

ОПУЩЕННЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

М.М. Кернесюк^{1, 2}, М.Л. Кернесюк¹

¹ *Уральський державний медичний університет*

² *Уральський науково-дослідний інститут туберкульозу, м. Єкатеринбург*

Вступ. До переліку захворювань ПЗ запропоновано ввести «опущення передміхурової залози, простатоптоз» із морфометричним та гістотопографічним обґрунтуванням [1,2] нозології.

Мета дослідження: запропонувати фізикальні методи діагностики ПП.

Матеріали і методи дослідження. Морфометрична топографія та гістотопографія передміхурової залози досліджені на 33 трупах молодого, першого та другого зрілих вікових періодів, а верхніх, середніх і нижніх сечовивідних органів – на 220 об'єктах всіх вікових періодів.

Морфометрична топографія – дослідження розташування органів і структур в областях, порожнинах тіла у взаємозв'язку між ними та по відношенню до орієнтирів у метричних та кутових одиницях виміру. Гістотопографія – дослідження органів, їх систем в областях, порожнинах тіла у взаємозв'язку, взаємовпливу та взаємозалежності на тканинному рівні в нормі та патології [1] з використанням диференційного фарбування тканин органів методом мікродисекції та на гістотопографічних зрізах [8].

Результати та їх обговорення. На підставі виконаних досліджень [2–5] у 33 трупів обґрунтована як нозологія патології ПЗ – її опущення, ПП, у зв'язку з порушенням (ослабленням) її зв'язок і сухожильних дуг, які фіксують залозу та інші органи тазової порожнини до кістково-зв'язкових стінок тазу. З урахуванням виявлених об'єктивних і суб'єктивних ознак цього захворювання у 12 добровольців з діагнозом «доброякісна дегенерація ПЗ» визначено її перебіг у вигляді трьох ступенів вираженості, висловлені рекомендації щодо оцінки ультразвукових і рентгенівських методів діагностики та консервативного лікування [6, 7].

У цьому повідомленні більш докладно зупинимося на методиці проведення трансректального (ТР) діагностичного дослідження ПЗ і ТР масажу її як лікувальної процедури при ПП. І в тій, і в іншій процедурах, особливо в першій, важливе значення має положення тіла обстежуваного: він повинен стояти на підставці близько 0,5 м заввишки з широко розведеними ногами (з максимальним відведенням їх) і зігнутим

тулубом у кульшових суглобах під прямим кутом, спираючись руками на стіл; той, хто обстежує, ставши ліворуч і спиною до нього, проводить діагностичну процедуру.

По-перше, оцінює стан поверхневих шарів області промежини: а) положення анального отвору (АО) по відношенню до лобково-куприкової лінії, від нижнього краю лобкової дуги і верхівки куприка (вище, чи на рівні, або нижче лінії, на середині або ближче до одного з орієнтирів); б) стан поверхневих вен у сечостатевої і анальній областях, особливо підшкірного венозного сплетення прямої кишки (ПК); в) співвідношення зовнішнього анального сфінктера з сухожильним центром і внутрішнім сфінктером (зміщення поверхневих шарів з опущенням підслизових розширених вен); г) стан поверхневого венозного сплетення сечостатевої області (вираженість їх розширення, застійні явища венозного відтоку як з кавернозних, так і спонгіозного тіл з помітним збільшенням статевого члена).

По-друге, оцінює стан анального каналу (АК) та ампули прямої кишки (АПК): а) довжина і стан АК до вищенаведених орієнтирів промежини; б) наявність і вираженість складки АК біля зовнішнього сфінктера; в) стан медіального відділу м'яза, що підіймає задній прохід і внутрішнього сфінктера ПК; г) співвідношення між АК і АПК; г) стан ампули (положення, діаметр, тонус, співвідношення з надамппульним відділом); д) наявність залишкового калу.

По-третє, оцінює стан паренхіми ПЗ: а) положення залози по відношенню до наведених орієнтирів промежини і до стінок тазу; б) співвідношення ПЗ з АК та АПК, а також з АО; в) співвідношення ПЗ з дном і задньою стінкою сечового міхура; г) розміри (довжина і ширина) ПЗ; г) стан паренхіми, зміщення ПЗ відносно орієнтирів, рухомість залози, стан клітковини сечо-статевої капсули; д) наявність суб'єктивних симптомів. По-четверте, оцінює стан стінки сечового міхура (СМ), латерального відділу м'яза, що підіймає анальний отвір, вісцеральної і пристінкової клітковини тазу, а також прилеглих до них петель кишечника.

