

УДК 616.65–007.61–073.48, 073.48

Особливості ультразвукової діагностики у пацієнтів із доброякісною гіперплазією простати

М. М. Сімо, Ю. Р. Грицина, О. М. Никитюк

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів

Ключові слова: ультразвукова діагностика, доплерометрія, захворювання простати, доброякісна гіперплазія простати.

Захворювання простати — це урологічна патологія у чоловіків середнього та старшого віку, яку спостерігають найчастіше, що пояснюється частим розвитком доброякісної гіперплазії простати (ДГП) та раку простати. ДГП рідко спостерігається в чоловіків до 40 років. З віком чоловіків частота її неухильно зростає: у віці 50 років ДГП виявляють у 42% чоловіків, у 75–80 років — у 85–90%. Значно зросла також актуальність проблеми раку простати. За даними американських учених, у 1992 році на рак простати припадало 23,4% усіх онкологічних захворювань і 67,9% онкологічних захворювань сечостатевої системи. У Росії рак простати становив 2,9% усіх онкозахворювань і 36% онкоурологічних [3].

З огляду на все зазначене вище стає зрозумілою вагомість проблеми вчасної діагностики названих захворювань.

Золотим стандартом обстеження простати є пальцеве дослідження, ультразвукова діагностика, особливо трансректальна ультразвукова діагностика (ТРУЗД), одночасно з біопсією та визначенням рівня простатичного антигену в крові.

Ультразвукова діагностика є провідним методом дослідження простати. За останнє десятиліття метод значно розширив свої можливості. На зміну сірошкальному трансабдомінальному обстеженню прийшов метод ТРУЗД, який у свою чергу доповнився кольоровою, імпульсною та енергетичною доплерографією [2, 6].

За три останні роки на базі міждорожнього центру ендоеурології клінічної лікарні Львівської залізниці проліковано 2157 чоловіків, з них 390 прооперовано з приводу ДГП. Усім пацієнтам проводили обов'язкове УЗД нирок, сечового міхура, простати, сім'яних пухирців та визначення об'єму залишкової сечі. За наявності болю в яєчках проводили ультразвукове обстеження калитки.

Обстежуючи нирки, звертаємо увагу на розміри, локалізацію та екскурсію нирки під час ортостатичної проби. Визначаємо відношення чашково-мискової системи до паренхіми, розміри та ехогенність паренхіми, наявність дрібних та великих кон-

крементів, їхню локалізацію. Обов'язково в разі ДГП описуємо ознаки обструкції сечовивідних шляхів: наявність дилатації чашечок, миски, сечоводів із точним зазначенням їхніх розмірів. Наявність екстазії верхньої третини сечовода понад 3–4 мм є показанням до дообстеження з наповненим сечовим міхуром, коли часто вдається виявити локалізацію рівня обструкції сечовода. У наших спостереженнях ознаки пієлоекстазії спостерігали у 12 пацієнтів із ДГП, особливо на тлі гострого затримання сечі [4].

Для якісного обстеження сечового міхура та простати огляд проводиться за адекватного наповнення сечового міхура (близько 200 мл сечі). Для цього пацієнтові пропонується випити до 1–1,5 л рідини за 1 годину до обстеження. Якщо пацієнт має постійний катетер, заповнюємо сечовий міхур такою ж кількістю теплого фізіологічного розчину або фурациліну. Передусім досліджуємо форму, товщину стінки, наявність об'ємних утворень у просвіті та на стінках сечового міхура, наявність дивертикулів. У разі виявлення об'ємних утворень сечового міхура відзначаємо їхню локалізацію, розміри, ступінь проростання стінки міхура. У разі дилатації сечоводів у нижній третині зазначаємо їхній діаметр. У наших спостереженнях за тривалої обструкції сечових шляхів виявляли гіпертрофію детрузора (260 чоловіків), дивертикульоз сечового міхура (36), виразну трабекулярність стінки сечового міхура, іноді з ознаками псевдодивертикульозу (35). У 75 пацієнтів спостерігали ознаки хронічного циститу, у 26 — пієлоекстазії. Виявлено конкременти різного розміру в просвіті міхура (18 осіб), папіломатоз сечового міхура (43), при чому встановлено ступінь проростання пухлини, що зумовило подальшу оперативну тактику.

Під час обстеження простати обов'язково вимірюємо розміри в трьох взаємно перпендикулярних проєкціях для визначення об'єму залози, що є важливим для відбору хворих для трансуретральної резекції аденоми простати. Пацієнти з об'ємом залози понад 90 см³ підлягають відкритій аденомектомії.

