

артрита//Трудный пациент. -2006. -№10. —С.12-16.

3. Бадюкин В.В. Терапия адалимумабом псориазического артрита// Научно-практическая ревматология. -2008. -№4. —С.41-46.

4. Бадюкин В.В. Фактор некроза опухоли- альфа — основная мишень патогенетической терапии псориаза и псориазического артрита// Consilium Medicum. -2006,- №1. -С.11-13.

5. Владимиров В.В., Владимирова Е.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика// Качество жизни,- 2006.-№6. —С. 38 — 44.

6. Кондрашов Г.В., Потекаев Н.Н. Псориазическое поражение ногтей: клинические аспекты //Экспер. и клин, дерматокосметол. -2005.-№2. —С.49 —53.

7. Короткий Н. Г., Полякова А.А Современная терапия тяжелых форм псориаза//СопзШип medicum. - 2005.-№ 1.-С.25 - 26.

8. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Эффективность инфликсимаба у больных псориазом // РМЖ. - 2005.- №-13.-С.29- 23.

9. Насонов Е.Л. Инфликсимаб при спондилоартропатиях и псориазическом артрите: новые показания //РМЖ. -2005.-№8.

10. Псориазический артрит и псориаз: проблема взаимосвязи и взаимообусловленности. Под редакцией академика В.А Насоновой, д.м.н., Н.В. Бунчука. Избранные лекции по клинической ревматологии -М. Медицина., 2001 -82-90.

11. Barton J, Ritchlin CT. Immunopathogenesis. Psoriatic Arthritis. Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Gordon KB, Ruderman EM, eds. Springer 2004, 36 — 45.

12. Gelfand J.M., Gladman D.D., Mease P. J. Et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. J. Arn. Acad. Dermatol., 2005, 53, 573.

13. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P Psoriatic arthritis: clinical features, course, and outcome Ann Rheum Dis 2005;64(suppl II),14— 17.

14. Griffiths C.E.M. Therapy for psoriatic arthritis: sometimes a conflict for psoriasis ||Brit.J. Rheumatol. - 1997. — Vol.36.-P.409-412.

15. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis. Arthrit Rheum 1999; 42: 1080 — 6.

16. Mease P, Antoni CE. Psoriatic arthritis treatment: biological response modifiers. Ann Rheum Dis 2005; 64 (Suppl. II): 78-82.12, 13.

17. Nash P, Mease PJ, Braun J, van der Heijde D. Seronegative spondyloarthropathies: to lump or split? Ann Rheum Dis 2005; Suppl. II: 9— 13.

18. Ritchlin C.T. The pathogenesis of psoriatic arthritis. Curr. Opin. Rheumatol., 2005, 17, 406-412.

УДК:617.7-007.681-053.2-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГЛАУКОМОЙ

Хамроева Ю.А., Бузруков Б.Т.

(ТашПМИ)

(Обзор литературы)

БОЛАЛАРДА ТУҒМА НАЗЛАНИ ХИРУРГИК ДАБОЛАШ

Болаларда туғма назлани анъанавий дори воситалар билан даволаш кам натижа бериши туфайли, ўз вақтида жаррохлик аралашувини қўллаш юқори натижа олишга сабаб бўлади.

В лечении врожденной глаукомы важнейшим условием успеха является своевременное и адекватное хирургическое вмешательство, так как традиционная медикаментозная терапия при этой патологии малоэффективна.

Современные методы хирургического лечения врожденной глаукомы позволяют в большинстве случаев стабилизировать процесс на длительные сроки, обеспечить возможность обучения каждого 9 из 10 детей с простой врожденной глаукомой в общеобразовательных школах.

Только хирургическим методом возможно устранить препятствия оттоку внутриглазной жидкости, создаваемые различными структурными аномалиями дренажной зоны. В течение многих лет, начиная с 1938 г., когда О. Barkan [18] ввел предложенную в 1893 г., Carlosde Vincentiis операцию — гониотомию разработав детально технику и инструментарий, при

врожденной глаукоме, во всех ведущих клиниках широко производили гониотомию - патогенетически ориентированную операцию, направленную на устранение эмбриональной мезенхимальной ткани в углу передней камеры.

