

А.В. Быков<sup>1</sup>, И.А. Куликов<sup>3</sup>, В.М. Мирошников<sup>2</sup>, А.С. Чугунов<sup>3</sup>

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ПАТОЛОГИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

<sup>3</sup>МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», г. Волгоград

Изучены и проанализированы объем, сроки, характер и ближайшие результаты применения трансуретральных эндовидеоскопических оперативных вмешательств у больных с мочепузырными кровотечениями и острой задержкой мочеиспускания.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция простаты, мочепузырное кровотечение, острая задержка мочеиспускания, внутренняя оптическая уретротомия, рак мочевого пузыря.

A.V. Bykov, I.A. Kulikov, V.M. Miroshnikov, A.S. Chugunov

## THE POSSIBILITIES OF APPLICATION OF TRANSURETHRAL OPERATIONS IN URGENT PATHOLOGY OF THE LOWER URINARY TRACT

There were studied and analyzed the score, terms, nature and immediate results of transurethral endovideoscopic surgery in patients with urinary bladder hemorrhage and acute urinary retention.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, transurethral prostatic resection, urinary bladder hemorrhage, acute urinary retention, internal optical urethrotomy, bladder cancer.

В настоящее время малоинвазивные оперативные вмешательства широко внедряются в клиническую практику, так как обладают целым рядом неоспоримых преимуществ по сравнению с традиционными хирургическими доступами, при которых неизбежна выраженная травматизация здоровых тканей при подходе к патологическому очагу. Кроме того, малоинвазивные технологии позволяют сократить длительность оперативного вмешательства и сроки послеоперационной реабилитации [1, 2, 3].

Несколько последних десятилетий в результате внедрения наукоемких технологий во все отрасли медицины значительно изменились подходы к диагностике и лечению большинства заболеваний органов и систем человека. Урология как клиническая дисциплина представляет собой один из тех ярких примеров, когда благодаря внедрению новых технологий произошло не просто изменение тактики в лечении некоторых болезней, а «революционный» переворот, повлекший за собой разработку принципиально новой лечебно-диагностической стратегии в отношении подавляющего большинства урологических заболеваний [4, 5, 6, 7].

Одним из основных направлений, утвердившихся в клинической практике, является трансуретральная электрохирургия нижних мочевыводящих путей (НМВП): мочевого пузыря, предстательной железы, мочеиспускательного канала. Сегодня трансуретральные вмешательства (ТУВ) по данным ведущих отечественных и зарубежных авторов являются «золотым стандартом» в лечении доброкачественной гиперплазии и склероза предстательной железы (в ряде случаев – злокачественных опухолей ее), доброкачественных опухолей и поверхностного рака мочевого пузыря. Внутренняя оптическая уретротомия – это метод выбора при непротяженных стриктурах простатического и мембранозного отделов уретры, а контактная трансуретральная цистолитотрипсия используется более чем в 85% случаев цистолитиаза [8, 9, 10, 11, 12].

У больных пожилого возраста, отягощенных сопутствующими интеркуррентными заболеваниями, выполнение традиционного оперативного вмешательства, направленного на создание адекватного оттока мочи, часто оказывается делом трудновыполнимым или невозможным. Малоинвазивные операции обладают минимальной травматичностью, с одной стороны, и большим диапазоном диагностических и оперативных возможностей, с другой. Они избавляют эту категорию больных от вынужденных паллиативных вмешательств, приводящих, как правило, к социальной дезадаптации пациентов, ухудшению качества их жизни, а также способствуют прогрессированию воспалительно-ретенционных заболеваний мочевых путей [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Актуальность широкого внедрения в клиническую практику щадящих и одновременно высокоэффективных методов оперативного лечения у больных с неотложной урологической патологией, становится все более очевидной при возрастающей продолжительности жизни людей и ростом требований населения к качеству оказания медицинской помощи. Национальная особенность Российской хирургии и, особенно, урологии – плановых больных и операций больше, чем экстренных. Однако малоинвазивные технологии предназначены для плановых вмешательств. Поэтому изучение их возможностей у больных с

экстренной патологией в условиях неотложной урологической практики – еще одно подтверждение актуальности этого вопроса.

