

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО–РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.678

На правах рукописи
УДК 616.65-007.61-006.5-089.87:616-005.755-037-084

Боталаев Бактыбек Апазович

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА
ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
АДЕНОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.01.23 – урология

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2024

Работа выполнена на кафедре урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М.Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Усупбаев Акылбек Чолпонкулович**
Член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и андрологии до и последипломного обучения им. М. Т. Тыналиева Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева,

**Официальные
оппоненты:**

Ведущая организация:

Защита состоится _____ 2025 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.678 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, 2 этаж, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте: <https://vak.kg/wp-content/uploads/2023/06/Dissertaciya-Akylbek-Sultan-NAK.pdf>

Автореферат разослан _____ 2024 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

Оскон уулу Айбек

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у мужчин старшей возрастной группы, в связи с чем приобрела статус медико-социальной проблемы [S. Zhao et al. 2016; А. Е. Соколов, 2017; В. Г. Адащик и соавт., 2018]. Социальная значимость и актуальность проблемы подчеркивается демографическими исследованиями ВОЗ, свидетельствующими о значительном росте населения планеты в возрасте старше 60 лет, темпы которого существенно опережают рост населения в целом [О. И. Аполихин и соавт., 2011; С. П. Даренков и соавт., 2013]. Данная закономерность характерна и для нашей страны [А. Ч. Усупбаев и соавт., 2016].

Основным методом лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является хирургический, который радикально уменьшает симптоматику и улучшает уродинамические нарушения [А. Т. Мустафаев и соавт., 2019].

Хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы сопряжено с рядом технических сложностей и осложнений в виде интраоперационной и послеоперационной кровопотери в 10-35% случаев, что требует разработки технических приемов, направленных на их минимизацию [З. А. Кадыров и соавт., 2013; Р. Л. Устенко, 2013; P. Vanapour et al., 2014; D. Christidis et al., 2017].

Массивные кровотечения являются наиболее частыми ранними осложнениями аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты, которые в 2,9 до 15% случаев требуют переливания компонентов крови и стабилизации гемодинамики, что в конечном итоге, определяет результат операции, длительность пребывания пациентов стационаре и исход заболевания, а также экономические затраты на лечение [М. Li et al., 2015; В. Г. Адащик и соавт., 2018].

Существует значительное количество методов гемостаза, гемостатических средств и способов их применения, что требует прицельных анатомических исследований кровеносного русла простаты, а также разработки эффективных способов профилактики геморрагических осложнений [А. В. Петряев и соавт., 2017; С. В. Шкодкин и соавт., 2018].

Следует отметить, что на фоне повсеместного применения гемостатических препаратов участились тромбоэмболические осложнения [Х. Я. Каримов и соавт., 2011]. В связи с этим, в послеоперационном периоде у всех больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы необходим тщательный мониторинг исследования системы гемостаза, и коррекция ее нарушений назначением антикоагулянтов [Ш. А. Аллазов и соавт., 2013].

Введение в терапию профилактики и лечения в виде низкомолекулярных гепаринов, способствует минимизации тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде [Н. П. Истомин, Ю. В. Иванов и соавт., 2013], но каковы результаты его применения у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии, еще остаются неизученными. Также не определена оптимальная его дозировка и сроки

применения у этой же категории лиц.

Связь темы диссертации с крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования. Снизить риск развития тромбогеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции на основе разработанного способа гемостаза и применения низкомолекулярных гепаринов.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту, характер и прогноз тромбогеморрагических осложнений в до- и послеоперационном периодах у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты.
2. Обосновать значимость разработанного способа гемостаза при чреспузырной аденомэктомии с целью профилактики геморрагических осложнений в ближайшие и отдаленные послеоперационные сроки.
3. Разработать схему введения низкомолекулярных гепаринов для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты.

Научная новизна полученных результатов.

1. Разработан способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии с применением модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты для профилактики тромбогеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сравнении с традиционными методами гемостаза.
2. Проведено комплексное исследование влияния размеров предстательной железы, метода оперативного лечения на изменение кровотока в сосудах простаты и состояние гемостазиограммы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с учетом метода оперативного лечения для прогнозирования тромбогеморрагических осложнений.
3. Оценено прогнозирование развития тромбогеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты в до- и послеоперационном периоде.
4. Определены группы риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в зависимости от метода оперативного лечения.
5. Разработана схема введения низкомолекулярного гепарина с учетом

факторов риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Практическая значимость полученных результатов.