Появились различные модификации этой операции с использованием гониолинз и гониотомов. Положительные результаты гониотомии были отмечены в 61-85% случаев, при этом начальной и развитой стадии глаукомы и нередко с гониодисгенезом [5,17]. Т.П. Брошевским накоплен огромный опыт, при проведении этой операции с помощью предложенной им диатермогониопунктуры положительный результат достигнут в 78,1% случаев. Э.Г. Сидоров с соавт., (1991) предложили свою модификацию-микродиатермогониопунктуру с эксцизией суб конъюнктивальной ткани. А.А. Шилов (2000) проводил микрогониотрепанацию «ab intemo» через разрез в лимбе, трепаном.

Однако, в связи с тем, что в глазах с врожденной глаукомой, кроме эмбриональной ткани, выявлялись недоразвитие всех структур дренажной зоны, показания к гониотомии сузились, и круг операций значительно расширился. Внедрение в практику хирургического лечения врожденной глаукомы трабекулотомии «ab externo», разработанной Н. Burian (1960) положило начало новому направлению, более эффективному в хирургическом лечении глауком.

Наличие помутнения роговицы при врожденной глаукоме осложняет проведение гониотомии поэтому разработанная трабекулотомия ab externo не требует прозрачности роговицы [18,19]. Ряд авторов высказываются в поддержку этого вмешательства, по их данным процент эффективности трабекулотомии составил от 73,9 до 86,4% при сроке наблюдения до 15 мес.

В последние годы идет активное обсуждение различных методик хирургии врожденных глауком. Основными методиками являются трабекулотомия, трабекулэктомия, комбинированная методика (трабекулотомия 4- трабекулэктомия), гониотомия, при увеличении диаметра роговицы более 12 мм, произведена синусотрабекулэктомия по Кайрнсу [14,15,16]. Э.Г.Сидоров (1986) оценивая отдаленные результаты трабекулотомии, отметил нормализацию ВГД в 54,1% случаев, при I степени гониодисгенезе 40%, при II-68% и III степени- 29,1% случаев.

Различные результаты получены относительно комбинированной операции трабекулотомии с трабекулэктомией и по поводу ее высказываются разные мнения. Отдельные авторы [17] достигли положительных результатов в 86,2% случаев при сроке наблюдения от 6 мес. до 2 лет и считают эту методику операцией выбора. Некоторые исследователи [20] отмечают, что результаты комбинированной операции и обычной трабекулэктомии примерно одинаковы в пределах 93,5% при сроке наблюдения 2 года. Замечено, что результаты, полученные хирургами специализированных центров детской офтальмохирургии, выше, чем в клиниках общего профиля.

В настоящее время наиболее предпочтительной является трабекулэктомия [9,15,16,17] предложенная в 1968 г. Cairns и в дальнейшем модифицированная рядом авторов. Эффективность трабекулэктомии, по данным разных авторов, колеблется от 92,3 до 100% в ближайшие и от 46 до 89,3% в отдаленные сроки наблюдения [5,6,18]. Основной причиной нестабильности достигнутых результатов лечения в настоящее время считают избыточное рубцевание в зоне хирургического вмешательства. Ряд послеоперационных осложнений также может предопределить неблагоприятный исход лечения [8,9,11]. Результаты, полученные в работе М. Turach, G. Aktan, A. Idil (1995), следующие; положительный эффект трабекулэктомии в короткие сроки наблюдения отмечался в 84% случаев в отдаленные сроки — в 76%. Гипотензивный эффект операции, по нашим данным составил по непосредственным результатам - 85%, в отдаленные сроки 61%. Ряд авторов [18], считающих трабекулэктомия операцией выбора, представляют иные данные; за 5 летний период наблюдения процент успеха у больных с простым гидрофтальмом составил 92,3% у больных с сочетанной глаукомой- патологией органа зрения и других органов и систем — 85,7%. Разработаны различные модификации трабекулэктомии и трабекулотомии [4,5,14].