Целью работы явилось получение новых данных, позволяющих улучшить результаты трансуретральных оперативных вмешательств у больных с экстренной патологией нижних мочевыводящих путей.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты клинических наблюдений за 302 больными с патологией нижних мочевыводящих путей, лечение которых проводилось в клинике хирургических болезней факультета усовершенствования врачей Волгоградского медицинского университета на базе урологического отделения Муниципального учреждения здравоохранения клинической больницы скорой медицинской помощи г. Волгограда. Всем пациентам выполнены трансуретральные видеоцистоскопические вмешательства. Исследование не было рандомизированным и включало исторический контроль.

Генеральную совокупность наших наблюдений составили пациенты обоих полов в возрасте от 32 до 89 лет, которым выполняли ТУВ. Средний возраст больных был равен  $66,3 \pm 8,9$  года.

Наши наблюдения распределены на 2 группы. Первую группу составил 141 больной с острой урологической патологией нижних мочевыводящих путей. Внутри данной группы пациентов распределили по признаку характера неотложного состояния на две подгруппы: больные с острым обструктивным синдромом нижних мочевых путей – 80 случаев и больные с мочепузырными кровотечениями – 61 случай. При этом группа больных с острой задержкой мочеиспускания рассмотрена в сравнительном аспекте с контрольной группой – плановых ТУВ. Пациенты, оперированные по поводу мочепузырного кровотечения, по понятным причинам, не имеют группы аналогичного сопоставления.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Под неотложными ТУВ мы подразумеваем операции, которые не могут быть отложены на длительное время и должны быть выполнены без выписки больного из стационара. Они, в свою очередь, разделены (по аналогии с классификацией операций на желчных путях) на:

1. Экстренные (до 24 часов от момента поступления больного в стационар).
2. Срочные (24-72 часа от момента поступления).
3. Отсроченные (более 72 часов от момента поступления больного в урологическое отделение).

**Трансуретральный гемостаз.** При мочепузырных кровотечениях среди ТУВ экстренными операциями являлись вмешательства, проводившиеся сразу после постановки диагноза мочепузырного кровотечения. Они выполнялись по жизненным показаниям, когда процесс с самого начала имел бурное течение с угрожающей симптоматикой. Таких пациентов за представленный период времени было 5.

К срочным операциям были отнесены те, которые проводили в связи с безуспешными попытками консервативного лечения (неэффективностью инфузионной гемостатической терапии и прижатием кровоточащих сосудов баллоном катетера Фоли), нестабильностью гемостаза при кровоточащих опухолях мочевого пузыря и предстательной железы. Эти вмешательства осуществлялись в период от суток и не позднее 72 часов с момента поступления больного в урологическое отделение после проведенной максимально необходимой предоперационной подготовки (15 больных).

При отсроченных операциях больным проводилось ТУВ позже 72 часов при купировании острых процессов консервативно, после коррекции сопутствующей патологии и более детального обследования. Это пациенты, у которых остановка кровотечения достигнута после консервативных мероприятий, но гемостаз не являлся достаточно стабильным, чтобы выписать пациента из стационара. Отсроченные операции проведены 41 больному.

Мочепузырное кровотечение дебютировало, как первый грозный симптом в течение таких заболеваний, как опухоли мочевого пузыря (МП) (52 случая), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) (7 случаев), злокачественные опухоли предстательной железы (2 случая). Сроки и объем оперативных трансуретральных вмешательств представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Сроки и объем оперативных ТУВ**

Объем ТУВ	Сроки трансуретральных вмешательств			Всего
	Экстренные (до 24 часов)	Срочные (до 72 часов)	Отсроченные (более 72 часов)	
ТУ деблокада мочевого пузыря	4	5	8	17
ТУР опухоли МП	1	7	29	37
ТУР ДГПЖ	-	2	2	4
ТУР шейки МП	-	1	2	3
Всего	5	15	41	61

Из таблицы 1 видно, что основными операциями при мочепузырных кровотечениях являются трансуретральная резекция (ТУР) опухоли мочевого пузыря, деблокада мочевого пузыря от сгустков крови с последующей коагуляцией кровоточащих сосудов.

Большинство пациентов – 32 человека (52,4%), подвергшихся ТУВ, были в возрастном диапазоне 61-74 года, 18 человек (29,5%) – в возрасте 75 и более лет, а 11 (18%) пациентов – в возрасте 22-60 лет.