Модифицированный съемный шов на ложе аденомы простаты обеспечивает надежный гемостаз в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, предупреждая развитие тромбгеморрагических осложнений, что позволит применить данный метод для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в практическом здравоохранении.

Разработанная схема применения низкомолекулярного гепарина существенно снижает частоту возникновения тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, что позволит улучшить результаты хирургического лечения после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты, а также снизить число послеоперационных койко-дней.

Комплексный тактический подход к хирургическому лечению больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы обеспечивает сокращение сроков стационарного лечения, уменьшает риски развития тромбгеморрагических осложнений и улучшает качество жизни пациентов.

Разработанные методики внедрены в практику врачей урологов, хирургов, онкологов, гематологов и используются в учебном процессе на курсе урологии для студентов лечебного и педиатрического факультетов Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина, курсантов Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова; клинических ординаторов и аспирантов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Предложенный способ применения модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты после выполнения чреспузырной аденомэктомии снижает риск развития кровотечений в различные сроки послеоперационного периода, что в свою очередь, предупреждает возникновение тромбгеморрагических осложнений, диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и повторного хирургического вмешательства.

2. Использование низкофракционированного гепарина с традиционным подходом в выборе дозировки и сроков применения требует тщательного исследования гемостазиограммы в процессе лечения с индивидуальным подбором и титрованием дозы препарата. Применение низкомолекулярных гепаринов в профилактике и лечении тромбгеморрагических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы оказывает высокий терапевтический эффект, существенно снижает частоту

послеоперационных осложнений и не требует частого мониторинга показателей гемостазиограммы.

3. Отсутствие введения в схему лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы антикоагулянтов существенно повышает риск развития тромбозмболических осложнений и нередко приводит к летальному исходу.

Личный вклад соискателя. Охватывает проведение клинического обследования больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сравнительном аспекте до оперативного лечения и в различные сроки послеоперационного периода, анализ статистической обработки клинического материала. Самостоятельно выполнял оперативные вмешательства (аденомэктомия и трансуретральная резекция простаты) с внедрением в практическую урологию модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты.

Апробации результатов исследования. Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: заседании ассоциации урологов и андрологов Кыргызской Республики (г. Бишкек, 2009, 2013, 2016, 2017), международной конференции молодых ученых «Современные проблемы в урологии» (г. Астана, 2012), межкафедральном заседании урологов Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (г. Бишкек, 2016), международной конференции урологов и андрологов с международным участием, посвященной памяти Ж. С. Мамбетова (г. Бишкек, 2021), международной Кузбасской урологической школы урологов (г. Кемерово, 2022), межрегиональной научно-практической конференции в рамках VI Новосибирской школы урологии «Инновации в хирургическом и медикаментозном лечении урологических и онкоурологических заболеваний», посвященной 50-летию кафедры урологии Новосибирского государственного медицинского университета (г. Новосибирск, 2022), международная научно-практическая конференция, посвящ. 85-летию ОшГУ (г. Ош, 2024).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, из которых 4 статьи в научных изданиях, вошедших в Перечень рецензируемых научно-периодических изданий, рекомендованных Национальной аттестационной комиссии при Президенте Кыргызской Республики, 1 патент Кыргызской Республики на изобретение №2081 «Способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии» от 08.12.2017 г.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 168 страницах компьютерного набора, и состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, 2-х глав собственных исследований, заключения и практических рекомендаций, приложения. Библиографический

показатель включают 200 литературных источников, из них 136 - на русском и 64 – на иностранных языках. Диссертация иллюстрирована 27 таблицами, 21 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении диссертации представлены актуальность исследования, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Современное состояние вопроса оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы и меры профилактики тромбгеморрагических осложнений (обзор литературы)

1.1. Современные взгляды на диагностику и дифференциальную диагностику доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Представлен обзор литературных данных современного состояния эпидемиологии, осложнений, дифференциальной диагностике больных с ДГПЖ с указанием на необходимость использования целого ряда исследований для оценки состояния предстательной железы и, в целом, состояния больного.