Отмечены наилучшие результаты хирургического лечения у детей в первые месяцы жизни с начальной стадией заболевания. При этом нормальное поле зрения сохранялось в течение 10-14 лет наблюдения у половины прооперированных детей [18]. По данным Т.Н. Никитиной (2005), после склерэкстотрабекулэктомии стабилизация офтальмотонуса в нормальных границах с остановкой глаукоматозного процесса отмечено только в 62,8% случаев. В то же время А.В. Хватова с соавт. (2003), анализируя, результаты операции трабекулэктомии произведенной на 158 глазах с врожденной глаукомой, отмечает нормализацию офтальмотонуса после операции в 98,7% случаев. Интраоперационные осложнения были в раннем послеоперационном периоде

в 8,2% глаз. В поздние сроки после трабекулэктомии наблюдались отслойка сетчатки (0,6% глаз), эндотелиально-эпителиальная дистрофия (0,6% глаз). Осложнения развивающейся при II и III формах врожденной глаукомы протекали тяжелее, на глазах с далекозашедшей стадией глаукомы они отмечались в 66,7%. Рецидив повышения ВГД в 10,8% случаев являлся результатом фибропластического пролиферативного процесса в зоне операции.

При многолетнем наблюдении, когда отдельные дети оперируются по 4-6 раз и более, и все лишь со временным эффектом, возникает не только досада на нашу беспомощность, но и твердая уверенность в том, что главным «виновником» такого положения дел является быстрое слишком гладкое заживление разреза в фиброзной капсуле, глухое закрытия рубцовой тканью образованных в ней отверстий, даже если при сквозных разрезах были проведены какие-нибудь дополнительные и вставлены «проводники» — радужка, полоска склеры, аллодренажи [11].

Несмотря на высокий процент положительных результатов, после операций фильтрующего типа в 10-60% случаев врожденная глаукома не поддается данной хирургии [5,15]. Многочисленные модификации классических фистулизирующих операции направлены на улучшение оттока ВГЖ, но гипотензивный эффект этих операций во многих случаях снижается из-за развития склеро-склеральных, склеро-конъюнктивальных сращений и образование рубцовой ткани. Это является одной из основных проблем хирургического лечения детей с врожденной глаукомой. В последние годы появилось новое перспективное направление в применении различных имплантов со свойствами дренажа в сочетании с формированием дополнительных путей оттока ВГЖ [6,8].

Многие работы посвящены использованию дренажей, способствующих повышению эффективности хирургического лечения глаукомы. Для профилактики процессов рубцевания зоны оперативного вмешательства офтальмологи использовали различные дренажи; ауто- алла-ксено- и эксплантодренажи, имплантаты-дренажи с комбинированным типом действия [7,8,9]. Применение дренажа из гидрофильного гидрогеля позволило достигнуть стабильной нормализации давления у 70% детей [17]. Представлены работы по использованию клапанных дренажей Ahmed, Molteno у детей в возрасте от 1 недели до 10 лет с различными формами глаукомы, в том числе гидрофтальмом и врожденной глаукомой при аномалии Петерса, с одновременным проведением кератопластики. В ближайшем послеоперационном периоде положительный эффект наблюдался в 75% случаев [7,19].

* Применением метода интрасклерального микродренирования коллагенопластикой у детей с различными формами глаукомы достигли стабилизации глаукомного процесса в отдаленные сроки наблюдения: стабилизации биометрических показателей и зрительных функций, нормализации ВГД в 94% случаев за период наблюдения 2 года [7,19].

Перспективным направлением в хирургии врожденной глаукомы является использование различных биодренажей, способствующих длительному сохранению вновь созданных путей оттока внутриглазной жидкости [9]. Биоматериал Аллоплант, имеющий губчатую структуру, зарекомендовал себя с положительной стороны при лечении больных как первичной врожденной, так и вторичной глаукомой [8,10].

Для активизации путей оттока был использован дополнительный увеосклеральный путь оттока ВГЖ. А.П. Нестеров (1971,1978) и И.Н. Черкасова (1978,1979) путем введения полоски аутосклеры в супрацилиарное пространство показали увеличение коэффициента легкости оттока на 23,5%. Операцию туннельного аутосклерального дренирования при глаукоме детского возраста применяли В.Н. Конюков с соавт. (2003). Комбинированную операцию, склерэктомию с иридоциклоретракцией с дренированием циклодиализной щели аутосклерой с наличием фистулизирующих компонента в УПК применяли Р.А. Азнабаев с соавт. (1993).

В.И. Лапочкин (2000) предложил операцию лимбосклерэктомию с клапанным дренированием супрацилиарного пространства введением склеральной полоски. Компенсация ВГД достигнут в 90% случаев. С целью активизации увеосклерального оттока в качестве дренажа использовали амниотическую мембрану [10]. Положительный результат отмечен в 97% случаев.