В исследуемой группе практически все больные имели сопутствующую патологию. Большинство сопутствующих заболеваний (59%) представлено патологией сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, аритмии, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь и их сочетание у одного и того же больного). Группа «прочие» стоит на втором месте по частоте (19,6%) и включает больных с церебросклерозом, последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, болезнью Паркинсона, облитерирующим эндоартериитом и варикозным расширением вен нижних конечностей. Ожирение и сахарный диабет составили по 8,2% в каждой группе. Болезни органов дыхания сопутствовали основному заболеванию у 2 (3,2%) больных. Во всех группах преобладала патология сердечно-сосудистой системы, причем в группе экстренных ТУВ сопутствующая патология представлена исключительно ею. Наибольшее число больных с сопутствующей патологией оказалось в группе отсроченных ТУВ (60,6%). Это в 10 раз больше, чем в группе экстренных ТУВ и почти в 2 раза больше, чем в группе срочных операций. Связано это с тем, что предоперационная подготовка и обследование больных с экстренными вмешательствами проводится по сокращенной программе, оперативное лечение выполняется по жизненным показаниям, когда нет времени на большинство дополнительных методов обследования, позволяющих дополнительно выявить сопутствующее заболевание. При срочных и отсроченных ТУВ времени на обследование остается больше, поэтому больные обследовались более детально.

Послеоперационные осложнения при трансуретральном гемостазе возникли в 22,9% случаев. Наибольшее число осложнений (33,3%) зарегистрировано в группе пациентов после срочных операций. Наименьшее число послеоперационных осложнений возникло после отсроченных ТУВ (19,5%), так как эти больные подвергались более тщательной предоперационной подготовке. В большинстве случаев (18%) осложнениями являлись ранние мочепузырные кровотечения, возникшие после ТУВ по поводу опухолей мочевого пузыря. В этих случаях причиной рецидива кровотечения была распадающаяся опухоль больших размеров у пожилых больных с сопутствующей интеркуррентной патологией в стадии суб- и декомпенсации, в условиях которой ТУВ сводилось к минимуму («деблокаде» полости мочевого пузыря от сгустков крови, коагуляции кровоточащих сосудов) по причине высокого наркозного риска. Этим был достигнут гемостаз, достаточный для дообследования больного, компенсации основных жизненных функций его организма с целью повторного ТУВ. В этих случаях стойкий гемостаз достигался вторым этапом, когда трансуретральное вмешательство проведено в максимально допустимом объеме. В таблице 2 сопоставлена длительность до- и послеоперационного пребывания больных с осложнениями и без них.

В исследуемой группе пациентов с внутрипузырными кровотечениями получены следующие результаты. После срочных неосложненных ТУВ пребывание больных в стационаре приближается к двум неделям, что объясняется достаточно быстрой предоперационной подготовкой, отсутствием длительной катетеризации в предоперационном периоде. Вместе с тем длительное пребывание больных в стационаре после отсроченных ТУВ можно объяснить нестабильностью консервативного гемостаза, длительной катетеризацией в предоперационном периоде (ведущей к послеоперационным осложнениям), и в ряде случаев, необходимостью наложения надлобкового свища, как первого этапа перед предполагаемым ТУВ.

Таблица 2

**Сроки пребывания больных с мочепузырными кровотечениями с осложнениями и без осложнений после ТУВ (койко-дни)\***

Наличие послеоперационных осложнений	Экстренные (M±m)			Срочные (M±m)			Отсроченные (M±m)		
	до	после	общ.	до	после	общ.	до	после	общ.
Осложненные	-	-	-	-	20,2±1	28±0,5	10,8±5	17,7±9,5	28,5±8
Неосложненные	-	14,5±5	14,7	2,1±0	12,1±5	14,5±5	11,6±6	14,5±6,0	26,1±8

Примечание: \* - p<0,05

При оценке показателя пребывания больного в стационаре установлено, что в случае экстренных видеоэндоскопических оперативных вмешательств послеоперационный период до момента выписки больного из стационара увеличен на 2,87 койко-дня по сравнению с отсроченными оперативными вмешательствами (p=0,5; t=-0,58), в то время как при выполнении аналогичных операций в срочном порядке он был ниже по сравнению с экстренным оперативным вмешательством на 5,73 койко-дня (p=0,49; t=0,7). Следует отметить, что минимальное количество проведенных дней до оперативного вмешательства (в случае экстренных операций) увеличивает длительность пребывания больного в стационаре. Это связано, по-видимому, с выполнением лишь диагностического минимума и отсутствием применения дополнительных методов исследования.