1.2. Современные вопросы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В данной подглаве представлена эволюционная классификация хирургических методов лечения ДГПЖ, в том числе, нашедших в настоящее время применение в клинической практике. Указано, что определение показаний к тому или иному виду лечения сводится к соблюдению баланса между эффективностью и уровнем безопасности рассматриваемого метода лечения и преследует цель- восстановление пассажа мочи из нижних мочевыводящих путей.

1.3. Вопросы профилактики послеоперационных осложнений. По данным источников литературы, при чреспузырной аденомэктомии число послеоперационных осложнений достигает около 20-35%, при позадилоной внепузырной аденомэктомии - 4 - 14%, при ТУР - 10 - 20%. Учитывая тяжесть тромбгеморрагических осложнений большинство исследователей указывают на необходимость проведения мер профилактики в дооперационном периоде и особенно в ближайшие сроки после операции [Давидов, М. И., 2007; Истомин Н. П., Ю. В. Иванов, В. В. Иванов и соавт., 2013].

Глава 2. Методология и методы исследования.

2.1. Общая характеристика обследованных больных. Объектом научного исследования явились больные с ДГПЖ, которым проведено оперативное лечение в объеме одномоментной чреспузырной аденомэктомии и ТУРП.

Предмет исследования: изучение методов лечения и профилактики тромбгеморрагических осложнений у пациентов, перенесших аденомэктомию и ТУРП, способствующих обеспечить надежный гемостаз из ложа аденоматозных узлов предстательной железы и предотвратить развитие тромбоземболических осложнений.

Диссертационное исследование проводилось в соответствии с принципами доказательной медицины. Достоверность научных результатов и выводов

обоснована достаточным объемом выборки исследуемых групп (245 пациентов с ДГПЖ) и использованными современными аналитическими, клиническими, лабораторными и инструментальными методами обследования, а также применением современных прикладных статистических программ.

Материалы проспективного и ретроспективного исследования представлены историями болезни и амбулаторными картами пациентов с ДГПЖ, оперированными методами чреспузырной аденомэктомии и ТУРП, которые проходили стационарное лечение на базе Республиканского Научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2010 по 2020 годы.

С целью реализации поставленной цели и задач исследования все больные с ДГПЖ распределены на три клинические группы:

- в первую группу (основную) включены 82 (33,5%) пациента, оперированных методом чреспузырной аденомэктомии с наложением модифицированного съемного шва на ложе аденоматозных узлов предстательной железы;

- во вторую (контрольную группу «А») группу включены 88 (35,9%) пациентов, оперированных методом чреспузырной аденомэктомии с наложением традиционного съемного шва на ложе аденоматозных узлов предстательной железы (по М. Т. Тыналиеву и В. Н. Евсюкову);

- в третью (контрольную «Б») группу включены 75 (30,6%) пациентов, оперированных методом ТУРП.

Наиболее часто больные с ДГПЖ поступали на оперативное лечение с давностью заболевания от 1 до 2-х лет (26,1%), а также от 2 до 3-х лет (18,0%) или сразу при первичном обращении (18,0%).

У 126 (51,4±3,1%) пациентов, поступившие по линии неотложной урологии выявлена клиника ОЗМ, у 17 (6,9±1,6%) - макрогематурия, у 9 (3,7±1,2%) – тампонада мочевого пузыря, $p>0,05$. На фоне ИВО у 54 (22,0±2,6%) больных были обнаружены вторичные камни мочевого пузыря, у 118 (48,2±3,1%) – ложные дивертикулы, $p<0,001$, у 47 (19,2±2,5%) – уретерогидронефроз, связанный с пузырно-почечными рефлюксами, $p<0,001$, у 35 (14,3±2,2%) - ХПН 1-2 стадии, $p<0,001$, у 28 (11,4±2,0%) - рецидив ДГПЖ, $p>0,05$.

