

*Мамыров Р.К., Осмоналиев К.Р.*

**ЭРКЕКТЕРДИН ЖЫНЫС БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫН  
ОПЕРАТИВДУУ ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАСЫ**

*Мамыров Р.К., Осмоналиев К.Р.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*R.K. Mamyrov, K.R. Osmonaliev*

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN  
PROSTATIC HYPERPLASIA**

УДК:616.65 – 007.61

*Жыныс безинин залалсыз гиперплазиясы менен ооруган 152 оорулууга операция жасалган. Алардын баарына табарсыктан сырткары аденомэктомия жасалган. Ыр-бап кетүү операциядан кийин жакынкы убакта 3-оорулууда байкалган (ириңдеп кетүү 2, пневмония 1 оорулууда) - 1,9%.*

*Негизги сөздөр: жыныс беzi, аденома, оперативдик даарылоо, табарсыктан сыртаары аденомэктомия, ыр-бап кетүү.*

*Оперировано 152 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, выполнено всем позадилоная внепузырная аденомэктомия. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выявлено у 3 (нагноение раны у 2 и пневмония у одного) - 1,9%.*

*Ключевые слова: предстательная железа, аденома, оперативное лечение, внепузырная аденомэктомия, осложнения.*

*152 operated patients with benign prostatic hyperplasia, performed to all retropubic extravesical adenomectomy. Complications in early postoperative period in 3 patients (suppuration in 2 patients and pneumonia in 1 patient) - 1.9%.*

*Key words: prostate, adenoma, operative treatment, extravesical adenomectomy, complications.*

**Введение.** В лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) применяются в основном оперативные методы, хотя в последние годы предложен ряд медикаментозных средств, но они не нашли широкого применения из-за низкой эффективности [1, 6, 8]. Из оперативных методов выполняют чреспузырную аденомэктомию, внепузырную аденомэктомию и в последние годы трансуретральную резекцию. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки [2,7]. Мы остановились на внепузырном методе аденомэктомии, как менее травматичной, более эффективной и почти не имеющей противопоказаний к ее выполнению [1, 3, 4, 5, 6]. Во многих уроло-

гических стационарах отдают предпочтения чреспузырной аденомэктомии, а внепузырная, хотя и предложена) А.Т. Лидским еще в 1923 году, [5] в Кыргызской Республике не нашла широкого применения, что и явилось для нас основанием показать целесообразность выполнения этой методики.

**Цель работы:** представить результаты позадилоной внепузырной аденомэктомии и обосновать показания к этому оперативному лечению.

**Материал и методы обследования**

Под наблюдением находилось 152 больных, оперированных в многопрофильной клинике «КАМЭК» на протяжении последних 2 лет (с 2012 по 2014 гг.). В пожилом возрасте (от 60 до 75 лет) было 100 в старческом (от 75 до 90 лет) - 46 и долгожителей было 6 больных, но и возрасте до 60 лет поступило 42 мужчин. Давность заболевания колебалась в больших пределах (от 6 месяцев до 6 лет) с момента появления первых признаков заболевания. Из 152 больных 15 безуспешно принимали гормональные препараты, а у 24 больных наблюдалась острая задержка мочи. По стадиям увеличения предстательной железы и количеству остаточной мочи 2 ст. была у 72 и 3 ст. у 80 больных.

При поступлении больных мы уделяли внимание выявлению сопутствующих заболеваний и в результате обследования были выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 53 больных, коронарная болезнь сердца у 37, хронические бронхо-легочные заболевания в стадии ремиссии у 18, остаточные явления перенесенного инсульта головного мозга у 6 (3,9%), паховые грыжи у 28 (18,4%). Сопутствующие заболевания были выявлены у 142, что составило 93,42%.

В обследовании больных помимо общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость крови, обзорный

снимок легких), использовали и специальные: пальцевое обследование прямой кишки, УЗИ – выполнялось абдоминальным, промежностным и трансректальным способом. При этом определяли форму, размеры железы и ее структуру, а также количество остаточной мочи. У ряда больных (24 чел) для оценки функционального состояния почек выполняли экскреторную урографию с нисходящей цистограммой, а биохимические исследования крови (остаточный азот, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок) по общепринятой методике у всех больных. При подозрении на злокачественную опухоль осуществляли пункционную биопсию под контролем УЗИ и исследование сыворотки крови на простатический специфический антиген (PSA).

#### Результаты и их обсуждение

Все 152 больных оперированы под эпидуральным обезболиванием по разработанной в нашей клинике методике. Мы отдаем предпочтение этому методу, как наиболее оптимальному для больных с сопутствующими заболеваниями.

Предоперационная подготовка продолжалась 1-2 дня, и в основном она была направлена на коррекцию нарушений функций сердечнососудистой и дыхательной систем.

Перед аденомэктомией мы вазорезекцию не выполняли, так как по данным литературы и нашим наблюдениям она не является обязательной, лишь у больных, у которых имела место острая задержка мочи неоднократно с катетеризацией, у них осуществляли вазорезекцию.

Операцию выполняли следующим образом: в надлобковой области делаем поперечный дугообразный разрез кожи и апоневроза длиной 10-12 см, вскрывали позадилобное пространство и тупфером освобождали от жировой клетчатки переднюю и боковые стенки капсулы предстательной железы. Перевязка венозных сплетений Santorini вскрытие капсулы аденоматозного узла и лигирование мелких сосудов в ней. Вылущивание аденоматозных узлов. Ушивание задней стенки, капсулы удаленных аденоматозных узлов. Рассечение шейки мочевого пузыря. Остановка кровотечений задней стенки капсулы.

