



FAN, TA'LIM VA AMALIYOT INTEGRATSIYASI

ISSN: 2181-1776

Абдумунинов Б. Р.

Магистр Ферганского медицинского института общественного
здравоохранения

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ У ПОЖИЛЫХ

Аннотация

Со временем мужчины претерпевает метаморфозы. До начала полового созревания в ее строении преобладают преимущественно мышечные ткани и малый объем. К пожилому возрасту нормальная инволюция приводит к уменьшению объема железы, а гипертрофическая – к его увеличению.

Калит сўзлар: предстательная железа, гормонозависимый орган, андрогенные и эстрогенные рецепторы, гипоталамус, гипофиз, надпочечники, щитовидная железа.

Предстательная железа представляет собой непарный репродуктивный мужской орган размером у взрослых длину от 2,6 до 4,5 см и общей массой до 20-24 г. Предстательная железа имеет вид каштана, направленной вершиной вниз. Через толщу железы проходит начальная часть мочеиспускательного канала или уретры. Сама железа граничивается сверху мочевым пузырём, спереди лобковым симфизом, между ними имеется связка (lig.prostatica) и сзади передним стенком прямой кишки. Сзади к железе прилегают семенные пузырьки, а саму простату от стенки прямой кишки отделяет очень тонкий листок – фасция Денонвиль. За счёт такому близкому расположению важных органов, патологию простаты можно исследовать методом пальпации предстательную железу через прямую кишку [3, 394].

Предстательная железа снаружи покрыта плотной капсулой. По ним же вглубь проникают питающие капилляры и нервные окончания. Кровообращение имеет единые истоки со сплетением сосудов конечных отделов прямой кишки и сосудистой сетью полового члена. Именно по этой причине половое возбуждение приводит к усилению кровотока и обменных процессов в простате.

Сама предстательная железа состоит из паренхимы, представленной железистой тканью, и стромы, имеющей фибромускулярное строение. Клеточные элементы стромы имеют морфологические признаки как фибробласта клетки собственно соединительной ткани, так и лейомиоцита гладкомышечной клетки. Узловатые структуры, приводящие к увеличению объема органа, в большинстве случаев имеют железистое строение и проходят в своем развитии ряд последовательно сменяющих друг друга стадий. Переход одной стадии в другую сопровождается появлением нового качественного признака. Начинается процесс с образования структуры, состоящей из 2-3 плотно прилежащих друг к другу железок формируется пролиферативный центр I стадии развития. В прилежащих отделах органа железа сохраняет свое обычное строение. Стромальные элементы, окружающие вновь образованную структуру, уплотняются, а окрашивание пикрофуксином по Ван Гизону показывает, что миофибриллярная строма трансформируется в грубоволокнистую соединительную ткань, утрачивая признаки гладкомышечных клеток [1, 686].

Один клинически важный продукт простаты это простата-специфический антиген (ПСА), 34-kДа альфа-аминоксипропионовая кислота, которые превращают в жидкое состояние коагулированную семью для активности сперматозоидов после эякуляции. Повышенный уровень циркуляции ПСА указывает на аномальные слизистые железы из-за простатической карциномы или на воспаление.

Предстательная железа склонна к трём общим проблемам:

1. Хронический простатит – обычно вызван бактерией или другими инфекционными агентами;
2. Узелковая гиперплазия или доброкачественная простатическая гипертрофия, встречающиеся большинство в околочечевом слизистом железе, где приводит к уплотнению мочеоточника и проблемы с мочеиспусканием.
3. Рак простаты (аденокарцинома), встречается у некурящих людей, часто поражают железы периферической зоны.

В дальнейшем развитие процесса приводит к значительному увеличению количества ацинарных структур. Таким образом образуется микроскопические узелки, в которых происходит усиленная пролиферация железистой ткани. Это явление свидетельствует о формировании II стадии развития пролиферативного центра.

Стабильное прогрессирование пролиферативной активности ацинарных структур в особой степени затрудняет отток секрета из ацинусов предстательной железы, формирующих пролиферативный центр, что приводит к их расширению как кистоз. Этот же качественный S признак свидетельствует о том, что патологический процесс перешел в следующую, IV стадию развития пролиферативных центров.

Далее, ситуация еще более ухудшается: весь пролиферативный центр, или большая его часть, состоит из таких кистозно - расширенных ацинусов. Выстилающие их железистые клетки распластаются по базальной мембране, уплощаются и атрофируются. Кистозное расширение ацинарных структур с атрофией выстилающего их эпителия манифестируют терминальную, V стадию развития пролиферативных центров при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Внутриацинарное нарушение оттока секрета в связи с пролиферативным процессом уже на ранних стадиях его развития может привести к формированию конкрементов внутри ацинусов.

Последовательность морфогенетических стадий развития пролиферативных центров выглядит следующим образом:

I стадия образование фокуса, состоящего из 2-3 плотно прилежащих друг к другу ацинарных структур;

II стадия резкое увеличение количества железистых структур, формирующих пролиферативный центр;

III стадия появление в периферических отделах пролиферативного центра «дочерних» фокусов пролиферации;

IV стадия нарушение оттока секрета в единичных ацинарных структурах, составляющих пролиферативный центр, с их кистозным расширением;

V стадия все ацинусы, формирующие пролиферативный центр, или подавляющее их большинство кистозно расширены, а выстилающий их эпителий атрофирован. Такой путь развития пролиферативного процесса в железистом компоненте предстательной железы прослеживается в большинстве случаев. Однако возможны некоторые отклонения. Различные варианты этих отклонений носят название атипичской гиперплазии. В термин атипичская гиперплазия заложена отнюдь не принадлежность этого процесса к онкологическим заболеваниям, а лишь подчеркнута атипичность развития самого гиперпластического процесса. По нашим данным, атипичские формы железистой гиперплазии простаты встречаются в 8,9% всех случаев железистых гиперплазий.