У исследуемых больных с ДГПЖ выявлена закономерность в превалировании сопутствующих заболеваний, являющихся факторами риска развития тромбэмболических осложнений. У 102 (60,0%) больных вышеуказанные заболевания наблюдались изолированно друг от друга, у 68 (40,0%) - имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний, отягощающих течение клинической картины ДГПЖ. Учитывая возрастные критерии пациентов и распространенность патологий сердечно-сосудистой системы у 245 больных с ДГПЖ отмечено превалирование симптомов КБС в 56,3±3,1% случаев и ГБ - в 46,1±3,1%, $p>0,05$, хронического геморроя – в 31,5±3,0%, $p>0,05$, сахарного диабета – в 28,9±2,8%, $p>0,05$, тромбоза вен нижних конечностей – в 21,6±2,6%, $p>0,05$, ожирения – в 17,1±2,4%, $p>0,05$. Нарушение реологических свойств крови у пациентов с ДГПЖ наблюдались при хроническом расширении геморроидальных вен до 9,3±1,8% (n=23) наблюдений, тромбоза вен нижних

конечностей - до $9,8\pm 1,8\%$ ($n=24$), сахарном диабете – до $10,8\pm\%$, ГБ – до $15,3\%$, КБС – до $18,6\%$. При сочетании сердечно-сосудистых патологий риск развития тромбозомболических осложнений увеличивается до $35,9\%$ случаев.

При увеличении размеров предстательной железы в $25,3\pm 2,7\%$ случаев имело место развитие гиперкоагуляционных сдвигов в системе гемостаза.

2.2 Характеристика методов исследования. Верификация клинического диагноза у больных с ДГПЖ была основана на использовании методов обследования, принятых в РНЦУ НГ при МЗ КР согласно клиническим протоколам исследования в КР (2014-2019 гг.) и клиническим протоколам Guidelines EAU (2015-2020 гг.).

Клиническое обследование проводилось с учетом возраста, жалоб и анамнеза больного, общеклинических и лабораторных методов диагностики, объективного статуса, лучевых и уродинамических методов исследования, а также дополнительных специфических методов с использованием тест-анкет (опросников), дневников мочеиспускания и шкал оценки простатических симптомов. Обследование больных проводилось: при поступлении; в процессе предоперационной подготовки; в раннем и позднем послеоперационном периоде на 1-3-5-7 сутки при нахождении больных в стационаре; в отдаленные сроки послеоперационного периода через 1-6-12 месяцев и 2-3 года при амбулаторном наблюдении.

2.3 Характеристика хирургических методов лечения больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Проспективный этап исследования заключался в клиническом наблюдении за 245 пациентами с ДГПЖ, которым произведено хирургическое лечение в объеме одномоментной чреспузырной аденомэктомии - 144 ($58,8\pm 3,1\%$), отсроченной чреспузырной аденомэктомии – 26 ($10,6\pm 1,9\%$), ТУРП – 75 ($30,6\pm 2,9\%$), $p < 0,001$. Из 170 ($69,4\pm 2,9\%$) лиц, оперированных методами чреспузырной аденомэктомии, у 82 ($33,5\pm 3,0\%$) применим гемостаз по модифицированному способу, у 88 ($35,9\pm 3,0\%$) - с наложением традиционного съемного шва на ложе аденоматозных узлов предстательной железы по М. Т. Тыналиеву и В. Н. Евсюкову, применяемому в РНЦУ НГ при МЗ КР с 1995 года (патент АС №1161090), $p > 0,05$.

Обосновано что модифицированный метод гемостаза предупреждал возникновение тромбгеморрагических осложнений при одномоментной чреспузырной аденомэктомии и способствовал быстрому клиническому восстановлению и выздоровлению пациента.

