

ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

А.М. Сытенко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины»

Лазерные технологии — абляция и энуклеация активно используются в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Клинические наблюдения дают основания полагать, что проведение ЛВП чаще чем ТУРПЖ ассоциируется с развитием дизурии.

Цель исследования: оценить эффективность, частоту и характер осложнений при проведении ЛВПЖ пациентам, с симптомами инфравезикальной обструкции, обусловленной ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный (спустя 10 месяцев) анализ результатов 48 процедур ЛВПЖ на аппарате Гринлайт НРS, длина волны 532 нм, мощность 80 Вт. Урологическое обследование включало опрос по анкете IPSS, трансабдоминальное УЗИ мочевого пузыря и ПЖ с определением

остаточной мочи, урофлоуметрическое исследование (УФИ), определение ПСА, микроскопическое и культуральное исследование мочи, мультифокальная пункционная биопсия ПЖ при ПСА > 10 нг/мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде были зарегистрированы следующие осложнения ЛВПЖ: макро-, микрогематурия — 100%, дизурия — 98%, боль в ПЖ — 30%, острая задержка мочи — 2%.

ВЫВОДЫ

Использование ЛВПЖ (длина волны 532 нм) ассоциируется с частым возникновением в послеоперационном периоде гематурии, дизурии и простатической боли. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации метода.

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.И. Ухаль

Одесский национальный медицинский университет

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — тяжелое расстройство мочеиспускания, которое встречается у 52–80% мужчин с инфравезикальной обструкцией у больных с гиперплазией предстательной железы. Несмотря на клиническую взаимосвязь гиперплазии предстательной железы (ГПЖ) и гиперактивного мочевого пузыря, успешная в техническом плане операция по удалению гиперплазированных тканей предстательной железы у 38–40% пациентов симптомы гиперактивного мочевого пузыря сохра-

няются и после оперативного вмешательства. Одним из причинных факторов этого являются изменения в мышце мочевого пузыря, которые возникают на фоне длительно существующего препятствия оттоку мочи. Эти изменения заключаются в нарушении кровообращения и иннервации мышцы мочевого пузыря. Другой группой факторов являются нарушения функции шейки мочевого пузыря и мышц тазового дна вследствие изменений со стороны нервной системы.

Цель исследования: повысить эффективность оперативного лечения больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, путем применения комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП у этих пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены у 38 больных с ГПЗ, осложненной развитием ГАМП. Возраст больных от 66 до 79 лет. Длительность заболевания от 3 до 6 лет. Среди сопутствующих заболеваний наблюдались хронический простатит — у 81,6% больных, артериальная гипертензия — у 57,9% пациентов, компенсированный сахарный диабет 2-го типа — 31,6 % больных. У всех больных гиперплазированные ткани предстательной железы удаляли путем трансуретральной электро-резекции (ТУР) под спинно-мозговой анестезией. Исследуемые больные были разделены на две равноценные группы. В первую группу (20 человек) вошли больные, которым в послеоперационном периоде проводилось традиционное медикаментозное лечение (антибиотики, анальгетики и инфузионная терапия). Во вторую группу вошли 18 больных, которым кроме традиционной медикаментозной терапии назначали патогенетическую терапию с учетом патогенеза ГАМП у пациентов с ГПЗ. Медикаментозную патогенетическую терапию начинали с третьего дня после ТУР гиперплазированных тканей с применением α -адреноблокаторов (Омник или Омник ОКАС по 1 капсуле 30 дней), препаратов с антихолинергической активностью (Везикар или Уротол по 1 капсуле 30 дней), препаратов, улучшающих ковообращение в мышцах

мочевого пузыря и тазового дна путем активации оксида азота (NO) — Сиалис (по 20 мг через каждые 36 часов 10 приемов на курс лечения), а также комплексный фитопрепарат Канефрон Н (по 2 капсулы 3 раза в сутки в течении 60 дней).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний послеоперационный период (первые 5 дней) у больных первой и второй групп в целом протекал гладко. После удаления на 4–5-е сутки после операции уретральных дренажей выраженные клинические проявления ГАМП отмечались практически у всех больных первой и второй групп. На 30-е сутки после операции клинические проявления ГАМП у больных первой группы отмечались у 40% больных, а на 60-е сутки — у 25% пациентов. У больных второй группы с применением комплексного медикаментозного лечения с учетом патогенеза ГАМП на 30-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинические проявления ГАМП отмечались у 11,1% пациентов. На 60-е сутки после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы клинических проявлений ГАМП у больных второй группы не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Применения комплексного патогенетически ориентированного медикаментозного лечения у больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной развитием гиперактивного мочевого пузыря, после ТУР-гиперплазированных тканей предстательной железы, является эффективным и может быть рекомендованным для внедрения в клиническую практику.

ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА Н В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

М.И. Ухаль, О.И. Маломуж, Е.М. Ухаль, Ю.Н. Лунга

Одесский национальный медицинский университет

Персистенция бактерий в почках и мочевых путях представляет одну из наиболее трудных проблем успешного лечения инфекционного воспалительного процесса в этих органах.

Это связано с отсутствием защитных противинфекционных механизмов на искусственных материалах (катетеры, дренажи, камни, протезы и т.д.), а также с адгезией микроорганизмов и со-