Медицинские науки

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ В ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЕ НА СТАНЦИИ

[1]Севрюков Ф.А., [2]Зубков И.В.

[1]Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО РЖД, Н. Новгород, БОУ ВПО НижГМА Минздравсоцразвития России;
[2]Отделенческая железнодорожная больница на станции Киров ОАО «РЖД»,
e-mail: fedor_sevryukov@mail.ru

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), является одной из самых часто встречающихся болезней у мужчин пожилого возраста [2]. Уже в возрасте 40 лет морфологические признаки ДГПЖ наблюдались у 10% мужчин, достигая 90% к 80 годам [5], однако клинические проявления болезни проявляются в основном к 60–69 годам. В связи с тем, что основная масса больных имеет ряд сопутствующих болезней ведется постоянный поиск щадящих методов лечения доброкачественной гиперплазии. Очень часто пациенты принимая α- адреноблокаторы обращаются к урологу с большими по объему ДГПЖ (более 80 см^3).

В настоящее время золотым стандартом лечения ДГПЖ является трансуретральная резекция простаты (ТУР). Монополярная ТУР простаты выполнима у пациентов с объемом ДГПЖ 60–80 см^3. Большие объемы простаты удаляются урологами с большим опытом, т.к. при увеличении времени операции более 60 мин при монополярной ТУР значительно возрастает риск послеоперационных осложнений [3, 4, 6]. Противопоказанием для монополярной хирургии является также наличие искусственного водителя ритма [1].

В связи с вышеизложенным, внедрение в практику трансуретральной резекции и энуклеации простаты биполярной петлей в физиологическом растворе является актуальным методом лечения ДГПЖ.

Цель исследования: Изучить технические особенности, переносимость, течение послеоперационного периода у пациентов с ДГПЖ, которым была выполнена трансуретральная резекция в физиологическом растворе и трансуретральная энуклеация простаты биполярной петлей.

Материалы и методы. В железнодорожной отделенческой больнице на станции Киров ОАО «РЖД» в период с августа 2011 по март 2012 г. выполнено 64 биполярных трансуретральных резекций простаты в физиологическом растворе (TURis) и 35 трансуретральных энуклеаций (TUEB). Операции проводились с помощью биполярного резектоскопа фирмы Olympus под спинальной анестезией. Показаниями к операции TURis был объем железы до 80 см^3. Операция выполнялась по стандартной методике как при монополярной ТУР [4]. TUEB простаты выполнялась у пациентов с объемом гиперплазированой предстательной железы от 80 см^3 и выше. Максимальный объем удаленной ткани составил 230 см^3. TUEB простаты выполняли по методике, предложенной K. Nakagawa. После рассечения слизистой в области шейки мочевого пузыря и в апикальной части простаты в области семенного бугорка, делали 2 борозды до капсулы на 6 и 12 часах условного циферблата. После тщательного гемостаза, петлей для TUEB проводилась энуклеация аденоматозных узлов, с дальнейшей морцелляцией стандартной биполярной петлей. Кусочки резецированной ткани отмывались эвакуатором. После операции в мочевой пузырь вводился 3-х ходовой катетер Фолея 20–22Fr, балон раздували до 75 мл с натяжением на 2–4 часа. Катетер удаляли на 1–4-е сутки после операции. Ввиду того, что по передней поверхности простаты объём железистой ткани минимален борозду на 12 часах мы расширяли в стороны до 11 и 13 часов, что помогало при проведении энуклеации в этом отделе. Проведён анализ результатов лечения больных в группе с TURis (1 группа) и TUEB (2 группа). В 1 группе возраст пациентов был 70,9 ± 7,3 лет, а в группе больных которым была выполнена TUEB 69,7 ± 7,0 лет без достоверного различия. В возрасте более 70 лет было 63 больных из них 9 были старше 80 лет.

Полученные результаты. Объем удаленной ДГПЖ в 1-й группе составил 49,9 ± 15,8 см^3, а во второй 104,4 ± 32,7 ($P < 0,05$). О радикальности операции судили по эндоскопической картине и сравнении массы резецируемой ткани и данными УЗИ.

Время затраченное на операцию достоверно отличалось и составило 66,8 ± 25,5 мин и 125,3 ± 27,0 мин соответственно ($P < 0,05$). Объем удаляемой ткани за 1 минуту составил 1,1 г в 1-й группе и 1,5 г во второй.

Послеоперационных осложнений в 1-й группе было 5:3 стриктуры уретры, которые были устранены путём бужирования, 1 острая задержка мочи с восстановлением мочеиспускания после однократной катетеризации мочевого пузыря и 1 ортостатическое недержание мочи – с положительной динамикой после 6-месячной терапии. Во 2 группе послеоперационных осложнений было 4 из них – 2 стриктуры уретры купированные бужированием, 1 ортостатическое недержание мочи (объем удаленной

железы 160 см^3) – в настоящее время больной получает терапию, 1 послеоперационное кровотечение на 9 сутки после операции, на 4 сутки после выписки из стационара (объем удаленной ткани 100 см^3). После отмывания сгустков и катетеризации мочевого пузыря с орошением физиологическим раствором и проводимой гемостатической терапии пациент выписан с выздоровлением.