Ход операции: при одномоментной чреспузырной аденомэктомии путем обнажения и вскрытия передней стенки мочевого пузыря бимануально вылущивались аденоматозные узлы простаты, на место ложа накладывался съемный кисетный шов с последующей установкой силиконово-латексного баллонного уретрального катетера Фолея Fh 22-24, раздутого до $40-45\text{ см}^3$, а при послеоперационных кровотечениях - до 60 см^3 с одновременной установкой дополнительной полиуретановой трубки Fh 4-6 и их совместным выведением по уретре. При этом, этой же нитью катетер прошивался ниже и

контрлатерально хода баллончика, захлест петли шва фиксировал полиуретановую трубку (рисунки 1, 2). Свободный конец шва дополнительно фиксировал катетер и трубку друг к другу, оба конца завязывали. Далее катетер погружался в ложе аденомы простаты. Натяжение дренажей осуществлялось до верхней трети голени и снималось через 6 часов после операции. При удалении полиуретановой трубки на 2-е сутки одновременно распускался съемный шов, при этом баллончик уретрального катетера за счет своей площади давления осуществлял дополнительный гемостаз путем тампонирования раны и, находясь в зоне наложения шва, не препятствовал естественному сокращению ложа аденомы простаты. Через контрапертуру устанавливался эпицистостомический поливиниловый дренаж с последующим ушиванием дефекта мочевого пузыря двурядным кيسетным швом. Уретральный катетер удалялся на 5-6-е сутки после операции.

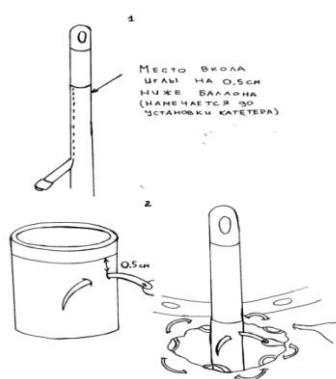


Рисунок 1. Прошивание катетера ниже и латерально от уровня баллончика.

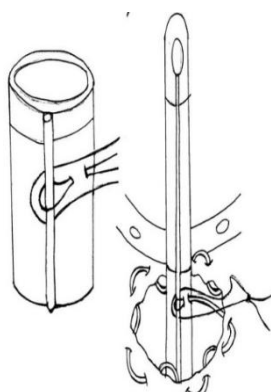


Рисунок 2. Этапы установки проводника и фиксация полиуретановой трубки с «захлестом» петли шва.

Разработанный способ дополнительного гемостаза при чреспузырной аденомэктомии имеет ряд преимуществ: позволяет предотвратить и значительно уменьшить риск тромбгеморрагических осложнений в послеоперационном периоде; раздутый до 40-45см³ (при кровотечениях до 60 см³) баллончик уретрального катетера тампонирует зону наложения шва до 2-3-5 суток с компрессией ложа аденомы простаты, способствуя профилактике

развития послеоперационных кровотечений, которые имеют максимальную частоту развития к 3-5 суткам после аденомэктомии.

При данном способе гемостаза нет необходимости дополнительно фиксировать уретральный катетер к крайней плоти полового члена во избежание воспалительных осложнений (баланитов, баланопоститов); размер силиконово-латексных баллонных катетеров может варьировать от F18 до 24, они более эластичны и менее травматичны, чем поливиниловые и полиуретановые дренажи, которые применяются при наложении классических съемных швов на ложе аденомы простаты; при натяжении дренажей в послеоперационном периоде не происходит прорезывания нитей и надрыва слизистой оболочки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала за счет увеличения площади давления раздутого баллончика катетера на зону наложения швов.

2.4 Статистическая обработка полученных результатов. При обработке результатов использовались как параметрические, так и непараметрические методы. Анализ двух независимых выборок и зависимых (парных) выборок проводился на основании критерия Стьюдента (t) с определением уровня значимости p критерия. Так, если уровень $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, то достоверность статистически значимая, если $p > 0,05$, то результат считался статистически не значимым.

Глава 3. Клинические результаты собственных исследований у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и их обсуждение.

3.1. Сравнительная характеристика общеклинических результатов исследования. По данным анкетирования пациентов с ДГПЖ по шкалам IPSS, ПЕФ, AMS, QOL, заполнении дневников мочеиспускания выявлены обструктивные и ирритативные симптомы практически у всех исследуемых лиц. До оперативного лечения во всех группах сравнения, вышеуказанные симптомы не имели достоверного различия, $p > 0,05$.

