

лективный блокатор α -1-адренорецепторов) 1 капсула 1 раз в сутки в течение не менее 2 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов исследования было установлено, что препарат Грасулан, назначаемый в течение 60 дней, положительно влияет уже в первые месяцы лечения как на субъективные, так и на объективные симптомы ДГПЖ. Препарат существенно уменьшает выраженность клинических проявлений заболевания (средний балл симптоматики по шкале IPSS к концу лечения снижался на 5,1 балла – с $16,9 \pm 2,1$ до $11,8 \pm 1,9$ балла) и улучшает качество жизни (QoL). Отмечена выраженная положительная динамика показателей урофлоуметрии (максимальная скорость потока мочи (Q_{max}) после лечения возросла на $4,3$ мл/с – с $8,6 \pm 0,9$ до $12,9 \pm 0,4$ мл/с). У больных с ДГПЖ на фоне

не лечения Грасуланом значительно снижалось количество остаточной мочи (с $118,5 \pm 12,9$ мл до $53,8 \pm 9,7$ мл к концу лечения), выявлено также умеренное снижение среднего объема ПЖ ($48,7 \pm 5,9$ см³ до начала терапии и $44,8 \pm 3,9$ см³ к концу лечения). Благодаря своей высокой селективности препарат не вызывал клинически значимого снижения артериального давления.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать препарат Грасулан как уроселективный блокатор α -1-адренорецепторов для применения у больных с ДГПЖ с умеренно выраженными симптомами заболевания (IPSS – 8–19 баллов). Препарат целесообразно назначать не менее 2 мес непрерывно. Именно этот срок лечения позволяет существенно повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни и уменьшить объем ПЖ.

Частота почечных хирургических осложнений при аденомэктомии предстательной железы в зависимости от способа гемостаза

З.Р. Шодмонова, Р.Р. Гафаров, Б.Т. Ишмурадов
Самаркандский медицинский институт

Хорошо известно, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – это урологическое заболевание мужчин пожилого и старческого возраста. По данным ООН численность населения в возрасте старше 60 лет к началу XXI века возросла более чем в 3 раза, в силу чего прослеживается тенденция к увеличению продолжительности жизни мужского населения и увеличения доли мужчин старших возрастных групп. Все это придает проблеме высокую социальную значимость. Доля пациентов, нуждающихся в оперативном лечении, несмотря на все многообразие средств медикаментозной терапии, все еще остается на высоких цифрах. Кроме того, существует большой арсенал трансуретральных методов лечения, которые, однако, не всегда предпочтительнее традиционных открытых операций, в частности, чреспузырной аденомэктомии предстательной железы (ПЖ).

Возникающие после открытой аденомэктомии ПЖ осложнения, по данным разных авторов, составляют от 8,8% до 40%. Среди этих осложнений особое место занимают почечные хирургические осложнения.

Оперативное лечение геронтологической группы урологических больных имеет ряд особенностей, связанных со снижением адаптационных механизмов организма, сопутствующими патологическими изменениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличием пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Более 50% операций у больных пожилого и старческого возраста составляет аденомэктомия ПЖ.

Н.А. Лопаткин (1982) подразделил осложнения аденомэктомии на 3 группы: 1-я – инфекционно-аллергические; 2-я – функциональные; 3-я – органические. Данная классификация может быть применена и в отношении почечных осложнений. Пиелонефрит и почечная недостаточность при аденоме ПЖ занимают ведущее место среди причин летальных исходов. Актуальным является не только выявление и устранение периоперационных почечных хирургических осложнений при аденомэктомии, но и прогнозирование их исходов.

Цель исследования: изучение особенностей почечных хирургических осложнений в интра- и послеоперационный периоды в зависимости от метода гемостаза ложа аденомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование почечных хирургических осложнений у 80 больных после аденомэктомии ПЖ. Все больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – больные, которым выполнена аденомэктомия с тампонирующим ложа (n=22); 2-я группа – с ушиванием ложа (n=12); 3-я группа – с низведением шейки мочевого пузыря (n=26) и 4-я группа – с применением 10% настоя лагохилуса в качестве гемостатика (n=20). Все возникшие почечные хирургические осложнения в соответствии с адаптированной классификацией хирургических осложнений Р.А. Clavien и D. Dindo (2004) распределены на 5 степеней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Количество почечных хирургических осложнений у больных 1-й группы составило: I степень – 3 (3,7%), II степень – 1 (1,2%), III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 1 (1,2%). Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии у больных 2-й группы: I степень – 2 (2,5%), II степень – 2 (2,5%), III степень – 0, IV степень – 1 (1,2%), V степень – 1 (1,2%). У больных 3-й группы: I степень – 2 (2,5%), II степень – 1 (1,2%), III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 0. У больных 4-й группы после аденомэктомии с местным применением лагохилуса: I степень – 1 (1,2%), II степень – 0, III степень – 0, IV степень – 0, V степень – 0.

ВЫВОДЫ

Таким образом, больше всего осложнений после открытой аденомэктомии наблюдается при тампонировании и ушивании ложа аденомы и меньше при наложении съемных швов. Возникновение интра- и послеоперационных осложнений сводится к минимуму при обработке ложа 10% настоем лагохилуса опьяняющего, что дает основание рекомендовать его в качестве эффективного гемостатического средства. Использование классификации хирургических осложнений, предложенной Р.А. Clavien и D. Dindo, позволяет своевременно выявлять, группировать и эффективно устранять возникающие почечные хирургические осложнения при операциях на предстательной железе.