Положительного результата (93,7% до 6 мес.) достигали Н.А. Бакунина с соавт. (2005) используя комбинированную операцию фильтрующего гониоциклодиализа с коллагенодренированием. В качестве имплантата использовали коллагеновую губку с целью уменьшения избыточной фильтрации, а также профилактики склеро-склеральных сращений [8]. Применение вискоэластика формирует гелеобразный дренаж, который дозирует оттока ВГЖ из передней

¹ камеры в субтеннозное пространство, а в отдаленном периоде рассасываясь, препятствует I процессам рубцевания [10].

Не смотря на значительное количество сообщений о положительном действии имплантатов в тоже время, имеются сообщения, что общее число осложнений при имплантации дренажей может составлять до 47% от общего числа оперируемых больных [18,19].

В настоящее время с целью повышения эффективности хирургических вмешательств предложены операции с использованием ультразвука, отмечены преимущества использования низкочастотного ультразвука: меньшая травматичность, торможение регенеративного процесса [И].

Применению лазеров в хирургическом лечении врожденной глаукомы посвящены единичные работы. Практически всеми авторами отмечается снижение гипотензивного эффекта всех операций в отдаленные сроки наблюдения.

Таким образом, традиционное хирургическое лечение врожденной глаукомы предусматривает формирование в углу передней камеры (УПК), фистулизирующего компонента на основе операций трабекулотомии, трабекулэктомии, синусотрабекулэктомии в различных модификациях [5,9,13]. Несмотря на высокое число положительных результатов в 10-60% случаев не удается компенсировать внутриглазное давление по причине рубцевания созданных путей оттока ВЖ. Снижением эффективности хирургического лечения врожденной глаукомы объясняется, возрастом пациента, иммунным статусом, а также особенностями анатомии глаза в детском возрасте [7,11,13].

Неблагоприятными факторами, осложняющими послеоперационное течение первичной глаукомы, считают избыточное рубцевание и активную регенерацию, вызываемые пролиферацией фибробластов теноновой капсулы и эписклеры в области операции [1,2,7]. Считается, что у детей процессы пролиферации в зоне вмешательства, а раннем послеоперационном периоде более активны, чем объясняется более низкая, чем у взрослых, эффективность фистулизирующих операций [11,14,15]. Причиной плохого прогноза при врожденной глаукоме является также проведение фильтрующих операций у лиц, ранее уже оперированных по поводу глаукомы. Высказано предположение, что ранний возраст пациента является неблагоприятным фактором для сохранения функционирования фистулы и нормальной фильтрации. Неблагоприятное течение заболевания отмечено у этих больных, которым диагноз поставлен в возрасте до 2 мес. или после 2 лет. Кроме избыточного рубцевания, эффект антиглаукомных операций зависит от ряда других послеоперационных осложнений: синдром мелкой передней камеры, цилиохориоидальная отслойка, гифема, макулярный отек. В качестве редко встречающегося осложнения трабекулэктомии у детей описана геморрагическая ретинопатия, напоминающая картину окклюзии центральной вены сетчатки. Как самое частое среди всех послеоперационных осложнений при синдроме Стерджа-Вебера отмечена цилиохориоидальная отслойка [15].

До недавнего времени в арсенале офтальмохирургов не было достаточно действенных средств борьбы с рубцеванием после антиглаукоматозных операций, хотя у ряда пациентов уменьшение травматичности вмешательств, достигалось использованием туннельных вариантов [12].

Современные средства, препятствующие процессам пролиферации, включают: уменьшение травматичности операций, иссечение субконъюнктивы и эписклеры, применение кортикостероидов, протеолитических ферментов и использование цитостатиков из группы антиметаболитов. Предложения об использовании антипролиферативных средств, при избыточном рубцевании тканей глаза появились в начале 80-х годов. Применялись препараты из группы антиметаболитов (5-фторурацил, позже митомицин, блеомицин), что значительно улучшало исход антиглаукомных фильтрующих операций [3,4].

Представлены результаты ультразвуковой биомикроскопии дренажной зоны, сформированной операциями фильтрующего типа (трабекулэктомия) с последующей инстилляцией митомицина С. В послеоперационном периоде отмечалось наличие фильтрационной подушки, она было меньше на глазах, где конъюнктивальный лоскут выкраивался основанием к своду, а не к лимбу. Наличие фильтрационной подушки осложняло операции фистулизирующего типа.

