

Выводы. Общим для всех исследованных заболеваний является то, что одна и та же болезнь (группа болезней) для небеременных влечет больший риск развития ГГ, чем для беременных. Однако пациентки основной группы все же заболели ГГ, несмотря на меньший риск, связанный с соматическими факторами. При этом основная группа и группа сравнения были отобраны таким образом, что единственным значимым отличием между ними (кроме уже установленных ФР ГГ) является беременность. Следовательно, беременность достоверно усиливает этиопатогенетическое значение соматической патологии в развитии воспалений пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Губаревская В.Л. Состояние пародонта при изменении баланса половых гормонов: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.Л. Губаревская. - Д., 1973. - 16 с.
2. Луцкая И.К. Эффективность противовоспалительного лечения гингивита у беременных / Луцкая И.К., Демьяненко Е.А., Буза Т.П. // Стоматологический журнал. – 2003. - №2. - С. 43-46.
3. Аленькина А.Б. Дерматозы у беременных: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.Б. Аленькина. - М., 2006. - 17 с.
4. Яворская Е.С. Особенности клинического течения генерализованного пародонтита у больных нейросоматического профиля / Яворская Е.С., Антоненко М.Ю., Бешарова Т.К. // Стоматология: Респ. межвед. сб. - Вып. 25. - Киев, 1990. - С. 40-42.
5. Silk H., Douglass A.B., Douglass J.M., Silk L. Oral health during pregnancy // Am Fam Physician. - 2008. - Vol. 77. - №8. - P. 1139-1144.
6. Туровина Е.Ф. Сравнительный анализ эффективности методов йодной профилактики у беременных женщин, проживающих в условиях зубной эндемии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2002. – 24 с.

УДК 616-0,89

© 2013 А.Б. Васин, О.М. Ковальчук

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЗИДУАЛЬНЫХ ДОЛЕЙ ДГПЖ, БОЛЬШИХ ОБЪЕМОВ, В ЭЛЕКТРОХИРУРГИИ (ТУР)

При трансуретральной резекции предстательной железы, интраоперационно проведено трансректальное ультразвуковое исследование 15-ти пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших объемов (85 см³ и выше). В данной работе подробно анализируются причины ирритативной, не поддающейся консервативному лечению после ТУР, излагается методика интраоперационного трансректального ультразвукового исследования и рассмотрены преимущества течения послеоперационного периода у пациентов, завершающий этап операции которых проходил под ультразвуковым контролем. Интраоперационный эхографический контроль качества ТУР рекомендуется для пациентов с ДГПЖ больших объемов.

Ключевые слова: ТРУЗИ интраоперационно, биполярный ТУР, ТУР при ДГПЖ больших размеров, ирритативная симптоматика

Причиной длительно не проходящей дизурии (нередко в сочетании с ночной поллакиурией и другими, так называемыми, ирритативными симптомами), не поддающейся консервативному лечению, обычно являются недостаточно удалённые ткани аденомы предстательной железы, при электрохирургических способах лечения ДГПЖ (ТУР, ТУВП), «свешивающихся» в просвет задней уретры и нарушающих отток мочи.

Подобное состояние встречается у 2-10% пациентов, чаще всего оно обусловлено техническими ошибками в выполнении операции, оставлением ткани в апикальной, вентральной и, реже, боковых долях предстательной железы.

В подобной ситуации облегчить состояние больного может повторная ТУР, но это ведёт к увеличению сроков пребывания больного в стационаре, возникновению морально-

психологического дискомфорта между врачом и пациентом. Наиболее часто в электрохирургии ДГПЖ дизурия возникает при применении монополярного способа резекции, так как биполярный ТУР ДГПЖ обладает рядом преимуществ:

- значительное снижение кровотечения в результате быстрой и мощной коагуляции сосудов;
- возможность чёткого контроля глубины вапоризации и коагуляции тканей;
- возможность использовать биполярную методику удаления ДГПЖ на железах большого размера, так как время операционного вмешательства увеличивается без существенного роста осложнений, имеющих при монополярной методике ТУР (ожоги, стриктура уретры, ТУР-синдром). Однако эти преимущества биполярной трансуретральной резекции простаты не гарантируют от оставления резидуальных тканей во время проведения электрохирургического лечения. Это связано с методикой проведения биполярной ТУР:
- задержка с началом резекции;
- небольшой диаметр петли (4-5 мм.);
- большой объём удаляемой ткани не позволяет видеть всё ложе после удаления ДГПЖ.

Чтобы избежать данной ситуации при проведении биполярной резекции ДГПЖ, нами стал применяться в последний год трансуретральный интраоперационный контроль удалённых тканей ДГПЖ.

Нужно сказать, что методика трансуретрального интраоперационного контроля уже описана (Ю.А. Аляев с соавторами), но данные авторы подчёркивали, что это небольшой опыт нескольких наблюдений в ситуации, когда невозможно полностью удалить ткань гиперплазированной простаты больших размеров, при этом удаляется полностью только одна из долей ДГПЖ. Для проведения биполярной ТУР нами формально использовалась биполярная методика, разработанная фирмой «Olympus», и её аппаратура, основой которой является генератор UES-40 Surg Master, приспособленный и для монополярной хирургии.