Анализ сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с ДГПЖ оценен во всех группах сравнения. Случаи коронарной болезни сердца, чаще встречались в контрольной группе «А» ($19,6 \pm 2,5\%$) и основной группе ($18,8 \pm 2,4$), чем в контрольной группе «Б» ($18,0 \pm 2,4$), $p > 0,05$. Случаи гипертонической болезни встречались во всех группах почти с одинаковой частотой ($15,5 \pm 2,3\%$; $15,1 \pm 2,2\%$ и $15,5 \pm 2,3\%$), $p > 0,05$. Хронический геморрой был отмечен чаще у пациентов группы «Б» ($12,2 \pm 2,0\%$), чем в основной группе и группе «А» по $11,4 \pm 2,0\%$ случаев, $p > 0,05$. Сахарный диабет был больше всего в группе «Б» ($11,4 \pm 2,0\%$), чем в основной группе ($9,8 \pm 1,8\%$) и группе «А» ($7,8 \pm 1,7\%$), $p > 0,05$. Тромбофлебит нижних конечностей наблюдался почти с одинаковой частотой в группе «А» ($7,8 \pm 1,7\%$) и «Б» ($7,3 \pm 1,6\%$) по сравнению с основной группой ($6,5 \pm 1,5\%$), $p > 0,05$. Ожирением страдали чаще пациенты группы «Б» ($6,1 \pm 1,5\%$) и группы «А» ($5,3 \pm 1,4\%$) нежели пациенты основной группы ($5,7 \pm 1,7\%$), $p > 0,05$.

Тем самым, во всех группах сравнения имелись равнозначные симптомы

и заболевания, которые могли явиться пусковым механизмом для развития гемокоагуляционных нарушений и инфекционно-воспалительных состояний, способных привести к возникновению тромбозомболических, геморрагических и воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, независимо от выбора метода оперативного лечения.

3.2 Сравнительные критерии лабораторно-инструментальных методов исследования.

При изучении гемограммы у пациентов с ДГПЖ отмечены нарушения реологических свойств крови либо с тенденцией к гиперкоагуляции, либо находились на пограничном уровне.

У пациентов с ДГПЖ во всех группах сравнения выявлены пограничные показатели ПТИ ($120,81 \pm 2,78\%$, $119,17 \pm 2,05\%$, $p < 0,001$, и $116,22 \pm 2,56$ соответственно, $p > 0,05$). У пациентов основной и контрольной «А» группы отмечено снижение уровня АЧТВ ($30,12 \pm 2,88$ сек и $30,47 \pm 2,37$ сек), $p < 0,001$, повышение фибриногена крови ($4,26 \pm 0,15$ г/л; $4,11 \pm 0,04$ г/л), $p > 0,05$, и пограничные значения РФМК ($4,01 \pm 0,18$ мг/100мл и $4,09 \pm 0,25$ мг/100мл), $p < 0,001$, по сравнению с контрольной «Б» группой ($34,31 \pm 2,13$ сек., $p < 0,001$; $3,88 \pm 0,21$ г/л, $p > 0,05$; $3,18 \pm 0,21$ мг/100мл, $p > 0,05$).

Из 172 ($70,2 \pm 2,9\%$) пациентов с ДГПЖ при нормокоагуляционных показателях крови у 98 ($40,0 \pm 3,1\%$) выявлены пограничные изменения в сторону гиперкоагуляционных сдвигов, $p < 0,001$. У 62 ($25,3 \pm 2,7\%$) больных наблюдались достоверные процессы гиперкоагуляции крови, у 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) – гипокоагуляционные сдвиги, $p < 0,001$.

Цифровые значения адгезии тромбоцитов у 62 ($25,3 \pm 2,7\%$) пациентов с ДГПЖ превышали норму ($52,2 \pm 1,32\%$), у 177 ($72,2 \pm 2,8\%$) выявлена нормокоагуляция ($42,8 \pm 1,68\%$), у 6 ($2,4 \pm 0,9\%$) – гипокоагуляция ($19,1 \pm 1,22\%$), $p < 0,001$. Показатели агрегации тромбоцитов у 52 ($21,2 \pm 2,6\%$) больных превышали показатели нормы ($37,1 \pm 2,11$ сек), у 182 ($74,3 \pm 2,8\%$) выявлена нормокоагуляция ($29,5 \pm 1,81$ сек), у 5 ($2,0 \pm 0,8\%$) – гипокоагуляция ($18,1 \pm 2,14$ сек), $p < 0,001$.