После применения митомицина рядом авторов отмечались, и другие отрицательные моменты этой методики описаны осложнения со стороны роговицы (эрозия, кератиты, кератопатия), увеальном тракте (отслойка сосудистой оболочки). Кроме того наблюдались вскрытие передней

камеры и фильтрация ВГЖ, а также расхождение конъюнктивальной раны. Описаны случаи развития катаракты, гипотонии и снижение зрительных функций [8,10].

Использование вискоэластичного препарата во время проведения вискотрабекулотомии в значительной степени повышает количество успешных вмешательств, поскольку не развиваются послеоперационные геморрагии, адгезия краев операционного разреза и пролиферация фибробластов. Также применяли бета-излучение, воздействие, которого тормозит процесс рубцевания после фильтрующих операций.

Каждый из предложенных методов хирургического лечения врожденной глаукомы с применением дренажей и без них имеет свои достоинства и недостатки. Все авторы сходятся во мнении, что в настоящее время не существует оптимальной методики, которая позволяет стойко нормализовать офтальмотонус. Поиск новых методов хирургического лечения врожденной глаукомы продолжается и в настоящее время.

В литературе обсуждаются различные методики, дозы применяемых препаратов, их токсичность, возможность развития побочных эффектов и послеоперационных осложнений.

Почти всеми авторами отмечается определенная неудовлетворенность от применяемых методов лечения, особенно в отдаленные сроки наблюдения.

Таким образом, несмотря на значительную освещенность в литературе вопросов клиники, этиопатогенеза, диагностики и лечения врожденной глаукомы, недостаточно изучены многие аспекты этой патологии, поэтому проблема остается актуальной и требует дальнейших исследований [13].

Нами проводилось наблюдение и изучение течения глаукоматозного процесса под влиянием консервативных и различных хирургических методов лечения у 517 детей с 1985 года по настоящее время.

Дети были с простой формой врожденной глаукомы, с инфантильной и с ювенильной формой заболевания и с различными стадиями заболевания. Из хирургических методов применялись: трабекулэктомия, синусотрабекулэктомия, глубокая непроникающая трабекулэктомия: операции с применением различных дренажей (коллаген, силиконовые пластинки, трубочки, отделенные волокна верхней глазодвигательной мышцы, твердая мозговая оболочка, трупная склеральная ткань).

Все операции, в том числе с применением дренажей давали положительный эффект в 93% случаев в ближайшие после операционные сроки. Эффективность результатов не зависит от применяемого материала в качестве дренажа. Через 3-6-7 месяцев положительный результат был уже только в 67% случаев, а через год только в 41%. Положительные результаты отмечались, в наибольшем проценте случаев, главным образом, на глазах с начальной стадией глаукомы при всех формах заболевания. Сравнительный анализ результатов на глазах с начальной стадией заболевания в зависимости от формы врожденной глаукомы, показал наибольшую эффективность при инфантильной и ювенильной глаукоме.

Дад достижения наибольшей эффективности результатов хирургического лечения, снижения внутриглазного давления до показателей «целевого» на длительный срок, уменьшения числа рецидивов и стабилизации зрительных функций, нами была разработана одномоментная операция с созданием трех путей оттока в комбинации с аутосклеральным дренажом.

Предлагаемый способ хирургического лечения врожденной глаукомы, созданием трех путей оттока в комбинации с аутосклеральным дренажом выполнены у 35 (66 глаз) больных, из них с простой врожденной глаукомой было 25 больных (50 глаз), с инфантильной формой у 2х и с ювенильной у 3х больных. Простая врожденная глаукома у 32х больных и у трех сочетанная с аномалией Петерса-1, синдромом Стердже Вебера-1, и со склеракорнеа-1. В процессе операции отмечались осложнения в виде частичной гифемы (2 глаза), тотальной гифемы (2 глаза) и цилиохориоидальной отслойки (4 глаза). Все осложнение были купированы в течение 4х-6 дней. Наблюдения в течение 6 мес.-2х лет показали улучшения зрительных функций и нормализацию ВГД у всех прооперированных больных. ВГД через 6 месяцев было $20,2 \pm 0,86$ мм рт.ст., через год $22,7 \pm 1,26$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Динамика остроты зрения выражались в следующем $0,03+10,01$ до операции и $0,3+0,15$ через один год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашова Л.М. // Вести, офтальмол. — 1997. — №2. — С. 42-44.
2. Демин А.Л., Зеленский И.А. // Офтальмологический журнал — 1989 — . — №3. — С. 144-147,
3. Егоров Е.А., Нестеров А.П., Шабан Н. // Глаукома: Сборник науч. трудов. -М., 1996. -С. 200-

202.

