

Раднаев Лев Георгиевич – к.м.н., научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: lev-radnaev@yandex.ru.

Красняк Степан Сергеевич – м.н.с. отдела андрологии и репродукции человека «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: krasnyakss@mail.ru

Куликов Андрей Олегович – аспирант «НИИ урологии» Минздрава России. Адрес: 105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, 51. E-mail: andrey-1503@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pharmacological management of erectile dysfunction / F. Montorsi [et al.] // BJU Int. – 2003. – Vol.91, №5. – P. 446-454.
2. Ali, S.T. Neurophysiological role of sildenafil citrate (Viagra) on seminal parameters in diabetic males with and without neuropathy / S.T. Ali, N.I. Rakkah // Pak J Pharm Sci. – 2007. – Vol.20, №1. – P. 36-42.
3. The phosphodiesterase inhibitory selectivity and the in vitro and in vivo potency of the new PDE5 inhibitor vardenafil / I.Saenz de Tejada [et al.] // Int J Impot Res. – 2001. – Vol.13, №5. – P. 282-290.
4. Specific expression of soluble adenylyl cyclase in male germ cells / M.L.Sinclair [et al.] // Mol Reprod Dev. – 2000. – Vol.56, №1. – P. 6-11.
5. Spermiogenesis deficiency and germ-cell apoptosis in CREM-mutant mice / F.Nantel [et al.] // Nature. – 1996. – Vol.380, №6570. – P. 159-162.
6. Baxendale, R.W. Mammalian sperm phosphodiesterases and their involvement in receptor-mediated cell signaling important for capacitation / R.W. Baxendale, L.R. Fraser // Mol Reprod Dev. – 2005. – Vol.71, №4. – P. 495-508.
7. Alterations in sperm motility after acute oral administration of sildenafil or tadalafil in young, infertile men // G. Pomara [et al.] // Fertil Steril. – 2007. – Vol.88, №4. – P. 860-865.
8. Cialis® (Tadalafil) label insert. Australia. 2011.
9. Phosphodiesterase 11 (PDE11) regulation of spermatozoa physiology // C.Wayman [et al.] // Int J Impot Res. – 2005. – Vol.17, №3. – P. 216-223.
10. Tadalafil has no effect on testes in rodents // P.J.Sausen [et al.] // Int J Impot Res. – 2002. – Vol.14, №4. – P.82.

УДК 616.61-006.6-089.87

© В.Н. Журавлев, А.В. Зырянов, И.В. Баженов, А.В. Пономарев, 2013

В.Н. Журавлев¹, А.В. Зырянов², И.В. Баженов^{1,2}, А.В. Пономарев² СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ ДОСТУПОВ

¹ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

Минздрава России, г. Екатеринбург

²ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург

В нашей работе описана история становления резекции почки. Представлены собственные результаты лечения пациентов с опухолью почки в стадии T1 с применением малоинвазивных и традиционного доступов в условиях одной клиники. Мы сравнили важные показатели, касающиеся резекции почки: время операции, время тепловой ишемии, объем кровопотери и сроки реабилитации. Показали осложнения, характерные для представленных доступов, которые встретились в нашей практике.

Ключевые слова: рак почки, резекция почки, малоинвазивное лечение.

V.N. Zhuravlev, A.V. Zyryanov, I.V. Bazhenov, A.V. Ponomarev COMPARISON OF THE RESULTS OF KIDNEY RESECTION BY MINIMAL INVASIVE AND OPEN METHODS

The research describes the development of kidney resection technique. Our own results of treatment of patients with kidney cancer T1 stage with the use of minimally invasive and traditional accesses are presented here. Important characteristics regarding kidney resection were compared: operation time, heat ischemia time, blood loss and rehabilitation period. Complications typical for both techniques that we met in our practice are described in the article.

Key words: kidney cancer, partial nephrectomy, minimally invasive treatment.