В качестве УЗ-контроля использовался аппарат сканер: Aloka SSD-4000 с мультисекторным внутриматочным ректо-вагинальным датчиком UST-9124.

Нами были отобраны 15 пациентов (далее - основная группа), объём простаты которых от 65 см³, но не более 85 см³. Средний возраст пациентов – 63 года. Минимальный возраст – 56 лет, максимальный – 75 лет. Всем этим пациентам проведено трансректальное интраоперационное исследование результатов полноты удаления тканей ДГПЖ. При сравнении контрольной группы из 12 человек (далее - контрольная группа) со схожими параметрами по возрасту и объёму предстательной железы, оказалось, что в группе с интраоперационным УЗИ имелся ряд неоспоримых послеоперационных преимуществ:

- послеоперационная гематурия у 12 пациентов основной группы длилась не более суток, у 3-х – двое суток, в контрольной же группе у всех пациентов различная степень гематурии до 3-4-х суток;
- паллакиурия у 11 пациентов основной группы отсутствовала, у 4 – носила умеренный характер; у пациентов контрольной группы данный симптом был значительно выражен, и вышел на первое место в жалобах в послеоперационном периоде;
- странгурия у пациентов основной группы отсутствовала, 4-м пациентам контрольной группы понадобилось назначение α -адреноблокаторов и противовоспалительных нестероидных препаратов.

Нами приводится сканограмма пациента с интраоперационным трансректальным УЗИ (рис.1-6).

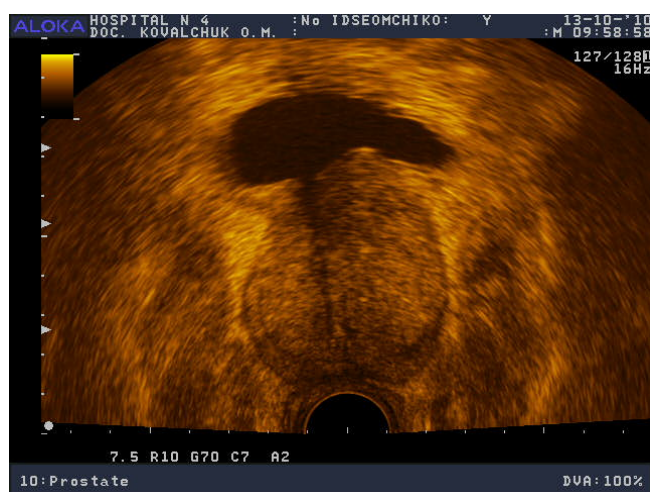


Рис. 1. Сканограмма № 1. Трансректальное УЗИ пациента «С» 65 лет до проведения TURis ДГПЖ



Рис. 2. Сканограмма № 2. Трансректальное УЗИ пациента «С» 65 лет до проведения TURis ДГПЖ

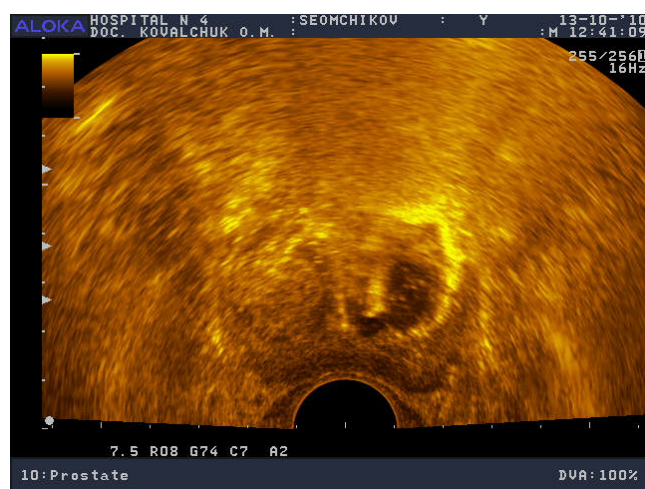


Рис. 3. Сканограмма № 3. Тот же пациент «С» с удалённой левой долей ДГПЖ и наведением петли на правую долю

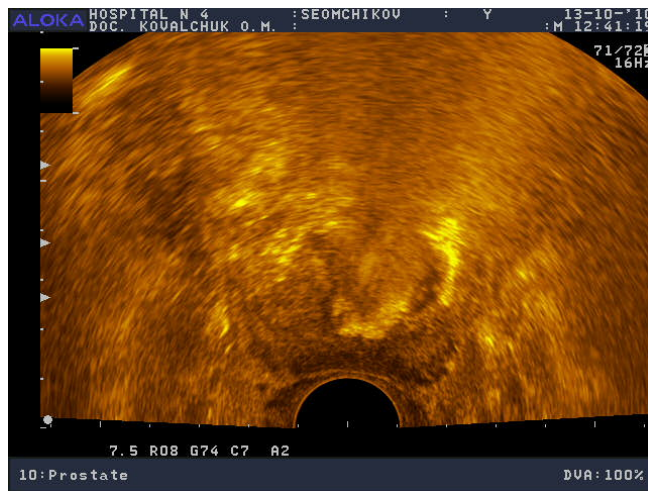


Рис. 4. Сканограмма № 4. Тот же пациент «С» с удалённой левой долей ДГПЖ и началом резекции правой доли (лучшая визуализация получается при орошении ирригационной жидкостью)