4. Катаргина Л.А., Хватова А.В., Денисова Е.В. // Офтальмохирургия — 2002 —. — №3. — С.37-40
5. Качан Н.А., Тойкулиев Т.К. Классификация врожденной глаукомы // Глаукома-2004.-№4 - С.46-47.
6. Корнилова Г.Г. // Хирургическая активизация переднего и заднего пути оттока при первичной глаукоме. Вести. Офтальмол. — 2002. — №1. — С.42-45.
7. Лебедев О.И. // Вести. Офтальмол. — 1993. — №1. — С.36-39.
8. Мулдашев Э.Р., Корнилова Г.Г., Полякова Е.Ю. // VIII съезд офтальмологов России тезисы докладов — 2005. — Уфа. — С. 2002-2003.
9. Нурмамедов Н.Н. // Глаукома: сборник науч. трудов. — М., 1998. — С. 293-300.
10. Полякова Е.Ю. // Автореф. канд. мед. наук. — 2009. — Челябинск.
11. Сидоров Э.Г., Перчикова О.И., Шмырева В.Ф., Полуторнов А.Л. // Вести, офтальмол. - 1992 - №3.- С.5-6.
12. Сидоров Э.Г., Мирзаянц М.Г. // Врожденная глаукома и ее лечения-М., 1991.-С. 17-27.
13. Теплинская Л.Е., Мазанова Е.В. // Вести, офтальмол. — 1999. — №5. — С. 39-41.
14. Хватова А.В. // Актуальные вопросы офтальмологии. — М., 1995. — С.81-101.
15. Хватова А.В., Арестова Н.Н. // Актуальные вопросы детской офтальмологии: Материалы науч.- прак. конференции. — М., 1997. — С. 61-64.
16. Хватова А.В., Буткевич С.О. // Глаукома: сборник науч. трудов. — М., 1994. — С. 105-109.
17. Elder M.J. // Irid. - 1994. - Vol. 78, N 8. - P. 745-748.
18. Fulcher N., Chan J., Lanigan B. et al. // Brit. J. Ophthal. — 1996. — Vol. 80, N 6. — P. 499-502
19. Gloor B.R. // Ophthalmologie. - 1998. - Vol. 95, N2. -P. 100-103.
20. Khaw P.T. // Irid. - 1996. - Vol. 80, N, 6. -P. 495-496

УДК: 616.65 007.61

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕВЕНТИВНОЙ УРОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ

Салиев АР., Шадманов ЛК.

(АндМИ)

(Обзор литературы)

ПРОСТАТА АДЕНОМАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИНИ ЎРГАНИШ МИСОЛИДА ПРЕВЕНТИВ УРОЛОГИЯДА ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

В последнее время доброкачественная гиперплазия предстательной железы все больше воспринимается не как заболевание, характеризующееся увеличением предстательной железы, а как состояние, при котором резко ухудшается качество жизни пациентов из-за симптомов, связанных с нарушением мочеиспускания. В литературе указанные симптомы называются симптомами нижних мочевых путей (СНМП), вызванными доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ).

Из литературных источников известно, что гиперплазия простаты является одним из самых распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Около 80% мужчин старше 80 лет страдают этим заболеванием, особенно при наличии соматической патологии [3,5,12].

Тяжелые осложнения заболевания, клиническая симптоматика, которая способствует снижению качества жизни пациентов, делают проблему ДГПЖ одной из главенствующих в общесоматической практике. Подчеркивается, что в силу различных обстоятельств заболевание начинается еще в молодом трудоспособном возрасте.

Крупномасштабные популяционные исследования убедительно доказывают прогрессирующий характер ДГПЖ [11,18,19],

Из-за страха перед оперативным вмешательством больные поздно обращаются за медицинской помощью. Тем более, что показания к хирургическому вмешательству не всегда являются абсолютными, поэтому часто диагностируются запущенные, принявшие хронические