

Мартиневич В. В., Мащар Н. В.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Научный руководитель проф., д-р мед. наук, чл.-кор. НАН Беларуси Висмонт Ф. И.
Кафедра патологической физиологии*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин, начиная с 40-50 лет. Рак предстательной железы (РПЖ) занимает одно из первых мест среди онкологической патологии у мужчин в развитых странах. Прогрессирующий характер течения, постепенное усугубление «симптомов нижних мочевых путей» приводят к частым осложнениям, а также, что наиболее важно, отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов. В связи с этим не вызывает сомнения важность раннего выявления клинически значимых форм гиперплазии предстательной железы и своевременного назначения адекватного лечения. Для выбора оптимального метода лечения необходимо четко представлять агрессивность дальнейшего поведения конкретного заболевания, что зависит как от гистологического строения опухоли, так и от наличия в ней гормональных рецепторов. Определить гормональную зависимость можно разными методами - определением цитоплазматических рецепторов половых стероидов в опухоли, иммуногистохимическим методом. Поэтому поиски косвенных критериев зависимости опухоли от гормонального статуса пациента позволяют разработать патогенетически обоснованный путь гормонотерапии.

Цель: изучить структурно-функциональные особенности репродуктивной системы при пролиферативных заболеваниях предстательной железы и дать оценку факторам риска их развития.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили выписки из медицинской карты стационарного пациента, предоставленные урологическим отделением УЗ 4 ГКБ им. Н. Е. Савченко. Для системного, ретроспективного анализа были использованы данные выписок 100 пациентов, поступивших в лечебное учреждение в 2018, 2019 годах. Всем пациентам был поставлен основной диагноз – доброкачественная гиперплазия, либо рак предстательной железы.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования показали, что высокий уровень тестостерона наблюдается как при ДГПЖ, так и при РПЖ в целом по группам в 82% и 51% соответственно, что не является достоверным увеличением этого показателя в сравнении с возрастными нормами в популяции ($p < 0,05$). В результате анализа показателей свободного тестостерона в группе пациентов с ДГПЖ установлено, что больше половины обследуемых пациентов имеют этот показатель на высоких цифрах - верхняя граница нормы и выше (20-27 пг/мл). Низкодифференцированная карцинома предстательной железы сопровождается дискоординацией межорганных взаимодействий в системе органов мужской половой системы. Свободный тестостерон определяет уровень пролиферации и функциональной активности интерстициальных гормонпродуцирующих клеток в яичке, что обеспечивает поддержание сперматогенеза на высоких показателях в случаях узловой гиперплазии предстательной железы и высокодифференцированной аденокарциномы.

Выводы. Увеличение предстательной железы приводит к проблемам мочеиспускания в результате сдавливания уретры. Скопившаяся моча растягивает мочевой пузырь, вызывая в нём атрофические изменения, что, в свою очередь, ведет к нарушению работы почек. В дальнейшем могут развиваться почечная недостаточность, инфекционные заболевания мочевыводящих путей, камни в почках, недержание мочи. Такие пациенты нуждаются в более детальном подходе к сбору анамнеза с оценкой репродуктивного статуса, обязательном изучении операционного материала предстательной железы, а также учете полученных морфологических данных при назначении антиандрогенной терапии.