

Патогенез. Развитие ДГПЖ связано с прогрессирующим повышением концентрации сывороточного 17 β -эстрадиола и эстрогена, формирующихся вследствие метаболической конверсии из тестостерона и андростендиона у мужчин после 50 лет. Это подтверждается тем, что на ранних стадиях ДГПЖ в большинстве случаев локализуется в эстроген-чувствительной периуретральной (транзиторной) зоне предстательной железы. Определённую роль в патогенезе играет хроническое воспаление: у большинства больных ДГПЖ диагностируется хронический простатит (в т.ч. инфекционной этиологии).

Клинико-лабораторная диагностика ДГПЖ основана на определении уровня общего сывороточного простатоспецифического антигена: нормальная концентрация у 40-летних мужчин 0–2,0 нг/мл, у 60-летних 0–3,8 нг/мл, у 80-летних 0–7,0 нг/мл. При ДГПЖ уровень этого антигена может повышаться до 50 нг/мл.

Морфологическая картина. Предстательная железа увеличена в размерах, [плотно-эластической консистенции](#)

, характерно появление узлов разной величины (при диффузном увеличении железа имеет гладкую поверхность, при узлом — крупнобугристую).

В наибольшей степени увеличивается средняя доля, выдающаяся в просвет мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря, между капсулой и узловыми образованиями обычно сохраняется нормальная железистая ткань (рис. 20-2). На разрезе в предстательной железе обнаруживают узлы с чёткими границами, разделённые соединительнотканными прослойками. В больших узлах встречаются очаги кровоизлияний, некрозов, в расширенных гиперплазированных ацинусах выявляются конкременты. Микроскопически выделяют гистологические формы ДГПЖ: простая железистая, папиллярная, криброзная, железисто-фиброзная, железисто-фиброзно-мышечная, мышечно-железистая, мышечно-фиброзная.

Интересные статьи:

1) [Взаимоотношения между иммунитетом и воспалением](#)

2) [Причины острого воспаления](#)

3) [Фагоцитоз](#)