

*Мамбетов Жаныбек Султанбаевич, д.м.н., профессор  
E-mail:janibek.andros@mail.ru*

*Токторалиев Замирбек Биймырзаевич, ассистент кафедры ФПМО  
Ошский государственный университет  
Ош, Кыргызская Республика  
E-mail:zamirbek.toktoraliev.81@mail.ru*

## **ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ**

### **ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ШИШИГИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫ ТРАНСУРЕТРАЛДЫК КЕСУҮДӨН КИЙИН КАРОО**

### **POSTOPERATIVE CARE AFTER A TRANSCURETRAL RESECTION OF A PROSTATE ADENOMA**

***Аннотация.** В работе проанализирован процесс ведения больных после трансуретральной резекции аденомы предстательной железы. Изучена стандартизация этапа ведения больных после операции трансуретральной резекции простаты по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Отмечены результаты ведения после операции 56 больных II стадии ДГПЖ после ТУР аденомы простаты.*

***Аннотация.** Макалада простата безинин залалсыз шишиги боюнча трансуретралдык кесуудон кийин ооруларды кароо каралган. Простата безинин залалсыз шишиги менен жабыркаган бейтаптардын трансуретралдык кесүүдөн кийин, кароону стандартташтыруу этабы изилденген. Простата безинин залалсыз шишигинин 2-стадиясы менен жабыркаган 56 бейтапты ТУР дан кийинки кароонун жыйынтыгы берилди.*

***Abstract:** The study analyzed the postoperative care after transurethral resection of prostate adenoma. The standardization after the operation of transurethral resection of the prostate, regarding benign prostatic hyperplasia, was studied. The results of care after surgery of 56 patients with stage II BPH after TURP of prostate adenoma are noted.*

***Ключевые слова:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ведение больных, трансуретральная резекция.*

***Түйүндүү сөздөр:** Простата безинин залалсыз шишиги, бейтаптарды кароо, трансуретралдык кесүү.*

***Key words:** Benign prostatic hyperplasia, the introduction of patients, transurethral resection.*

**Введение.** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы считается одним из распространенных патологий у мужчин пожилого возраста и не имеет тенденции к снижению, а также отмечается регистрация этой болезни в возрасте от 40 до 50 лет с яркими симптомами нижних мочевых путей и прогрессивным ростом аденоматозных узлов в простате (1,3,4). По статистике, половина мужчин старше 40-50 лет обращаются к врачу по поводу ДГПЖ. В редких случаях доброкачественная гиперплазия предстательной железы развивается у мужчин более молодого возраста. С увеличением возраста мужчины риск заболевания значительно увеличивается. Считается, что со временем она развивается у 85 % мужчин. У 15-20 % мужчин пожилого и старческого возраста вместо развития ДГПЖ наблюдается увеличение железы в разной степени или её атрофия.

ДГПЖ является самым распространённым урологическим заболеванием мужчин пожилого возраста.

Причины развития ДГПЖ на сегодняшний день до конца не выяснены. Считается, что развитие ДГПЖ является одним из проявлений мужского климакса. К факторам риска относятся только возраст и уровень андрогенов в крови. С возрастом в организме мужчины нарушается физиологический баланс между андрогенами и эстрогенами, что ведет к нарушению контроля за ростом и функцией клеток предстательной железы. Не выявлено

достоверной связи между возникновением ДГПЖ и половой активностью, сексуальной ориентацией, употреблением табака и алкоголя, перенесенными воспалительными и венерическими заболеваниями половых органов.

Чаще всего доброкачественная гиперплазия развивается в центральной части железы, захватывая и её боковые доли. Её рост связан с аденоматозным разрастанием парауретральных желез. Это ведёт к смещению собственной ткани железы кнаружи и образованию как бы капсулы на растущей аденоме. Гиперплазированная ткань предстательной железы разрастается как в сторону мочевого пузыря, так и в сторону прямой кишки, при этом происходит смещение внутреннего отверстия мочевого пузыря кверху и удлинение задней части мочеиспускательного канала.