Таким образом, при поступлении в стационар у $25,3 \pm 2,7\%$ пациентов с ДГПЖ имелись нарушения свертывающей системы крови, которые могли явиться пусковым механизмом к возникновению тромбозомболических осложнений в послеоперационном периоде.

При оценке данных уродинамики из НМВП у всех пациентов с ДГПЖ выявлен обструктивный тип мочеиспускания, связанный с ИВО. При этом, у 138 ($56,3 \pm 3,1\%$) лиц выявлено уменьшение максимальной скорости потока мочи от $9,5 \pm 1,24$ до $10,4 \pm 1,56$ мл/сек, $p < 0,01$, у 134 ($54,7 \pm 3,1\%$) - удлинение времени мочеиспускания от $34,6 \pm 2,45$ до $36,8 \pm 3,21$ сек при объеме мочевого пузыря более 300 мл., $p < 0,001$. Объем мочевого пузыря был больше в основной группе ($368,8 \pm 25,7$ мл), чем в группе «А» ($327,3 \pm 26,5$ мл), $p > 0,05$, и группе «Б» ($320,8 \pm 7,4$ мл), $p < 0,001$.

При проведении ТРУЗИ с УЗДГ сосудов предстательной железы у всех (100%) больных ДГПЖ в узлах гиперплазии был выявлен усиленный сосудистый рисунок кровотока в региональных артериях и венах, а также

имелась прямая корреляционная зависимость кровотока в сосудах предстательной железы от размера аденоматозных узлов и степени ИВО. Т.е. чем больше регистрировался объем простаты по данным ТРУЗИ и чем выраженнее наблюдались симптомы НМВП, тем чаще преобладали изменения гемодинамических параметров в сосудах простаты ($r_{xy} = +0,73$) (рисунок 3).

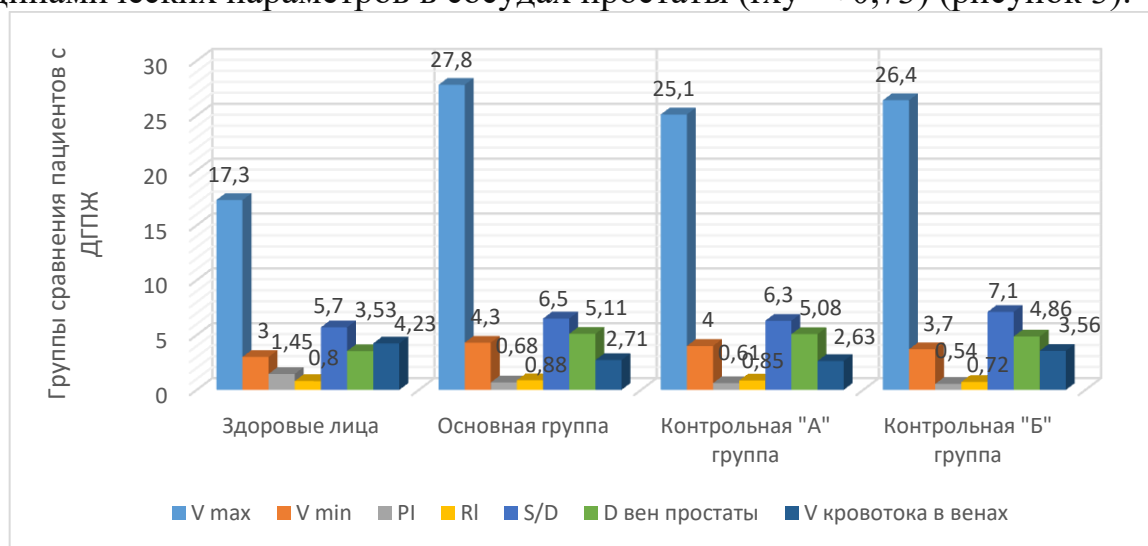


Рисунок 3.2.1 Распределение показателей венозного кровотока в предстательной железе у пациентов с ДГПЖ в группах сравнения.