Таблица 3

**Длительность пребывания больных в стационаре при мочепузырных кровотечениях различного происхождения (M±m)**

Операция	Экстренные, к/дн		Срочные, к/дн		Отсроченные, к/дн	
	до	после	до	после	до	после
ТУ «деблокада» мочевого пузыря	0,7±0,05	15±0,71	2±0,08	18±1,36	11±4,53	19,2±10,5
ТУР ДГПЖ	-	-	2,3±0,6	9,3±2,3	9,3±2,9	19,5±11,7
ТУР опухоли мочевого пузыря	-	-	2,2±0,4	13,0±6,2	13,0±6,5	14,7±6,9
ТУР шейки мочевого пузыря	-	-*	2,5±0,7	15,0±1,4	11±8,4	23,5±7,7

**Примечание:** \* - в экстренном порядке не производились или из-за малого числа не имеют статистического значения

Обращает на себя внимание тот факт, что количество проведенных койко-дней в стационаре до оперативного вмешательства существенно отличается при выполнении срочных и отсроченных операций (на 8,69 койко-дня), в то время как длительность пребывания этой же группы больных после видеоэндоскопического вмешательства отличается в меньшей степени по сравнению с таковыми у группы больных, прооперированных в экстренном порядке.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что течение послеоперационного периода при видеоэндоскопических оперативных вмешательствах зависит, прежде всего, от характера патологии, вызвавшей кровотечение, и объема оперативного вмешательства. Поэтому целесообразно сравнивать показатели койко-дня не только в зависимости от характера экстренности оперативных видеоэндоскопических вмешательств, но и от нозологической формы, вызвавшей кровотечение (табл. 3).

При увеличении сроков пребывания urgentных больных с мочепузырными кровотечениями в стационаре, растет объем предоперационной подготовки, качество и уровень обследования. Соответственно растет и объем оперативных вмешательств, причем они становятся более радикальными.

**ТУВ при синдроме инфравезикальной обструкции.** ТУВ в неотложном порядке было выполнено у 80 больных, что составило 33,1% от ТУВ, проведенных по поводу инфравезикальной обструкции (ИВО). Острая задержка мочеиспускания осложнила течение таких заболеваний как: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (у 59 больных), терминальная стадия стриктуры уретры (у 15 пациентов), рак предстательной железы, «вколоченный» конкремент уретры – по 3 случая соответственно. Причинами ТУВ при хронической ИВО (161 случай) явились: доброкачественная гиперплазия предстательной железы в 117 случаях, стриктура уретры – в 21, камень мочевого пузыря – в 11, злокачественные новообразования предстательной железы – в 3 случаях, склероз шейки мочевого пузыря – в 5, злокачественные новообразования мочевого пузыря – в 3, сочетание аденомы предстательной железы с опухолью мочевого пузыря – у 1 больного.

ТУВ в неотложном порядке подвергались лица от 45 до 89 лет, средний возраст составил 65±8,6 лет. Это были преимущественно лица мужского пола (в 86% случаев) и пожилого возраста (61-74 года). Средний возраст оперированных больных в подгруппах в зависимости от срочности составил: при экстренных операциях 81±11,3 лет, при срочных 60,6±7,5 лет, при отсроченных 65,9±6,3 лет.

В контрольной группе средний возраст пациентов, преимущественно мужчин (97,2%), составил 66,7±8,7 лет (p<0,05). Возрастной диапазон оперированных больных лежал в пределах пожилого и старческого возраста: 77,6% пациентов имели возраст 61-75 и более лет.

Сопутствующую патологию имели практически все оперированные больные как в основной (24 пациента – 88,9%), так и в контрольной (197 больных – 92%) группах (табл. 4).

Как следует из таблицы 4, большинство сопутствующих заболеваний и в основной, и в контрольной группах представлено патологией сердечно-сосудистой системы (59 и 64% соответственно).