По типу роста различают:

- **подпузырную форму** (опухоль растёт в сторону прямой кишки),
- **внутрипузырную форму** (опухоль растёт в сторону мочевого пузыря),
- **ретротригональную форму**, при которой опухоль расположена под треугольником мочевого пузыря (треугольник Льео, образованный устьями мочеточников и внутренним отверстием уретры). Возникает так называемый двойной блок: опухоль затрудняет не только отток мочи из мочевого пузыря, но и прохождение последней через устья мочеточников.

Нередко наблюдается многоочаговый рост опухоли.

Данная ситуация, естественно, создаёт ряд трудностей и это связано со следующими обстоятельствами: во-первых, при раннем клиническом проявлении ДГПЖ в трудоспособном и репродуктивном возрасте у больных создаются нервно-психологический дискомфорт; во-вторых, к сожалению, многие больные вскрывают или отказываются от раннего оперативного лечения ввиду боязни потери потенции и в течение длительного времени безуспешно принимают консервативные лечения (2,5). Обстоятельство требует детального клинического анализа каждого пациента, поэтому следует предложить конкретные действия начиная с догоспитального периода ведения, по проведению целенаправленной терапии для устранения осложнений. Это является перспективой нашего научного исследования.

**Цель исследования.** Стандартизация этапа ведения больных после операции трансуретральной резекции простаты по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

**Материал и методы исследования.** В данной работе представлены результаты ведения после операции 56 больных II стадии ДГПЖ после ТУР аденомы простаты. Возраст больных колебался от 50 до 75 лет и при этом средний возраст -  $61,6 \pm 2,4$  лет.

**Результаты и обсуждения.** Клинические показатели у 56 больных до операции ДГПЖ были следующими: шкала симптома IPSS составила -  $26,7 \pm 1,8$ ; качество жизни -  $4,7 \pm 1,3$ . Объем ПЖ ( $\text{см}^3$ )  $57,2 \pm 3,6$ ; остаточное количество мочи в мочевом пузыре ( $\text{см}^3$ )  $59,4 \pm 7,5$ ; содержание специфического простатического антигена (ПСА), нг/мл -  $3,5 \pm 0,7$ .

По результатам проведенных УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты получены следующие данные: без эхо-структурного нарушения в почках были установлены 8 (14,3%) случаев. В почках были обнаружены эхо-признаки хронического пиелонефрита - 54 (96,4%), пиелозктазии - 7 (12,5%), гидронефроза - 3 (5,3%), МКБ - 4 (7,1%), аномалии почек - 6 (10,7%), кистозные изменения почек - 27 (48,2%) случаев.

При УЗИ мочевого пузыря у всех больных диагностирован хронический цистит и при этом эхо-картина имела следующий характер: отмечено утолщение стенки мочевого пузыря, эхо-плотность усилена и местами имело место неоднородного характера:

Малые (объем аденоматозной ткани до 40  $\text{см}^3$ ) - 12 (21,4%)

Средние (объем аденоматозной ткани от 40 до 60  $\text{см}^3$ ) - 29 (51,8%)

Большие (объем аденоматозной ткани более 60  $\text{см}^3$ ) - 15 (26,8%)

Как показала клиническая практика, частота инфицированности мочи у больных ДГПЖ после ТУР операции возрастает до 90,0% и это в основном составляют

грамотрицательные микрофлоры (*Pseudomonas aeruginosa*, *E. Coli*, *Proteus spp*, *Enterobacter spp* и т.др.), т.е. причиной развития гнойно-воспалительного осложнения в мочевом пузыре является госпитальная инфекция, которая была резистентным многим антибиотикам широкого спектра действия. Обстоятельство вынудило нас на поиск эффективного антисептического раствора и в последние годы в первые дни операции мы стали широко использовать для орошения и инстилляции мочевого пузыря перекисно-фурацилиновый раствор.