Последние 130 лет нефрэктомия была традиционным хирургическим вмешательством при опухоли почки, т.к. при этой операции опухоль удаляется с широкими хирургическими краями, а другая почка у большинства пациентов не изменена. Сегодня резекция почки применяется так же часто, как и радикальная нефрэктомия, даже у пациентов с неизменной противоположной почкой. Это объясняется улучшением методов визуализации и совершенствованием хирургической техники [1-5].

Впервые случайное резецирование трети левой почки при удалении забрюшинной

фибролипомы описал S. Wells в 1884 году [6]. Первую резекцию почки, выполненную по поводу опухоли почки, произвел Н.Е. Czerny в 1887 году. Длительное время считалось, что резекция почки – это вынужденная операция у больных с двухсторонним опухолевым поражением и у больных с единственной или единственной функционирующей почкой [7].

В 1950 году Vermooten заложил основу для формирования органосохраняющей хирургии при опухоли почки. В своей работе он сделал вывод, что некоторые опухоли почки могут быть резецированы отступая 1 см от края, не опасаясь местного рецидива. Резек-

ция почки должна выполняться пациентам с единственной почкой или при нарушении функции второй почки [9].

В середине 1970-х годов Puigvert (1976), Novick (1977), Marberger (1981) и другие начали серьезно сомневаться в правильности тактики, когда при локализованной опухоли удаляется вся почка [9,10,11].

Н.А. Лопаткин и соавт.(1992) в своей работе отметили, что резекция почки при опухоли может быть оправдана при нормальном противоположном органе, поскольку на ранних стадиях небольшая опухоль четко отграничена и окружена “капсулой” из сдавленной ткани [12].

В 2001 году R.G. Uzzo и A.C. Novick опубликовали мировой опыт органосохраняющей хирургии почки за предшествовавшие два десятилетия: с 1980 по 2000 год. Авторы показали, что частота локальных рецидивов не превышает 3%, а онкоспецифическая выживаемость составляет 90-100%, что сопоставимо с результатами радикальной нефрэктомии. В работе были сформулированы основные группы показаний к органосохраняющей хирургии почки при новообразованиях [13].

В 1992 году Winfield и соавт. была выполнена первая лапароскопическая резекция почки трансперитонеальным доступом [14]. Через два года Gill и соавт. доложили о первом опыте лапароскопической резекции почки забрюшинным доступом и описали технику операции [15].

Ряд исследователей показали меньшую продолжительность госпитализации; более короткий восстановительный период; меньшую потребность в наркотических анальгетиках; хороший косметический результат после лапароскопической резекции почки в сравнении с открытым методом лечения [16,17]. Отмечено, что продолжительность пребывания пациентов в стационаре, как правило, короче, время операции ЛРП длиннее, что ведет к снижению расходов на лапароскопическую парциальную нефрэктомию [18].

В 1985 году начинается история роботхирургии, когда доктор V. Kwoh, используя медицинский робот Puma 560, произвел пункцию головного мозга с невиданной до того времени точностью. В 1999 году американская компания «Intuitive Surgical» представила новую роботизированную систему «да Винчи» («da Vinci»), затем появился Da Vinci S, последней версией является Da Vinci SI. [19]. В России первая роботическая система появилась в 2007 году в Свердловской областной клинической больнице №1.

По литературным данным, интраоперационные и функциональные результаты, в том числе осложнения, кровопотеря, ишемия почки, изменения скорости клубочковой фильтрации, продолжительность госпитализации после роботассистированной резекции почки, демонстрируют хорошие показатели [20,21].

В конце 60-х годов прошлого века была предложена техника малотравматичного доступа с использованием специальных инструментов для проведения открытых операций на органах забрюшинного пространства. Данная техника позволяет снизить травматичность доступа и послеоперационный болевой синдром, сократить пребывание в стационаре и улучшить косметический эффект [22].

Журавлев В.Н. и соавт. (2011) сообщили о первых результатах резекции почки из прямого ретроперитонеоскопического (РПС) доступа. Авторы заключили, что данный доступ эффективен и безопасен для проведения резекции почки [23].