Таблица 4

#### Сопутствующие заболевания в основной и контрольной группах

Сопутствующая патология	Основная группа (n=80)		Контрольная группа (n=161)	
	Абс.	%	Абс.	%
Сердечно-сосудистая патология	47	59,2	103	64
Патология органов дыхания	12	14,8	15	9,3
Патология желудочно-кишечного тракта	3	3,7	2	1,2
Эндокринная патология	3	3,7	7	5,1
Метаболические нарушения	3	3,7	7	4,3
Сосудистая патология головного мозга	3	11,1	9	5,6
Прочие	1	1,25	6	3,7

Это ишемическая болезнь сердца, различные формы нарушения ритма сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь и их сочетание у одного и того же больного. Болезни органов дыхания стоят на втором месте по частоте (14,8% в основной, 9,3% – в контрольной) и включают больных с

хронической обструктивной болезнью легких, эмфиземой, пневмосклерозом. Сосудистая патология головного мозга занимает третье место среди интеркуррентной патологии (11,1% и 5,6% соответственно). Это больные с церебросклерозом, последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, болезнью Паркинсона. Эндокринопатии и метаболические нарушения (ожирение) сопутствовали примерно поровну в обеих группах. Заболевания желудочно-кишечного тракта сопутствовали течению основного заболевания в группе неотложных ТУВ. Это связано с тем, что предоперационная подготовка и обследование больных с неотложными вмешательствами проводится по сокращенной программе, оперативное лечение выполняется по жизненным показаниям, когда нет времени на большинство дополнительных методов обследования, позволяющих выявить дополнительное заболевание.

Основным видом ТУВ была трансуретральная резекция предстательной железы (185 операций), выполненная преимущественно по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы – заболевания, в подавляющем большинстве случаев вызывающего ИВО. В подгруппе экстренных операций выполнено 5 ТУВ в связи с невозможностью дренирования мочевого пузыря путем катетеризации и невозможностью осуществления эпицистостомии. В подгруппах срочных и отсроченных оперативных вмешательств растет количество выполненных ТУВ: в экстренном порядке выполнено 6 (2,4%) вмешательств, в срочном порядке – 30 ТУВ (12,5% от всех ТУВ, выполненных по поводу синдрома ИВО), в основном, за счет ТУР ДГПЖ (18,2%). В отсроченном порядке ТУР ДГПЖ произведена 44 пациентам (4,9%).

Внутренняя оптическая уретротомия проводилась у больных с острым обструктивным синдромом со стороны НМП: в срочном порядке у 8 (3,3%), в отсроченном – у 2 (0,8%). Это второй по частоте (4,1%) вид ТУВ в основной группе. Данная операция осуществлялась больным с выраженной послеоперационной рубцовой стриктурой уретры (во всех случаях в разные сроки эти пациенты перенесли чреспузырную аденомэктомию). В 1 случае в экстренном порядке больному проведена контактная цистолитотрипсия по поводу вколоченного конкремента в области шейки мочевого пузыря.

Таким образом, в наиболее «выгодном» положении среди больных, которым операция проводится неотложно, оказываются пациенты срочной и отсроченной подгрупп ТУВ, так как предоперационное обследование осуществляется более детально. Основным видом ТУВ в контрольной группе также является ТУР ДГПЖ (49,7% от числа ТУВ, выполненных по поводу ИВО).

Внутренняя оптическая уретротомия выполнена у 21 (8,7%) пациента по поводу стриктур уретры различного происхождения, локализации и протяженностью от 5 до 15 мм. В 5 случаях (2%) произведена трансуретральная контактная цистолитотрипсия. Трансуретральная коррекция шейки мочевого пузыря планово выполнена у 2 (0,8%) пациентов. Ранее они подвергались чреспузырной аденомэктомию (во всех случаях проводили Л-инцизию шейки мочевого пузыря на 12-, 7- и 5-ти часах условного циферблата резектоскопа). В 3,3% в контрольной группе произведена трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря и в 2% – резекция опухоли предстательной железы.

Мы считаем, что одним из основных показателей оказанной помощи является длительность пребывания больного, подвергшегося ТУВ, в стационаре. Она отражена в таблице 5.

Таблица 5

**Длительность пребывания в стационаре больных основной и контрольной групп  
в до- и послеоперационном периоде (p<0,05)**

Срочность ТУВ	Пребывание больного в стационаре, койко-день		P
	До операции M±m	После операции M±m	
Экстренные	-*	21±3,1	
Срочные	2,2±0,6	13,7±6,0	p<0,05
Отсроченные	9,5±4,25	15,5±6,4	p<0,05
Плановые	8,5±4,9	10,0±6,0	p<0,05

**Примечание:** \* - статистически недостоверно из-за малой выборки

При оценке показателя койко-дня установлено, что существенное увеличение срока пребывания больного в стационаре (в среднем на 11 койко-дней по сравнению с контрольной группой) имеет место при экстренных трансуретральных операциях.