Для выяснения эффективности перекисно-фурацилинового раствора в разведении 3% раствора перекиси водорода 100 мл на 1 литр раствора фурацилина, мы провели лабораторные сравнительные исследования. В первом случае показана высаянная на питательной среде *Pseudomonas aeruginosa* и использован простой раствор фурацилина 1:5000.

Как показало лабораторное исследование, через 6 часов отмечена краевая чувствительность микрофлоры на фурацилин, а через 12 и 24 часа отмечена почти одинаковая недостаточная чувствительность.

При использовании перекисно-фурацилинового раствора отмечена полная стерилизация бактериального материала на 12 и 24 часах, что свидетельствует о высокой эффективности по сравнению с первой. Этот раствор использован на этапах лечения больных во время и после операции.

**Этапы послеоперационного ведения больных после ТУР аденомы простаты:** во время операции начинаются технические аккуратные резецирования аденоматозно измененной простаты и коагуляция кровоточащих сосудов.

1 период: ранний непосредственный (от первых суток операции и до отключения орошающей системы мочевого пузыря через 3-х канальный уретральный дренаж Фолея) – инстиляция-орошение перекисно-фурацилиновым раствором 2 раза в сутки в количестве 1 литра в течение 3- 4 суток; 2 период: непосредственный-до удаления уретрального дренажа – инстиляция-промывание мочевого пузыря 1 раз в день в момент перевязки (средний срок 3-5 сутки); 3 период: поздний непосредственный - включает восстановление самостоятельного мочеиспускания (антибиотики, уроантисептики, альфа-адреноблокаторы – кардура по 4мг в день, если имеет место недержание мочи назначение м-холиноблокатора препарат дриптан 5мг 2 раза в день); 4 период: ранний ближайший (от одного до 6 мес.) - включает в себе комплекс лечебных мероприятий с момента выписки больного до стабилизации акта мочеиспускания (альфа-адреноблокаторы – Омник по 2 мг 1 раз в день курсом 1 – 2 месяца, ЛФК, диспансерное наблюдение); 5 период: ближайший (от 6 мес. до одного года) - до восстановления работоспособности (продолжение диспансерного наблюдения, контрольные анализы 2 раза в год); 6 период – отдаленный (от одного года и более) диспансеризация, включает медицинские мероприятия, направленные на восстановление функции мочевыделительных систем, профилактику и лечение осложнений.

Оценка эффективности лечения: хорошие результаты в ближайшем периоде получены у 87,2% больных, в отдаленном периоде отмечены у 96,4%, что свидетельствует о клинической эффективности предложенной терапии.

**Заключение.** Предложенная стандартизация методики послеоперационного ведения больных с ДППЖ считается клинически и экономически эффективным методом, направленным на профилактику и лечение гнойно-воспалительного процесса в мочевых путях, что требует широкого внедрения в клинической урологии.

### Литература

1. Аль-Шукри С.Х., Амдай Р.Э. Диагностика инфравезикальной обструкции у больных аденомой предстательной железы /С.Х. Аль-Шухри, Р.Э. Амдий //Урология, №2.-2006.- С. 41- 45.

2. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Истокский К.Н. Трансуретральная резекция ДГПЖ у лиц молодого возраста /В.Н. Журавлев, И.В. Баженов и др. // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М., 2006.- С. 105-106.
3. Мамбетов Ж.С., Жумагазиев Т.С., Идрисов А.А. К вопросу диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы при его сочетании с хроническим простатитом /Ж.С. Мамбетов, Т.С. Жумагазиев и др. //Хирургия Кыргызстана.- №1.- 2007.- С. 16-17.
4. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы /Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Урология. – 2007. - №3. - С. 87-94.
5. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х. Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы при увеличении средней доли /В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри // Матер. 3-й Всероссийской конференции.- М., 2006.- С. 130.