Все описанные хирургические доступы для резекции почки используются в клинике урологии УГМА на базе ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1». Сроки наблюдения за пациентами после малоинвазивных резекций почки составляют от 2 месяцев до 5 лет, резекция почки из традиционного доступа применяется в клинике более 10 лет.

В нашей работе мы имеем возможность ретроспективной оценки результатов периоперационных, ранних послеоперационных и длительного наблюдения у пациентов, перенесших резекцию почки из малоинвазивных и традиционного доступов в условиях одной клиники.

Материал и методы. Нами проанализировано 160 случаев резекций почки, выполненных в клинике урологии УГМА на базе ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1» с 2005 по декабрь 2012 года. Среди этих операций 81 произведена из традиционного доступа, из них в 5 случаях с двухсторонними опухолями, 79 операций – из малоинвазивных доступов. Среди малоинвазивных вмешательств 30 резекций почки выполнены лапароскопическим доступом (в том числе 2 пациентам с двухсторонними опухолями почек). Роботассистированная резекция почки выполнена 10 пациентам. Резекция почки из прямого ретроперитонеоскопического (РПС) доступа – 13 пациентам. Всех пациентов мы разделили на 2 группы: пациенты, которым резекция почки выполнена из малоинвазивного доступа, – группа 1; пациенты,

которым резекция почки выполнена из традиционного доступа, – группа 2.

Всем больным выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ), с помощью данного исследования уточнялись размеры опухоли, определялась способность опухолевого узла к накоплению контрастного препарата, отношение опухоли к чашечно-лоханочной системе, крупным сосудам почки, состояние регионарных лимфатических узлов. Данные, полученные при СКТ, помогали в выборе оптимального операционного доступа и способа гемостаза.

Диагностический алгоритм на этапе планирования хирургического вмешательства включал в себя тщательное выяснение анамнеза и комплекс физикальных, лабораторных и инструментальных исследований.

Во всех случаях показанием к резекции почки была опухоль почки в стадии T1a (в группе 1 – у 72 пациентов и в группе 2 – у 70 пациентов) и T1b (в группе 1 – у 7 пациентов и в группе 2 – у 11 пациентов), определенная по данным спиральной компьютерной томографии. Абсолютные показания для проведения резекции почки (опухоли обеих почек) в группе 1 были у 2-х пациентов, в группе 2 – у 5 пациентов, в остальных случаях показания были относительные или elective. Стадия заболевания определялась согласно TNM-классификации рака почки (UICC, 2009).

У всех пациентов опухоли локализовались вне чашечно-лоханочной системы. Поражение правой почки диагностировано у 35 (44%), левой почки – у 42 (53%) в группе 1. Поражение правой почки – у 39 (48%), левой почки – у 37 (46%) пациентов в группе 2. Пациенты с опухолями более 5 см в наибольшем измерении были исключены из нашего обзора.

Группы больных, составленные с учетом метода хирургического лечения, однородны по полу, возрасту, нозологическим формам заболевания, характеру сопутствующей патологии, срокам госпитализации и сопоставимы.

Роботическая система, используемая нами, – daVinci S, а лапароскопическая стойка – Karl storz, оснащенная трехчиповой камерой, дающей разрешение высокой четкости Full HD. Для выполнения резекций почки из прямого ретроперитонеоскопического доступа применен разработанный нами и изготовленный на базе Уральского электромеханического завода комплект хирургических инструментов для выполнения малоинвазивных операций «КИМР – «УЭМЗ» [24].

Для выполнения резекции почки из традиционного доступа использовались люмботомный, подреберный и трансперитонеальный доступы.

Результаты. Проведенный анализ показал, что длительность операции при использовании открытого доступа сопоставима или превышает таковую при минимально инвазивных доступах, а лапароскопически-ассистированный и РПС-доступы обеспечивают значительное сокращение длительности операции. При выполнении открытой операции люмботомным, подреберным и трансперитонеальными доступами значительную часть времени занимает высокотравматичный этап разъединения тканей на большом их протяжении, гемостаз и ушивание послеоперационной раны, в то время как при лапароскопической операции доступ в брюшную полость с установкой портов занимает не более 5-10 минут. При выполнении РП из РПС доступа формирование рабочего канала занимает 3-5 минут. Установка роботической системы на этапах освоения методики занимала около 20-25 минут, при наработке персонального опыта этот этап занимает до 10 минут.

