

## **Влияние формы предстательной железы на время энуклеации.**

**Д.В. Ергаков, А.Г. Мартов, Н.А. Байков, Д.Е. Турин**

**ГКБ имени Д.Д. Плетнёва ДЗ г. Москвы, 2-ое урологическое отделение**

**Кафедра урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ**

**Введение.** Плазменная и лазерная энуклеация доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) все чаще используются рутинно для эндоскопического лечения желез больших размеров. Недостатком операции является труднопрогнозируемое время, которое затрачивается на отделение аденоматозных узлов от капсулы. Поиск прогностических факторов, на основании которых можно предполагать ход операции, является одним из актуальных вопросов урологии.

**Пациенты и методы:** в исследование включено 134 пациента с ДГПЖ (объем простаты от 80 до 250 куб.см.), которым с января 2018 по март 2020 года выполнено оперативное лечение в виде трансуретральной эндоскопической энуклеации простаты. В зависимости от формы железы по данным трансректального ультразвукового исследования пациенты были разделены на две группы: первая группа – 62 пациента с преобладанием продольного размера над поперечным. Вторая группа – 72 пациента с преобладанием поперечного размера над продольным. Средний объем простаты в обеих группах был 112 куб.см. Выполнено 68 биполярных энуклеаций и 66 лазерных энуклеаций. Статистический анализ не выявил предоперационных межгрупповых отличий.

**Результаты:** среднее время энуклеации (без морцелляции) в первой группе было статистически достоверно ниже чем во второй группе -  $42 \pm 8$  минут против  $67 \pm 12$  минут ( $p < 0,05$ ). Средний вес удаленных тканей был примерно одинаков в обеих группах ( $82 \pm 12$  грамм против  $84 \pm 13$  грамм соответственно). В первой группе аденома была энуклеирована единым блоком в 27 случаях (43%) против 13 (18%) во второй группе. Среднее время морцелляции не отличалось в обеих группах и составило  $13 \pm 6$  минут против  $16 \pm 7$  минут. Сроки дренирования мочевого пузыря, продолжительность госпитализации не отличались между двумя группами.

**Выводы:** форма предстательной железы является серьезным прогностическим фактором, влияющим на время скорость проведения операции. При преобладании продольного размера над поперечным (внутрипузырная форма роста, длинный простатический отдел уретры) энуклеация протекает статистически достоверно быстрее, чем при преобладании поперечных размеров (подпузырная форма роста). При этом скорость морцелляции, параметры послеоперационного периода остаются неизменными. При определении лечебной тактики желез пограничных размеров, помимо объема, форма роста предстательной железы имеет не меньшее значение.