

# ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М. Ю. Солянов, О. А. Шумков, М. А. Смагин, В. В. Нимаев*

*г. Новосибирск*

**Введение.** Основными вариантами оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в настоящее время являются открытая аденомэктомия, трансуретральная резекция или энуклеация предстательной железы, лапароскопическая аденомэктомия, однако зачастую эти методы противопоказаны больным с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом и другими сопутствующими заболеваниями. Один из новых методов лечения заболевания — эндоваскулярная эмболизация артерий простаты.

**Материалы и методы.** В 2016 г. условиях хирургического отделения клиники 8 пациентам с гиперплазией предстательной железы 2–3 ст. была выполнена эндоваскулярная эмболизация артерий простаты. Все пациенты имели высокий анестезиологический риск – III по классификации ASA. Возраст пациентов варьировался от 52 до 88 лет. С помощью микрокатетера Progreat 2,9–2,4 Fr, гидрофильного проводника 0,014 и 0,018 выполняли катетеризацию правой нижней пузырной артерии и ее простатической ветви, а затем эмболизацию введением Embosphere 300–500 мкм. Затем по аналогии проводили катетеризацию левой нижней пузырной артерии и ее простатической ветви с эмболизацией последней. После эмболизации осуществляли контроль периферического кровотока в предстательной железе, отсутствие которого свидетельствовало об успешности манипуляции. До операции, через 3 и 6 мес. после нее проводили оценку выраженности симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS, а также трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты с оценкой объема остаточной мочи. На этапе скрининга всем пациентам с уровнем простатспецифического антигена (ПСА) более 4 нг/мл проводили биопсию предстательной железы. В исследование включали только пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты.

**Результаты.** Через 3 мес. после операции по данным УЗИ объем простаты снизился в среднем на 10–15 %, через 6 мес. — на 15–20 %, варьируя в пределах от 35 до 92 см<sup>3</sup>. Отмечено достоверное снижение балла IPSS с 23 до 18 и 12 баллов по прошествии 3 и 6 мес. соответственно. Объем остаточной мочи к концу срока наблюдения составил 25 мл, показав достоверное снижение

**Выводы.** В клинических рекомендациях Российского общества урологов упоминание о эмболизации простаты как методе выбора хирургического лечения ДГПЖ отсутствует. Однако о селективной эмболизации артерий простаты как об экспериментальном методе имеются многочисленные публикации, как в отечественной, так и зарубежной литературе. Несмотря на то, что Международным обществом интервенционной радиологии эмболизация артерий простаты рассматривается как новая перспективная эффективная методика лечения больных с гиперплазией предстательной железы, характеризующаяся высоким профилем безопасности, для рекомендации ее как рутинного метода лечения требуется дальнейшее скрупулезное изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Эмболизация артерий простаты может выполняться у пациентов любого возраста, с любым объемом предстательной железы, однако она сопряжена с достоверно более медленным снижением балльной оценки по шкале I-PSS и объема остаточной мочи, а также достоверно более высокими значениями этих показателей через 6 мес. после операции. Данный метод лечения в перспективе может явиться альтернативой рутинным операциям по поводу гиперплазии простаты у пациентов с анестезиологическим риском ASA III. Для рекомендации данной технологии как метода выбора требуется проведение многоцентровых рандомизированных исследований на большой выборке пациентов.