По данным оценки результатов видно, что при выполнении открытой резекции почки пересечение значительных массивов тканей предопределяло большую потерю крови – 150-700мл (в среднем 310 мл) и увеличивало время доступа. При малоинвазивных РП кровопотеря составила от 50 до 390мл (в среднем 150мл).

Время ишемии почки (табл.1) существенно не отличалось в обеих группах и составило 6-28 минут (в среднем 15 минут) для группы 2, для группы 1 время ишемии составило 4 – 30 минут (в среднем 17 минут).

Виды доступа, показатели длительности резекции почки и время ишемии почки представлены в нижеследующей таблице.

Таблица

Вид доступа, время резекции и ишемии почки		
Вид доступа	Длительность операции, мин	Ишемия почки, мин
Открытая РП	90 (80-140)	15 (6-28)
Лапароскопическая РП	140 (90-210)	24 (15-30)
Лапароскопически-ассистированная РП	90(70-150)	11 (4-27)
РПС	75 (65-110)	14 (11-20)
Роботассистированная РП	120 (70-180)	19 (15-28)

После открытой РП температура тела оставалась субфебрильной в течение 4 – 5 суток, у больных, перенесших малоинвазивную РП, субфебрильная температура отмечена только в первые сутки после операции. После операций, выполненных из малоинвазивных

доступов, парез кишечника, развивающийся в послеоперационном периоде, разрешался на первые сутки или отсутствовал. У больных после открытой РП послеоперационный парез кишечника, как правило, разрешался на 1-2-е сутки, и таким больным требуется длительное соблюдение диеты.

Значительная операционная травма предопределяла выраженность болевого синдрома после операции открытым доступом. Наркотические анагетика этой группе больных назначали в течение 3-7 суток (в среднем 3,5 сут.). После малоинвазивного вмешательства необходимость применения обезболивающих средств потребовалось лишь в течение первых суток после операции (0,5-1 сутки).

Активизация пациента в группе 2 происходила на 2-4 сутки, а в группе 1 пациенты были активизированы в течение 1 суток.

Длительность пребывания в стационаре больных в группе 2 составляет 6-14 суток (в среднем 9 сут.), в группе 1 – 3-9 суток (в среднем 7 сут.).

Период временной нетрудоспособности в группе 2 у всех пациентов был более 30 суток, после малоинвазивной РП составил от 14 до 30 суток. После малоинвазивных вмешательств реабилитация больных проходила в более короткие сроки вследствие минимальной травматичности доступа и как следствие хирургического вмешательства в целом.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в группе 1 не встречалось. В одном случае у пациента после лапароскопической резекции почки на 2-е сутки развилось желудочно-кишечное кровотечение из острой язвы желудка, остановленное консервативным путем. В одном случае через 4 мес. после резекции почки сформировалась уринома, которая осложнилась пара-

нефритом и привела к сморщиванию почки, а затем к нефрэктомии. Это осложнение связано с амбулаторным этапом, так как пациент был госпитализирован в отделение гнойной хирургии и дренирование чашечно-лоханочной системы почки не выполнялось, а консультацию уролога получил только через 4 мес. У одного пациента потребовалась конверсия доступа из РПС для формирования надежного гемостаза.

В группе 2 у одного пациента на 3-и сутки после операции диагностирована флегмона послеоперационной раны, что привело к вторичному заживлению раны. В отдаленные сроки после РП традиционным открытым доступом у многих больных отмечалось нарушение кожной чувствительности в области рубца, у 5 (6%) пациентов выявлена послеоперационная вентральная грыжа.

В послеоперационном периоде проводили контрольные УЗИ и КТ в обеих группах пациентов. В настоящее время все пациенты живы, рецидива опухоли до настоящего времени не отмечено.

