

С.И. Лежнин, А.В. Пугач,
В.Н. Горленко

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ

*Амурская государственная медицинская академия,
3-я городская больница, г. Благовещенск*

В 2000—2002 гг. на лечении в урологическом отделении 3-й клинической больницы находилось 174 больных с ДГПЖ, из них хирургическому лечению был подвергнут 161 чел. (92,5%). Эпицистостомия как первый этап была выполнена у 60 больных (37,2%), трансвезикальная аденомэктомия — у 42 (26%), ТУР ДГПЖ — у 59 (36,6%). В 101 случае (62,7%) больным выполнено радикальное хирургическое лечение, которое позволило восстановить полноценный акт мочеиспускания и избавить больного от надлобкового свища.

Средний возраст больных, оперированных методом ТУР, составил 69,5 года. У подавляющего числа больных была вторая стадия ДГПЖ. Всем больным было произведено клиническое обследование, которое включало оценку клинических признаков инфравезикальной обструкции (IPSS), урофлоуметрию, ультразвуковое и лабораторное обследование. Объем предстательной железы определялся по формуле Terri-Stamey и в среднем составил $51,1 \pm 5,3$ см³, количество остаточной мочи — 89 ± 26 мл.

ТУР ДГПЖ производилась под спинномозговой анестезией резектоскопом фирмы "Storz". Интраоперационно вводился этамзилат натрия, 5% раствор аминокaproновой кислоты, антибиотики цефалоспоринового ряда внутривенно. Длительность оперативного вмешательства варьировала в зависимости от объема ДГПЖ и интраоперационной ситуации в пределах 68 ± 18 мин. Иригация полости мочевого пузыря производилась по трехходовому катетеру Фоли 5% раствором глюкозы или фурацилина в течение 24—48 ч, после чего уретральный дренаж удалялся и больные переводились на спонтанное мочеиспускание. У носите-

лей надлобкового свища в зависимости от его давности срок нахождения уретрального дренажа продлевался в 2 раза. Закрытие надлобкового свища наблюдалось на 4—5 сут после операции. При исследовании гистологического материала хронический простатит установлен у 24 больных (23,7%), рак предстательной железы — у 3 больных (4,9%).

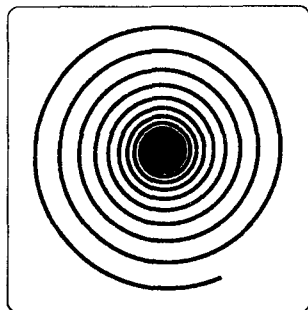
В профилактике послеоперационных осложнений инфекционно-воспалительного и обструктивного характера важное место занимала рациональная комплексная терапия хронического простатита в до- и послеоперационном периодах, которая позволила снизить частоту таких осложнений с 10,8 до 8,4%. Кровотечение из ложа в послеоперационном периоде наблюдалось у 4 больных (6,7%), недержание мочи — у 4 (6,7%) больных.

Общий процент осложнений по мере совершенствования техники операций и предпринимаемых профилактических мероприятий снизился с 30,0 до 23,7%. В послеоперационном периоде был один летальный исход (1,6%): на 4 сут у больного 83 лет смерть наступила от острой коронарной недостаточности. При контрольном выборочном исследовании через 3 мес. после операции все больные отметили значительное улучшение акта мочеиспускания и качества жизни. Отделенных осложнений не отмечено.

Длительность пребывания больного на койке до операции ТУР ДГПЖ составила в среднем 6—7 дней (она была намеренно увеличена нами в целях более детального обследования), после операции — 10—12 дней, средняя длительность лечения — 19,2 койко-дня (наилучший показатель при трансвезикальной аденомэктомии, достигнутый в 2000 г., составил 22,1 койко-дня).

Строгое соблюдение показаний к ТУР ДГПЖ, правильная техника выполнения операции с соблюдением границ резекции, с тщательным гемостазом, проведением активных мероприятий по санации хронических очагов инфекции в до- и

послеоперационном периодах позволили избежать тяжелых осложнений и использовать этот метод как основной в комплексном лечении аденомы простаты при небольших и средних размерах гиперплазированной ткани.



А.Г. Филиппов, В.М. Нагорный, И.М. Рольщиков,
В.В. Грехнев, М.Е. Лозинский

ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛАЗЕРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Владивостокский государственный медицинский университет

Лечение стриктур уретры является одной из самых сложных проблем в урологии. В настоящее время нет окончательного решения этого вопроса, несмотря на множество предлагаемых вариантов пластических операций (по Хольцову-Мариону, Соловову, Русакову и др.). Это, как правило, сложные реконструктивно-пластические вмешательства, требующие большого хирургического мастерства и опыта.

Выбор метода зависит от протяженности и локализации суженного участка уретры. Несмотря на то, что открытые хирургические операции по поводу стриктур уретры усовершенствованы и широко применяются в урологических стационарах мира, они нередко сопровождаются такими осложнениями, как недержание мочи, возникновение мочевого свищей, расхождение краев анастомоза, нагноение послеоперационной раны, рецидив заболевания. Повторные операции в подобных ситуациях чрезвычайно сложны, травматичны, и процент положительных результатов снижается. К негативным последствиям этих операций (даже при простом восстановлении проходимости мочеиспускательного канала) следует отнести укорочение полового члена, возникновение эректильной дисфункции, что приводит к серьезной социальной дезадаптации таких больных.

Внедрение в практику высокоэнергетического лазерного излучения открыло новое направление лечения заболеваний мочевых путей. В связи с этим в последние годы все чаще для эндоскопического лечения стриктур уретры стали использовать высокоэнергетический лазер, так как при ла-

зерном воздействии можно выполнить не только рассечение рубцово-суженной части уретры, но и выпаривание рубцовых тканей.

В клинике урологии ВГМУ с 1998 г. эндоскопическая лазерная уретротомия (ЭЛУ) с выпариванием рубцовых тканей выполнена 61 больному. Возраст больных составлял от 10 до 82 лет. Все больные подвергались комплексному урологическому обследованию (общий анализ крови и мочи, биохимия крови, посев мочи с определением антибиотикограммы, обзорная и экскреторная урография, восходящая уретроцистография, ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей с определением количества остаточной мочи у пациентов с сохраненным естественным мочеиспусканием, урофлоуметрия). При урофлоуметрии у пациентов с сохраненным мочеиспусканием средняя скорость составила от 0,6 до 4,5 мл/с. Из 61 больного 15 чел. имели цистостомический дренаж. Операции выполнялись с помощью лазерной хирургической установки "Ласка".

Наш опыт применения ЭЛУ при стриктурах показал, что рассечение и выпаривание рубцовых тканей уретры является эффективной и относительно безопасной операцией. Метод минимально инвазивен, сокращает сроки лечения и реабилитации больных и может быть рекомендован как метод выбора у пациентов со стриктурами уретры.

На основании накопленного нами опыта показанием к ЭЛУ служат непротяженные стриктуры уретры до 2 см, стриктуры с локализацией в задней уретре, не оперированные ранее (многократно) открытым способом.

