктомия – не показано из-за высокого риска на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Учитывая недостатки существующих методов лечения, нами предложен новый метод лечения аденомы предстательной железы – рентгенэндоваскулярная чрезкатетерная эмболизация артерий, питающих предстательную железу. Целью нашего исследования явилось улучшение результатов и сроков лечения больных ДГПЖ, путем уменьшения размеров узла предстательной железы. Доступ к артериям осуществляется посредством пункции бедренных артерий по стандартной методике Сельдингера. Следующим этапом под флюороскопическим контролем в артерии медленно вводятся частички поливинилалкоголя, золотые шарики или микросферы. После эмболизации кровотока по тонким и извитым сосудам простаты прекращается, что видно на контрольных ангиограммах. Остается медленный остаточный кровоток в артериях простаты. Нормальные ветви артерий простаты остаются проходимыми. Во время самой процедуры пациенты обычно не испытывают выраженного дискомфорта, а болевой синдром начинает появляться после процедуры, и эффективно устраняется с использованием НПВС. У пациентов может развиваться так называемый постэмболический синдром в течении 3-4 дней (астения и субфебрилитет). Осложнения эмболизации АПЖ (аллергические осложнения, местные осложнения, связанные с пункцией и катетеризацией бедренной артерии) встречаются крайне редко. Материалы и методы: Нами пролечено 37 больных с ДГПЖ II - III стадии. Из них с цистостомой - 3 человека, получали только медикаментозную терапию - 34 человека, из них имели сопутствующую патологию 20 человек. Показания к выполнению операции: неэффективность медикаментозного лечения, невозможность проведения хирургического лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией, включая больных с цистостомой, наличие аденомы простаты, сопровождающейся интенсивными кровотечениями из варикозно-расширенных вен, не купируемые консервативными методами. Противопоказания к операции: непереносимость контрастных веществ, острая инфекция, злокачественные опухоли предстательной железы, инфаркт миокарда сроком до 3-х месяцев, тяжелые коагулопатии. Выраженность симптомов при заболеваниях простаты мы определяли с помощью Международной системы суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты (IPSS). Для определения объема предстательной железы и узла использовалось трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы. Для исключения возможности злокачественности процесса – определялся общий ПСА (простат специфический антиген). При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на хроническую задержку мочи, с объемом остаточной мочи до 500 мл, ноктурию до 6,3 раз, учащенное мочеиспускание. По шкале IPSS было от 15-23 баллов, предстательная железа увеличена в размере, при пальпации болезненна. Всем пациентам было выполнено ТРУЗИ простаты: объем предстательной железы - $96,2 \pm 0,90 \text{ см}^3$, объем узла - $60,36 \pm 0,71 \text{ см}^3$. Всем им была проведена эмболизация артерий, питающих простату. Результаты и обсуждение. Мы получили следующие результаты: количество остаточной мочи уменьшилось до 150 мл, ноктурия до 1,2 раза за ночь у одного пациента, мочеиспускание свободное, регулярное, предстательная железа уменьшилась в размерах, при пальпации безболезненна, симптомы по шкале IPSS значимо уменьшились до 1-7 баллов ($p < 0,01$). По данным ТРУЗИ – объем предстательной железы уменьшился до $42,01 \pm 1,37 \text{ см}^3$ ($p < 0,05$), объем узла - $17,04 \pm 0,67 \text{ см}^3$ ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, эмболизация артерий, питающих предстательную железу при ДГПЖ, - хорошая альтернатива хирургических методов лечения, при неэффективности консервативной терапии в максимальной степени быстро и бережно восстанавливающая качество жизни мужчины.