Располагающуюся вену перед этим отделом уретры перевязываем и пересекаем. Затем на протяжении 2-3 см рассекаем в поперечном направлении переднюю, а при необходимости частично боковые стенки капсулы предстательной железы. Производим вылущивание аденоматозных узлов с пересечением слизистой оболочки уретры дистальнее места расположения аденомы. На дистальный край пересеченных передней и боковой стенок простатического отдела уретры, из сосудов которых преимущественно возникает кровотечение, накладываем 2-3 зажима и обвивными кетгутowymi швами осуществляем гемостаз. Затем производим электротермокоагуляцию кровоточащих сосудов.

Через наружное отверстие уретры в мочевой пузырь вводим катетер Фолея на дозированной тяге,

а затем 4-5 швами продолжаем фиксацию передней полуокружности шейки мочевого пузыря к уретре и ушиваем поперечный разрез передней и боковой стенок ее простатического отдела, а в мочевой пузырь, в отличие от методики Лидского, фиксируем микроцистостому через которую осуществляем орошение мочевого пузыря, что предотвращает закупорку кровяными сгустками катетер Фолея. Все эти этапы операции осуществляются под контролем зрения, что обеспечивает минимальную травматичность уретры. В позадилобном пространстве устанавливаем 1 резиновый дренаж.

На операционном столе осуществляем промывание мочевого пузыря озонированным 0,9% раствором поваренной соли с концентрацией озона 6-8 мкг/мл, который действует бактерицидно на аэробную и анаэробную флору и предотвращает развитие мочевой инфекции в послеоперационном периоде. Продолжительность операции колебалась от 30 до 40 мин, составляя в среднем 34,7±2,4 мин. Также необходимо отметить, что кровопотеря в момент операции была минимальной и составляла не более 50-60 мл, в среднем 53,4±3,8 мл. Осложнений в момент операции мы не наблюдали.

Особого внимания заслуживает ведение послеоперационного периода, учитывая, то обстоятельство, что у большинства больных пожилого возраста было выявлено наличие сопутствующих заболеваний. После перевода больных в палату сразу налаживали орошение мочевого пузыря озонированным раствором, и это орошение осуществляли в течение суток. Через 3-4 часа после операции проводили дыхательную гимнастику и движения во всех суставах верхних и нижних конечностей, что способствовало улучшению кровообращения в сосудах конечностей и являлось профилактикой многих осложнений.

К назначению антибиотиков мы подходили строго индивидуально с учетом микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам и в большинстве случаев (при незначительной обсемененности микрофлоры КОЕ 10\*3/мл) ограничивались введением озонированных растворов и лишь у небольшой группы больных использовали антибиотики внутримышечно (13 человек), а у 3 больных с высокой степенью обсемененности (КОЕ 10\*7/мл), учитывая наличие мочевой инфекции, назначали по два антибиотика. Обычно к моменту выписки заканчивали курс лечения антибиотиками и лишь 6 больным рекомендовали продолжить их прием дома после выписки из стационара, но обязательно осуществляли их смену.

Через сутки после операции прекращали орошение озонированным раствором мочевого пузыря, больным разрешали садиться и ходить по палате. На 6 сутки, как правило, удаляли катетер из мочевого пузыря. Мы не сторонники раннего удаления катетера и в то же время не задерживаем его на длительное время и наши данные о 6 дневном сроке оказались вполне оправданными. После удаления

катетера восстанавливается мочеиспускание. Послеоперационный период протекал благоприятно, среднее пребывание в стационаре составляло 7,9+-1,12 койко дней. Умер 1 больной (0,21%), на 6 сутки возникла тромбоэмболия легочной артерии, которая и явилась причиной смерти. Осложнения имели место у 3 больных(1,9%).

**Выводы:**

1. Позадилонная внепузырная аденомэктомия является операцией выбора при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

2. Послеоперационный период протекает благоприятно, восстановление мочеиспускания наступает после удаления катетера Фолея.

**Литература:**

1. Горилловский Л.М. Современные представления о диагностике лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Русский медицинский журнал. - 2005.-№1.-С.8-11.
2. Давидов М.И., Горюнов В.Г. Показания и противопоказания к неотложной аденомэктомии у больных с

тяжелыми сопутствующими заболеваниями //Урология и нефрология - 1994.-№6-С. 12-13.

3. Дюкарев Ю.И. Хирургия аденомы предстательной железы позадилонным способом (клинико-топографические исследования): Автореф. Дисс... канд. мед. наук. 14.00.40, Харьков, 1990.-22с.
4. Кан Д.В., Степанов А.К. Позадилонная внепузырная аденомэктомия //Урология и нефрология.-1978.-№3.-С.41-43.
5. Лидский А.Т. Хирургические доступы к предстательной железе при ее гипертрофии. Астрахань. - 1923. - 118 С.
6. Лопаткин Н.А. Осложнения аденомэктомии и ТУР предстательной железы. Гиперплазия предстательной железы. - М., Медицина, 1999.-С.-210-214
7. Усупбаев А.Ч., Абдырасулов А.Д. К вопросу гемостаза ложа простаты при чреспузырной аденомэктомии //Известия ВУЗов. Медицина, спецвыпуск.-2003.-№3.-С. 16-20.
8. Barry MJ. Epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia //Urology clm.Norfli.-1990.-Vol.17, №3.-P.495-507.

**Рецензент: к.м.н. Имашев У.Д.**