Таким образом, биполярная ТУР простаты в физиологическом растворе является эффективным и безопасным методом лечения ДГПЖ, а высокая клиническая эффективность TUEB при доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров подтверждает необходимость его широкого внедрения в урологическую практику и значительно расширяет возможности уролога и улучшает качество жизни пациентов с данным заболеванием.

Список литературы

1. Багаев А.И. Трансуретральная резекция предстательной железы при гиперплазии (ошибки, опасности, осложнения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – С. 5–7.

2. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1999. – С. 216.

3. Синдром водной интоксикации организма («ТУР – синдром») / А.Г. Мартов и соавт. // Урология. – 1999. – № 4. – С. 44–49.

4. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М., 1997. – С. 144.

5. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. – Л.: Медицина, 1989.

6. Ошибки и осложнения трансуретральной резекции предстательной железы при аденоме / Н.Ф. Сергиенко, А.И. Бегаев, М.И. Васильченко, О.И. Братчиков. – М., 2007. – С. 115.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Научные исследования высшей школы по приоритетным направлениям науки и техники», на борту круизного лайнера MSC «Musica» Италия-Греция-Хорватия-Италия, 10-17 июня 2012 г. Поступила в редакцию 17.05.2012.

В журнале Российской Академии Естествознания «Международный журнал экспериментального образования» публикуются:

1) обзорные статьи;
2) теоретические статьи;
3) краткие сообщения;
4) материалы конференций (тезисы докладов), (правила оформления указываются в информационных буклетах по конференциям);
5) методические разработки.

Разделы журнала (или специальные выпуски) соответствуют направлениям работы соответствующих секций Академии естествознания. В направительном письме указывается раздел журнала (специальный выпуск), в котором желательна публикация представленной статьи.

1. Физико-математические науки 2. Химические науки 3. Биологические науки 4. Геолого-минералогические науки 5. Технические науки 6. Сельскохозяйственные науки 7. Географические науки 8. Педагогические науки 9. Медицинские науки 10. Фармацевтические науки 11. Ветеринарные науки 12. Психологические науки 13. Санитарный и эпидемиологический надзор 14. Экономические науки 15. Философия 16. Регионоведение 17. Проблемы развития ноосферы 18. Экология животных 19. Экология и здоровье населения 20. Культура и искусство 21. Экологические технологии 22. Юридические науки 23. Филологические науки 24. Исторические науки.

Редакция журнала просит авторов при направлении статей в печать руководствоваться изложенными ниже правилами. *Работы, присланные без соблюдения перечисленных правил, возвращаются авторам без рассмотрения.*

СТАТЬИ

1. В структуру статьи должны входить: введение (краткое), цель исследования, материал и методы исследования, результаты исследования и их обсуждение, выводы или заключение, список литературы.

2. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком и вставляется в текст после абзаца с первой ссылкой на нее.

3. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 5 рисунков). Каждый рисунок должен иметь подпись (под рисунком), в которой дается объяснение всех его элементов. Для построения графиков и диаграмм следует использовать программу Microsoft Office Excel. Каждый рисунок вставляется в текст как объект Microsoft Office Excel.

4. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список литературы для оригинальной статьи – не более 10 источников. Список литературы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы и оформляется в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008.

5. Объем статьи 5–8 страниц А4 формата (1 страница – 2000 знаков, шрифт 12 Times New Roman, интервал – 1,5; поля: слева, справа, верх, низ – 2 см), включая таблицы, схемы, рисунки и список литературы. При превышении количества страниц необходимо произвести доплату.

6. При предъявлении статьи необходимо сообщать индексы статьи (УДК) по таблицам Универсальной десятичной классификации, имеющейся в библиотеках.

7. К рукописи должен быть приложен краткий реферат (резюме) статьи на русском и английском языках.

Реферат объемом до 10 строк должен кратко излагать предмет статьи и основные содержащиеся в ней результаты.

Реферат подготавливается на русском и английском языках.

Используемый шрифт – курсив, размер шрифта – 10 пт.

Реферат на английском языке должен в начале текста содержать заголовок (название) статьи, инициалы и фамилии авторов также на английском языке.

8. Обязательное указание места работы всех авторов, их должностей и контактной информации.

9. Наличие ключевых слов для каждой публикации.

10. Указывается шифр основной специальности, по которой выполнена данная работа.

11. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование статей.

12. Статья должна быть набрана на компьютере в программе Microsoft Office Word в одном файле.

13. В редакцию по электронной почте **edition@rae.ru** необходимо предоставить публикуемые материалы, сопроводительное письмо и копию платежного документа.