Выводы. Внедренные в нашу практику малоинвазивные доступы при раке почки обеспечивают: существенное снижение степени травматической агрессии операции; значительное снижение числа послеоперационных осложнений; сокращение сроков госпитализации и послеоперационной реабилитации пациентов; высокий косметический эффект в сравнении с РП, выполненными из традиционного доступа. Недостатком малоинвазивных доступов является трудность их освоения. Но при правильно выставленных показаниях и адекватном выборе доступа для резекции почки хирург получает хорошую визуализацию зоны резекции, а следовательно, высокую степень абластичности операции.

Сведения об авторах статьи:

Журавлев В.Н. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России. Адрес: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

Зырянов А.В. – д.м.н., профессор, зав. 2 урологическим отделением ГБУЗ СОКБ №1. Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185.

Баженов И.В. – д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России. Адрес: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

Пономарев А.В. – врач 2 урологического отделения ГБУЗ СОКБ №1. Адрес: 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin 2008;58:71-96.
2. Krestin G.P. High-tech diagnostic procedures in renal cell carcinoma: promise and practice / G.P. Krestin, F. Gademartiri // Prostate and renal cancer, benign prostatic hyperplasia, erectile dysfunction and basic research an update / edited by Ch. H. Bangma, D.W.W. Newling / - UK, Parphenon Publishing Group, 2003. – P. 304-309.
3. Аляев, Ю.Г., Синицин, В.Е., Григорьев, Н.А. Магнитно-резонансная томография в урологии. – М.: Практическая медицина, 2005. – 272 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2010 году/ под ред. В.И.Чисова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2012.
5. Иванов, А.П. Оптимизация протокола спиральной компьютерной томографии при диагностике опухолей почки/ А.П. Иванов, И.В.Чернышев, И.А.Тюзиков// Онкоурология. – 2011. – №2. – С. 18-21.
6. Wells S. Successful removal of two circum-renal tumors // Br. Med. J. –1884. – Vol. 1. – № 2. – P. 758-762.
7. Herr HW. A history of partial nephrectomy for renal tumors. J Urol. 2005 Mar;173(3):705-8.

8. Vermooten V.: Indications for conservative surgery in certain renal tumors: a study based on the growth pattern of the clear cell carcinoma. J Urol, 64: 200, 1950.
9. Puigvert A.: Partial nephrectomy for renal tumours: 21 cases. EurUrol, 2: 70, 1976.
10. Novick A. C., Stewart B. H., Straffon R. A. and Banowsky L. H.: Partial nephrectomy in the treatment of renal adenocarcinoma. J Urol, 118: 932, 1977.
11. Marberger M., Pugh R. C., Auvert J., Bertermann H., Costantini A., Gammelgaard P. A. et al: Conservative surgery of renal carcinoma: the EIRSS experience. Br J Urol, 53: 528, 1981.
12. Лопаткин Н.А. Рак почки: нефрэктомия или резекция?// Урология и нефрология. – 1992. – № 4-6. – С.3-5.
13. Uzzo R.G., Novick A.C. Nephron sparing surgery for renal tumors: indications, techniques and outcomes // J. Urol. – 2001. – Vol.166. – № 1. – P.6 – 18.
14. Winfield HN, Donovan JF, Godet AS, Clayman RV: Laparoscopic partial nephrectomy: initial case report for benign disease. J Endourol. 1993; 7: 521-6.
15. Gill IS DM, Munch LC. Laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy. J Urol 1994;152:1539-42.
16. Andonian S, Janetschek G, Lee BR. Laparoscopic partial nephrectomy: an update on contemporary issues. Urologic Clinics of North America. 2008;35(3):385–396.
17. Gill IS, Kavoussi LR, Lane BR, et al. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors. The Journal of Urology. 2007;178(1):41–46.
18. Lotan Y, Cadeddu JA. A cost comparison of nephron-sparing surgical techniques for renal tumour. BJU International. 2005;95(7):1039–1042.
19. Kim V.B., Chapman W.H., Albrecht R.J. et al. Early experience with telemanipulative robot-assisted laparoscopic cholecystectomy using da Vinci. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002;12:34-40.
20. Benway BM, Bhayani SB, Rogers CG, et al.: Robot-assisted partial nephrectomy: an international experience. EurUrol 2010, 57:815-820.
21. Hrouda D, Lienert A. The role of laparoscopy and robotic surgery in the management of small renal masses.// Expert Rev Anticancer Ther. 2012 Jun;12(6):799-810.
22. Зырянов А.В. Ретроперитонеальные малоинвазивные операции при стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. 2003; стр.48-52.
23. Журавлев, В.Н. Малоинвазивные органосохраняющие операции при почечно-клеточном раке /В.Н. Журавлев, А.В.Зырянов, О.В.Журавлев, А.В.Пономарев //Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – №2. – С.250-253.
24. Баженов, И.В. Малоинвазивные открытые ретроперитонеоскопические операции при некоторых урологических заболеваниях почек: дис...д-ра мед. наук. – М., 2003. – С. 254.