После срочных видеоэндоскопических операций пребывание больного увеличено по сравнению с контрольной группой на 3,7 койко-дней.

Пребывание больного после отсроченных видеоэндоскопических вмешательств увеличено по сравнению с контрольной группой на 5,5 койко-дней.

Таким образом, при сокращении предоперационной подготовки до минимального уровня снижается и качество, и объем операции, в связи с чем увеличивается срок послеоперационной реабилитации пациента. При увеличении, «затягивании» по различным причинам предоперационного пребывания больного в стационаре, также увеличивается послеоперационный койко-день. Наиболее оптимальным в сравнительном аспекте представляется подготовка больного к срочной неотложной операции, то есть в течение 72 часов от момента поступления его в урологическое отделение.

Течение послеоперационного периода в исследуемых группах после ТУВ осложнилось у 48 больных (19,9%). Частота осложнений в основной группе составила 15% (12 случаев). Они распределились следующим образом: в подгруппе экстренных в 2-х случаях (33,3%) после ТУВ имело место раннее послеоперационное внутрипузырное кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. В подгруппе срочных ТУВ осложнения отмечены в 13,3%: у 1 пациента (3,3%) развилось послеоперационное кровотечение, в 1 случае (3,3%) – острый эпидидимит, у 2 больных (6,6%) – острая задержка мочеиспускания. В подгруппе отсроченных ТУВ течение послеоперационного периода осложнилось у 6 (13,6%) больных: по 1 случаю послеоперационного кровотечения и острого эпидидимита (2,2%), у 4 пациентов (9%) развился острый пиелонефрит. Все осложнения купированы консервативно назначением гемостатической, антибактериальной терапии.

В контрольной группе число осложнений составило 16,1% (26 случаев). То есть существенной разницы в количестве осложнений между неотложными и плановыми ТУВ нет. Основным послеоперационным осложнением явилось мочепузырное кровотечение в ранние (до 3 суток) сроки после операции, по поводу чего выполняли «деблокаду» мочевого пузыря через тубус резектоскопа с вапоризацией кровоточащих сосудов. Во всех 9 случаях (5,6%) достигнут устойчивый гемостаз. Обструкция нижних мочевых путей сохранялась в виде острой задержки мочи в 4,3%. Она во всех случаях ликвидирована консервативно назначением адекватной противовоспалительной терапии, ингибиторов 5-альфа-редуктазы и селективными альфа-D1-адреноблокаторами. Острый гнойный эпидидимит развился в 4,3% после плановых ТУВ. Во всех случаях выполнялась ревизия органов мошонки и эпидидимэктомия на стороне поражения. В данной группе в 1,2% случаев (2 ТУВ) произошло интраоперационное внутрибрюшинное ранение мочевого пузыря с развитием гидроперитонеума, что потребовало конверсии в объеме лапаротомии, ушивания раны мочевого пузыря на эпицистостоме, дренирования брюшной полости и паравезикального пространства. Острый пиелонефрит развился в 0,6% после плановых ТУВ. Он купирован консервативно назначением антибактериальной терапии с учетом антибиотико- и резистогаммы бакпосева мочи.

**Заключение.** Изучение сроков, характера и объема ТУВ показало, что почти у половины больных удается выполнить операцию в необходимом объеме в отсроченном порядке. Однако многие ТУВ применялись в экстренном и срочном порядке, что было продиктовано безуспешностью консервативных мероприятий при продолжающемся кровотечении или острой задержке мочеиспускания.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и целесообразности выполнения ТУВ при мочепузырных кровотечениях и синдроме острой задержки мочеиспускания. В то же время они диктуют необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

Предложенная нами рабочая классификация ТУВ позволяет, по нашему мнению, облегчить их систематизацию и унификацию в неотложной урологической практике.