Среди атипичских форм железистой гиперплазии с наибольшей частотой встречается базальноклеточная гиперплазия. Ее частота составляет 85,3% всех атипичских гиперплазий. При этой форме в отдельных пролиферативных центрах выявляются фокусы, в которых железистые структуры сформированы базальными клетками. Проллифераты из базальных клеток могут носить характер солидных тяжей, а могут проявляться в виде сегментарных пролифератов внутри ацинарных структур[1, 686].

Так же другие варианты атипичских гиперплазий встречаются значительно реже. Так, аденоз, следующая по частоте форма атипичской гиперплазии, составляет 7,5% случаев атипичских гиперплазий. При этой форме железистой гиперплазии в отдельных участках предстательной железы отмечается разрастание мелких железистых структур. Расположены эти железки хаотично и отделены друг от друга тонкими прослойками соединительной ткани. Если строма в фокусах аденоза значительно доминирует над паренхимой, то такой его вариант носит название фиброзирующего аденоза.

Основные факторы риска возникновения патологии простаты:

У пациента есть не одна, а несколько причин, вызывающих патологический процесс в этом органе. Они же значительно влияют на динамику развития заболевания, становление клинической картины, подверженность успешному лечению и общему прогнозу. Из этого разнообразия наибольшая негативная степень доказана для следующих причин:

- возрастные особенности;
- наследственный фактор;
- ухудшение или длительные перерывы в половой активности;
- локальное переохлаждение;
- ослабление физической активности и сидячий образ жизни;
- инфекции в органов мочеполовой системы;
- фактор проживания или трудовой деятельности;
- побочное действие в результате длительно принимаемых препаратов.

Предстательная железа как и все органы в человеческом теле изменяется во время болезни. Рассмотрим три таких болезненных процесса.

В большинстве случаев вызывается бактериальными возбудителями, реже возникает по другим причинам, в том числе и по аутоиммунным. По типу течения может быть в виде острой реакции или хронических изменений. Для острого воспаления характерным является яркость и выраженность клинических проявлений, а также их обратимость при правильной терапии. Общим названием для таких изменений является простатит с дальнейшими уточнениями типа и характера, а также стадии заболевания.

В данном случае речь идёт о ДГПЖ или доброкачественной гипертрофии предстательной железы, иными словами – об аденоме простаты. Суть изменений сводится к тому, что объем органа увеличивается за счет гипертрофии железистой ткани, а так как покрывающая капсула неэластичная, то гипертрофия очень быстро приводит к постепенному перекрытию уретры с характерными клиническими проявлениями. Несмотря на то, что часть клинических проявлений сходна с воспалительными, это не воспаление предстательной железы, и прогностические и лечебные подходы тут должны быть иными. Онкологические изменения связаны с раковым перерождением клеток и достаточно быстрым их ростом. Гистологически сама простата очень редко является источником онкологии, а рак развивается из парауретральных желез. Но ввиду высокой злокачественности, в процесс быстро вовлекается и сама железа. Поэтому особенно важно вовремя отследить эти изменения в как можно раньше подобрать эффективный метод лечения.

При первых диагностированных изменениях или сомнениях относительно состояния предстательной железы необходимо сразу обратиться к специалисту. Выжидательная тактика, самодиагностика и самолечение опасны, так как можно запустить заболевание до стадии, когда полное выздоровление будет невозможно.

Таким образом, по изучению литературных данных и лабораторных анализов секрет предстательной железы имеют следующие особенности:

1. Предстательная железа имеет возрастные особенности по морфологическим структурам;
2. Состав секрета по микроскопическим исследованиям имеет следующие образования: количество лейкоцитов в составе секрета не должно превышать 10 в поле зрения. Большее число свидетельствует о наличии воспалительного процесса. В зависимости от того, удается ли выявить при этом микроорганизмы;



3. Простатит разделяют на бактериальный и небактериальный. В норме секрет простаты – это стерильная среда. Однако при его попадании в нестерильную уретру возможно загрязнение образца, в результате чего при микроскопии могут быть обнаружены микроорганизмы, их количество при этом не превышает единицы в поле зрения. Большое число бактерий указывает на бактериальный простатит. Чаще всего при нем удается выявить грамотрицательные палочки (*E. coli*, *Enterobacter*, *Proteus* и др.).

Источники:

1. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. / Под ред. Краевского Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. М. Медицина. 1993. Т. 2, 686 с.
2. ХэмКормак Гистология / М. Мир. 1983. Т. 5. 294 с.
3. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека., М. Медицина. 1968. Т. 2. 394 с
4. MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE LYMPHOID NODULES (PEYER'S PATCHES) OF THE SMALL INTESTINE IN ONTOGENESIS
NodiraAbdukarimova Assistant professor, Ferghana State University of the Republic of Uzbekistan, Uzbekistan, Ferghana
Ganieva Halima Assistant professor, Ferghana State University of the Republic of Uzbekistan, Uzbekistan, Ferghana
5. Ультразвуковая диагностика предстательной железы в современной урологической практике / Г.И. Назаренко, А.Н. Хитрова. – Москва: Издательский дом Видар-М, 2012.