

При анализе возрастной динамики изменений в слизистой оболочке мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией простаты не выявлено четкой зависимости развития атрофических процессов от возрастного фактора, и, вопреки, ожидаемому прогрессированию, отмечалась тенденция к снижению частоты встречаемости атрофии мочевого пузыря.

Таким образом, патоморфологические изменения слизистой оболочки мочевого пузыря при доброкачественной гиперплазии предстательной железы характеризуются сочетанием различных структурных модификаций уротелия – атрофии, плоскоклеточной метаплазии и гиперплазии, что, по-видимому, может иметь определенный потенциал в плане развития анаплазии.

Трансректальная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем в диагностике туберкулеза простаты

Брижатюк Е. В., Кульчавеня Е. В., Баранчукова А. А., Хомяков В. Т.

ФГУ Новосибирский Научно-исследовательский институт туберкулеза, г.Новосибирск.

Введение. Случаи ранней диагностики туберкулеза простаты редки и являются следствием случайных гистологических находок. В большинстве ситуаций диагностируется деструктивные, генерализованные процессы.

Цель исследования. Оценить возможности трансректальной пункционной биопсии простаты под контролем ТРУЗИ в диагностике туберкулеза предстательной железы. Материалы и методы. Биопсия простаты выполнялась по стандартной методике из 6-10 точек с использованием ультразвукового сканера HAWK 2102 и биопсийного пистолета Pro-Mag. Выполнено 26 биопсий у пациентов в возрасте от 36 до 72 лет. У 12 пациентов к моменту биопсии туберкулез простаты уже был установлен в сроки от 1 мес. до 3 лет. У 2 из них был изолированный туберкулез простаты. У остальных – в сочетании с туберкулезом мочевого системы. 14 человек были новыми диагностическими пациентами.

Результаты: Среди пациентов с туберкулезом простаты (12 чел.) признаки специфического воспаления выявлены лишь у одного больного, которому биопсия выполнена в течение первого месяца лечения. Рак простаты выявлен у 1 чел. (8,3%) с 3-х летним анамнезом заболевания. Признаки неспецифического воспаления – у 7 чел. (58,3%), в том числе с плоскоклеточной метаплазией эпителия – 2 чел.(16,7%), явлениями фиброза – 2 чел. (16,7%), очаговой атрофией – 2 чел. Наличие амилоидных очагов – у 2 чел. (16,7%). Железисто-фиброзная гиперплазия – у 1 больного (8,3%). Среди диагностических пациентов (14 чел.) у одного больного выявлен туберкулез простаты. Наиболее частой гистологической находкой являлась фиброзно-мышечная гиперплазия – 10 чел. (71,4%), в том числе с очаговой и рассеянной лейкоцитарной инфильтрацией - 4 чел. (21,4%). Преобладание фиброза, склероза имело место у 2 чел. (14,3%). Рак простаты – у 1 больного (7,1%).

Заключение. Предварительная чувствительность метода не высока. В первую очередь, на наш взгляд это связано со сроками выполнения биопсии. Давно известно, что при успешном разрешении специфического воспаления быстро теряются характерные патоморфологические черты, уступая место фиброзной ткани. Поэтому, трансректальная биопсия простаты с целью дифференциальной диагностики туберкулеза показана пациентам сразу после возникновения подозрений на это заболевание. Во-вторых, по аналогии с уже имеющимся опытом выявления рака простаты, увеличение числа точек биопсии закономерно должно привести к повышению чувствительности метода. Мы полагаем, что разработка и совершенствование этой методики в целях дифференциальной диагностики туберкулеза предстательной железы является весьма перспективным направлением.