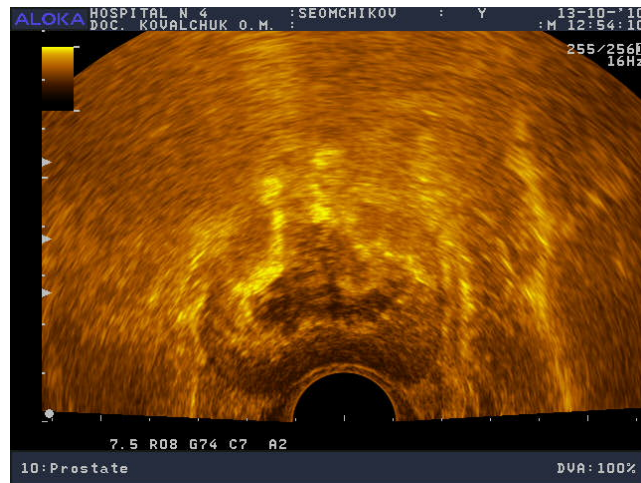


Рис. 5. Сканограмма № 5. Тот же пациент «С» с удалённой левой долей ДГПЖ и резецированной правой долей с резидуальной тканью на 10 часах условного циферблата

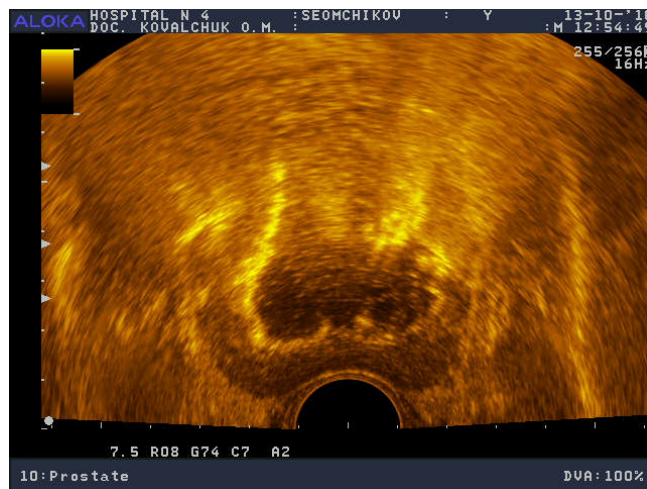


Рис. 6. Сканограмма № 6. Тот же пациент «С» с удалённой левой и правой долями ДГПЖ (резидуальные ткани отсутствуют)

Выводы. Применение интраоперационного трансректального УЗИ при трансуретральном хирургическом лечении ДГПЖ повышает качество оперативного вмешательства, устраняя симптомы нижних мочевых путей и может быть рекомендовано пациентам с объёмами предстательной железы от 65 см³ до 75 см³.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Г. Мартов, Д.С. Меринов, Е.А. Борисенко глава 31 «Избранные лекции по урологии»/ под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова – М: «Мед. информ. агентство», 2008 г.
2. Урология нац. Руководство под редакцией акад. РАМН Н.Н. Лопаткина, А.Г. Мартова, с соавт. «послеоперационные урологические осложнения трансуретральных, электро-хирургических вмешательств на предстательной железе по поводу аденомы».
3. Урология 2006; 2: 25-32., Smith D., khoubehi., Patel A. Bipolar electrosugery for bening. Prostatic hyperplasia: transurethraul electrovaporisation anol resection of the prostatae. Curr Opin urol 2005; 2 (15): 95-100.
4. Ю.А. Алев, А.З. Виноров, К.Л. Локшин, Л.Г. Спивак «Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы» монография – М.: клиника урологии ММА им. И.М. Сеченова, 2005 – 176 с.
5. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика. Под редакцией Митькова В. В.-М. Издательский дом ВИДАР-М, 2005.
6. Диагностический ультразвук. Зубарев г. Москва. Реальное время, 1999 г.
7. Ультразвуковая диагностика урологических заболеваний. Даренков А. Ф., Игнашин И, С., Науменко А. А. Ставропольское книжное издательство, 1991 г.
8. Ежеквартальный научно-практический журнал «Ультразвуковая и функциональная диагностика».
9. Ультразвуковое исследование мочевыделительной системы. Грант М. Бакстер Пол С. Сидху. Москва «Мед-пресс-информ», 2008.
10. Ультразвуковая онкоурология. Под редакцией академика РАМН В. И. Чиссова, профессора И. Г. Русакова. Медиа Сфера. Москва, 2005.
11. Ультразвуковое исследование в урологии нефрологии. С.В. Капустин Р. Оуен С.И. Пименов. – Минск: издатель А. Н. Вараксин, 2007.