УДК 616.65-007.61-089.168.1-06:616.62-07-085.2
© В.А. Иващенко, А.А. Дюсюбаев, 2013

В.А. Иващенко¹, А.А. Дюсюбаев² **ДИАГНОСТИКА И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ТУР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

¹ГБУЗ «Областная клиническая больница №3», г. Челябинск
²ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Челябинск

У 1/3 больных с гиперактивным мочевым пузырем на фоне инфравезикальной обструкции (ИВО) при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) после трансуретральной резекции (ТУР) сохраняется гиперактивность детрузора. Поэтому целью данного исследования являлось оценить возможность применения комбинации α-адреноблокаторов и м-холинолитиков у пациентов, перенесших ТУР по поводу ДГПЖ.

В исследовании приняло участие 40 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Основная группа, больные которой в послеоперационном периоде получали α-адреноблокатор и м-холинолитик. И группа контроля, в которой пациенты не получали медикаментозную терапию в послеоперационном периоде.

В основную группу вошли пациенты, у которых перед операцией и к исходу 6 недель после операции была более выраженная симптоматика, проявления гиперактивности детрузора. В контрольную группу вошли пациенты, которые в послеоперационном периоде, через 3 недели после операции не предъявляли жалоб или отказались от приема медикаментов.

Контрольные исследования пациентов проводились перед операцией, через 6 недель после операции и через 6 месяцев. Исходно, по данным анкет и инструментального исследования, симптомы нижних мочевых путей значительно преобладали в основной группе. К 6 неделям послеоперационного периода гиперактивность детрузора в основной группе определялась у 14 пациентов из 20, а в группе контроля у 8 из 20. Но к 6 месяцам лечения отмечалось более значимое уменьшение выраженности СНМП в основной группе. Гиперактивность детрузора сохранялась у 1 пациента в основной группе и у 4 в группе контроля, отсутствовала ИВО и была нормальной сократимость мочевого пузыря.

По данным предоперационного исследования выявление гиперактивности детрузора у пациентов с клиническими проявлениями синдрома гиперактивного мочевого пузыря в послеоперационном периоде обоснованно назначать комбинированную терапию с использованием м-холинолитиков и α-адреноблокаторов. Такая терапия приводит к значительному улучшению результатов операции.

Ключевые слова: комбинированная терапия, ДГПЖ, ГМП, уродинамические исследования.

V.A. Ivashchenko, A.A. Dyusyubaev **DIAGNOSTICS AND MEDICAMENTAL CORRECTION OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AFTER TUR OF BENIGN PROSTATE HYPERTROPHY**

1/3 of patients with overactive bladder, with the bladder outlet obstruction (BOO), with benign prostatic hyperplasia (BPH) after transurethral resection (TUR) have detrusor overactivity. That's why the main aim of this research was to evaluate the possibility of using a combination of α-adrblockers and m-cholinolytics on patients after TUR because of BPH.