Таким образом, трансуретральные оперативные вмешательства, рассчитанные изначально как паллиатив для ослабленных,отяаженных выраженной соматической патологией больных, могут и должны широко применяться при urgentных состояниях в урологической практике: синдромах обструкции и кровотечения из нижних мочевых путей. Этому способствует развитие современных эндоскопических технологий, а эндовидеохирургический контроль обеспечивает максимальный лечебный эффект при одновременной минимальной интраоперационной хирургической агрессии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / под редакцией Н.А. Лопаткина.– М.: Медицина, 1999. – 216 с.
2. Избранные лекции по урологии: руководство для врачей / под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. – М.: МИА, 2008. – 556 с.
3. Камалов А.А., Даренков А.Ф., Чиненный В.Л. [и др.]. Профилактика воспалительных осложнений после трансуретральных эндоскопических вмешательств на нижних и верхних мочевых путях // Сборник научных трудов «Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия». – М., 2002. – 240 с.
4. Коган М.И., Лоран О.Б., Петров С.Б. Радикальная хирургия рака предстательной железы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 351 с.
5. Корюков Д.В., Лапуда О.Д., Соболенко Ю.А. Послеоперационные осложнения при ТУР предстательной железы // Материалы 10-го Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 744.
6. Левковский Н.С. Трансуретральная резекция предстательной железы и мочевого пузыря. – СПб.: Вита Нова, 2002. – 200 с.
7. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Эффективность и перспективы современной эндоурологии // Материалы 10-го Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 655-684.
8. Манагадзе Г., Хвадагани Г., Церетели А. [и др.]. Трансуретральная резекция простаты без ограничения массы простаты, 10-летний опыт // Материалы 10-го Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 142.
9. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической

- электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. – М.: Триада-М., 1997. – 144 с.
10. Переверзев А.С., Петров С.Б. Опухоли мочевого пузыря. – Харьков: Факт, 2002. – 303 с.
  11. Петров С.Б., Левковский С.Н. Трансуретральная электрорезекция в лечении больных с рецидивами ДГПЖ // Материалы 10-го Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 769.
  12. Поздняков К.В. Частота развития острой задержки мочеиспускания, обусловленной гиперплазией простаты, среди мужского населения Московской области // Материалы 3-й Всероссийской конференции «Мужское здоровье». – М., 2006. – С. 121.
  13. Ситдыков Э.Н., Беляев А.Р., Ситдыкова М.Э. [и др.]. Трансуретральная резекция мочевого пузыря при новообразованиях // Казанский мед. журн. – 1992. – № 2. – С. 131-133.
  14. Суханов С.В. Острая задержка мочеиспускания: тактика действий в стационаре // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 7. – С. 553-555.
  15. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostate hyperplasia (2003). Charter 1: Diagnosis and treatment recommendations // J. Urol. – 2003 – № 170 – P. 530-547.
  16. Borth C.S., Belko D.T., Nickel J.C. Impact of medical therapy on transurethral resection on the prostate: a decade of change // Journal of Urology. – 2004. – Vol. 171, I. 2 (Pt.1). – P. 668-671.
  17. Chang C.C., Kuo J.Y., Chen K.K. [et al.]. Transurethral prostatic resection for acute urinary retention in patients with prostate cancer // Annals of Royal College Surgeons of England. – 2004. – Vol. 86, I. 6. – P. 428-431.
  18. Emberton M., Fitzpatrick J.M. The Reten – World survey of the management of acute urinary retention: preliminary results // Internal Journal Clin. Pract. – 2008. – Vol. 62, I. 1. – P. 18-26.
  19. Fitzpatrick J.M., Kirby R.S. Management of acute urinary retention // BJU int. – 2006. – Vol. 97, I. 4. – P. 727-733.
  20. Khastgir J., Khan A.L., Speakman M. Acute urinary retention: medical management and the identification of risk factors for prevention // Nature Clinical Practice Urology. – 2007. – Vol. 4, I. 8. – P.411-431.

**Быков** Александр Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней с нейрохирургией факультета усовершенствования врачей ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

**Куликов** Игорь Александрович, врач урологического отделения МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», Россия, 400112, г. Волгоград, ул. Андиганская, 1А, тел. (8442) 67-23-73

**Мирошников** Валентин Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414400, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 30-64-99

**Чугунов** Андрей Станиславович, кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист, старший ординатор урологического отделения МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15», Россия, 400112, г. Волгоград, ул. Андиганская, 1А, тел. (8442) 67-23-73