Описуючи простату, зазначаємо її однорідність, ехогенність, чіткість та рівність контуру, наявність ділянок фіброзу, кіст, кальцинатів, стан сім'яного горбка та сім'яних пухирців. Якщо виявлено аденоматозні вузли, зазначаємо їхню локалізацію, напрям росту (бічні чи центральні частки), об'єм, наявність та виразність хірургічних капсул. Проводячи ТРУЗД, більше уваги звертаємо на наявність ознак початкової стадії ДГП, локалізацію, структуру, напрямок росту утворень, цілісність та стан простатичної капсули, розміри сім'яних пухирців, фокальних зон зниженої ехогенності, судинну архітектуру залози. Пацієнтам із припущенням про рак простати визначаємо PSA крові з подальшим виконанням мультифокальної біопсії простати.

У разі ДГП ультразвукова картина була доволі специфічною і характеризувалася наявністю вузлових утворень у перехідній зоні залози. За переважання гіперплазії періуретральних залоз відзначали пролабування аденоматозної тканини в порожнину сечового міхура. Доплерографія виявляла збіднену васкуляризацію в периферійній зоні та дещо посилену васкуляризацію у вузлах. Хід судин був переважно прямим або дугоподібним із рівномірним просвітом та доволі рівномірним розподілом по всій структурі паренхіми вузла. Водночас за наявності раку простати, який найчастіше представлений гіпоехогенними вузлами в периферійній зоні з чітким або дещо розмитим контуром, кольорова доплерографія кровотік або не визначала, або він був значно збідненим (поодинокі кольорові сигнали переважно

по периферії вузла). Це, очевидно, пов'язане з малим діаметром судин та низькою швидкістю кровотоку в них. Для пухлин більшого розміру частіше вдавалося виявити поодинокі судини по периферії вузлів. Особливо цікавим є одне спостереження, коли вдалося запідозрити пухлину простати на підставі локального виявлення кольорових сигналів по периферії ізоехогенного вузла [1].

Одним з основних критеріїв необхідності оперативного втручання є об'єм залишкової сечі. Виокремлюють ступені аденоми відповідно до об'єму залишкової сечі: I ст. — до 75 мл, II — до 150 мл, III — до 400 мл, IV — понад 400 мл [5]. УЗД виявило відсутність прямої залежності між розмірами аденоми та об'ємом залишкової сечі. За невеликих аденом центральної частки ми виявляли значні порушення пасажу сечі з великими залишковими об'ємами сечі, і навпаки, у разі великих латеральних часток об'єми залишкової сечі можуть бути мінімальними. Потрібно проводити урофлуометричні дослідження у хворих з великими об'ємами залишкової сечі. Слід зазначити, що якщо за початкового об'єму сечового міхура понад 350–400 мл об'єм залишкової сечі становить 100–150 мл, ми проводимо повторний огляд після повторної мікції.

Отже, якісно проведене в повному обсязі ультразвукове дослідження пацієнтів з урологічною патологією дає змогу чітко встановити рівень ураження сечостатевої системи, виявити супровідну патологію, вчасно скерувати пацієнта для проведення адекватного оперативного лікування.

Цитована література

1. Коробко В. Ф. Возможности доплерографии в диагностике доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы у лиц пожилого возраста // Укр. конгрес радіологів «УКР 2003»: Зб. наук. праць.— К., 2003.— С. 229–230.
2. Роль радіологічних методів дослідження в діагностиці захворювань передміхурової залози / Л. Ю. Гладка, Д. С. Мечов, О. А. Щербіна та ін. // Там само.— С. 223–225.
3. Руководство по урологии. Т. 3 / Под ред. акад. РАМН Н. А. Лопаткина.— М.: Медицина, 1998.— 671 с.
4. Сімо М. М. Роль УЗД у відборі хворих для оперативного втручання при аденомі простати / М. М. Сімо, Ю. Р. Грицина, Є. І. Конєв // Проблеми патології в експерименті та клініці. Т. XIX.— Л.: Світ, 1998.— С. 178–180.
5. Юнда І. Ф. Болезни мужских половых органов.— К.: Здоров'я, 1981.— 160 с.
6. Clements R. Has ultrasonography a role in screening for prostatic cancer? // Europ. radiology.— 1997.— Vol. 7.— P. 217–223.

Особенности ультразвуковой диагностики у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты

Н. М. Сімо, Ю. Р. Грицина, Е. М. Никитюк

Стандартизованное ультразвуковое исследование пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы позволяет провести полноценный отбор больных для адекватного хирургического лечения. Трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследования должны дополнять друг друга.

Peculiarities of ultrasound diagnostics in patients with benign prostatic hypertrophy

M. M. Simo, Yu. R. Hrytsyna, O. M. Nykytiuk

The standardized ultrasound investigation of patients with benign prostatic hypertrophy allows carrying out of valid selection of patients for adequate surgical treatment. Transabdominal and transrectal ultrasound investigation must complement each other.