Саме на основі цього обстеження може бути виявлений ПП як патологічне положення ПЗ, що супроводжується, насамперед, порушенням функції середніх і нижніх частин і відділів сечовивідних органів, а також ПК (залишкова сеча, залишковий кал). Також може бути виявлений ступінь вираженості патології. Ультразвукові ж і рентгенівські методи візуалізації названих органів не виявляють перелічені вище співвідношення між органами, стінками тазу і наведеними орієнтирами так само, як не розрізняють залишкову сечу від залишкового калу. До того ж усі дослідження, як фізикальні, так і апаратні, виконуються при горизонтальному положенні обстежуваного; для виявлення ПП таке положення тіла не дозволить виявити зміну розташування ПЗ, а також стан діафрагми тазу, навколишніх органів, клітковинних утворень як порожнини тазу, так і області промежини. Послідовно оцінити стан ПЗ, заднього краю і стінки СМ, латерального відділу діафрагми і бічних стінок тазу дозволяє максимальне відведення кінцівок у кульшових суглобах, при якому пристінкові м'язи з верхніми сухожильними дуга-

ми певною мірою напружують вісцеральні м'язи, що дозволяє пальпаторно визначити їх стан.

При ТР масажі ПЗ, що розташована зразу над складкою АК і анальним отвором, АПК разом з опущеним дном та задньою стінкою СМ (ПП другого-третього ступенів), вже в перші хвилини процедури підіймається на 3–5 см угору і вперед разом з нижньою сухожильною дугою, скорочується медіальний відділ м'яза, що підіймає АО, відновлюється довжина та положення АК, згладжується його складка над АО. Поряд з цим зменшується розмір ПЗ, її верхівка сягає середини симфіза. Відновлюється межа між ПЗ і задньою стінкою СМ, що свідчить про відновлення положення інших органів тазу внаслідок скорочення латеральних сухожильних дуг тазу. Поліпшується стан венозних сплетінь промежини та порожнини тазу.

Висновок

Таким чином, наведені ТР діагностична та лікувальна процедури разом з лікувальною фізкультурою є ефективними і довгий час підтримують задовільну функцію сечостатевої системи органів і прямої кишки.

Список літератури

1. Кернесюк М.Н., Кернесюк Н.Л. Простатоптоз и дискинезия пузырно-уретрального соединения / Современный мир, природа и человек. (Межвузовский сб. науч. работ с материалами трудов 5-й международной телеконф. «Фундаментальные науки и практика»). – Томск. – 2011. – Т. 2, № 1. – С. 79–80.
2. Кернесюк М.Н., Кернесюк Н.Л. Морфометрические и гистотопографические основы патогенеза, клиники, диагностики и лечения простатоптоза // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Т. 5, № 2. – 2012. – С. 371–375.
3. Кернесюк М.Н., Кернесюк Н.Л. Простатоптоз: морфометрические и гистотопографические основы патогенеза, клиники, диагностики и лечения / Актуальные проблемы современной науки. (Материалы трудов участников 11-й междунар. телеконф.). – Томск. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 46–50.
4. Кернесюк Н.Л., Кернесюк М.Н. Лечебная физкультура в консервативной хирургии простатоптоза / Актуальные проблемы современной науки. (Материалы трудов участников 12-й междунар. телеконф.). – Томск. – 2013. – Т. 2, № 3. – С. 76–78.
5. Кернесюк М.Н., Кернесюк Н.Л. Простатоптоз: синдромы «остаточной мочи» и «остаточного кала»: морфометрическое и гистотопографическое обоснование / Актуальные проблемы современной науки. (Материалы трудов 13-й междунар. телеконф.). – Томск. – 2014. – Т. 3, № 1. – С. 34–35.
6. Кернесюк М.Н. Хирургическая анатомия мочеиспускательного канала у мужчин. / Современный мир, природа и человек. (Материалы трудов 14-й междунар. телеконф.). – Томск. – 2014. – Т. 4, № 1. – С. 50–52.
7. Кернесюк М.Н., Кернесюк Н.Л. Основы микрохирургии мочевыводящих органов и предстательной железы. – Екатеринбург: Lap Lambert Academic Publishing, 2014. – 100 с.
8. Кернесюк Н.Л. Способ окрашивания органов мочевого выделительной системы при гистотопографических исследованиях // Открытия. Изобретения. – 1985. – № 6.

Реферат

ОПУЩЕНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.Н. Кернесюк, Н.Л. Кернесюк

Исследована морфометрическая топография и гистотопография предстательной железы у 33 умерших мужчин молодого, первого и второго зрелого возрастных периодов. Установлены морфометрические и гистотопографические показатели, определена также степень выраженности опущения предстательной железы как нозологии среди ее заболеваний. У 12 добровольцев поставлен диагноз и проведено консервативное лечение.

Ключевые слова: предстательная железа, простатоптоз, морфометрическая топография, трансректальное исследование.

Адреса для листування

М.Н. Кернесюк
E-mail: topan@e1.ru

Summary

THE OMISSION OF THE PROSTATE

M.N. Kernesjuk, N.L. Kernesjuk

Investigated morphometric topography and histotopografy prostate gland in 33 dead young men, the first and second Mature age periods. Set of morphometric and histotopographically showed also determined the severity of prolapse prostate as among its nosology of diseases. In 12 volunteers, diagnosed and conservative treatment was carried out.

Keywords: prostate gland, morphometric topography, transrectal study.