Таким образом, при оценке нарушения уродинамики из МВП по данным УЗИ (ТРУЗИ) отмечена достоверная связь с объемом предстательной железы, степенью выраженности симптомов ИВО, а также присоединением вторичных осложнений со стороны верхних и нижних МВП ($r_{xy} = +0,71$) (таблица 2).

Таблица 2 – Средние параметры НМВП у пациентов с ДГПЖ в группах сравнения по данным ТРУЗИ

№ пп	ТРУЗИ-критерии	Группа больных						p
		основная группа ¹ n=82		контрольная группа				
		M±σ	±m	группа «А» ² n=88		группа «Б» ³ n=75		
		M±σ	±m	M±σ	±m			
1	Объем предстательной железы, см ³	90,15 ±17,25	1,1	92,08 ±14,48	0,9	74,34 ±10,76	0,6	p _{1,2} <0,001 p _{1,3} <0,001 p _{2,3} <0,001
2	Объем узла гиперплазии, см ³	30,41 ±7,78	0,4	31,12 ±7,25	0,4	23,67 ±8,23	0,5	p _{1,2} >0,05 p _{1,3} <0,001 p _{2,3} >0,05
3	Количество остаточной мочи, мл	107,8 ±12,4	0,8	115,4 ±11,8	0,7	96,2 ±14,6	0,9	p _{1,2} >0,05 p _{1,3} <0,01 p _{2,3} <0,001

Примечание: $M \pm \sigma$ – средние параметры НМВП и среднеквадратическое отклонение, $\pm m$ - ошибка репрезентативности, n – число наблюдений, p – достоверность различий, $p > 0,05$ – вероятность безошибочного прогноза менее 95,0%, $p < 0,01$ - вероятность безошибочного прогноза менее 99,0%, $p < 0,001$ - вероятность безошибочного прогноза менее 99,9%.

Глава 4. Результаты лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

4.1. Результаты оперативного лечения. Частота развития кровотечения с оценкой объема интраоперационной кровопотери при аденомэктомии и ТУРП представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Оценка частоты интраоперационных кровотечений и объема кровопотери у пациентов с ДГПЖ в группах сравнения, $n=245$

№ пп	Число пациентов	Частота развития кровотечения		Объем кровопотери, мл
		Абс. число	$P \pm m$	
1	Основная группа ($n=82$)	2	$0,8 \pm 0,5$	150-250
2	Контрольная «А» группа ($n=88$)	10	$4,1 \pm 1,2$	200-500
3	Контрольная «Б» группа ($n=75$)	3	$1,2 \pm 0,7$	30-50
4	Всего	15	$6,1 \pm 1,5$	-

Объем кровопотери во время операции находился в прямой зависимости от метода гемостатического пособия, объема гиперплазированной простаты, тактики оперирующего хирурга. Анализ времени хирургического вмешательства, частоты развития и объема кровотечения указывали на то, что в системе гемостаза при аденомэктомии и ТУРП наряду с кровопотерей происходят сдвиги, характерные в последующем для гиперкоагуляции крови с ощутимой хирургической травмой на организм пациента.

Осложнения после аденомэктомии и ТУРП у оперированных больных в ранние послеоперационные сроки (от 1 до 7 дней) наблюдались в $10,7 \pm 1,7$ % случаев (рисунок 4). Инфекционно-воспалительные осложнения выявлены у 44 ($18,0 \pm 2,4$ %) пациентов с ДГПЖ, ХПН – у 35 ($14,3 \pm 2,2$ %), $p > 0,05$, кровотечения из ложа аденомы простаты – у 23 ($9,4 \pm 1,8$ %), $p < 0,001$, гипостатическая пневмония – у 3 ($1,2 \pm 0,7$ %), $p < 0,001$. Наибольший риск развития кровотечений в группах сравнения у 17 ($6,9 \pm 1,6$ %) больных отмечен в первые сутки после операции и у 6 ($2,4 \pm 0,9$ %) - на 4-7 сутки, $p < 0,001$. Массивные кровотечения с тампонадой мочевого пузыря отмечены у 8 ($3,3 \pm 1,1$ %) больных контрольной «А» группы и 4 ($1,6 \pm 0,8$ %) – контрольной «Б» группы, $p > 0,05$. У пациентов основной группы данного рода осложнений не выявлено.

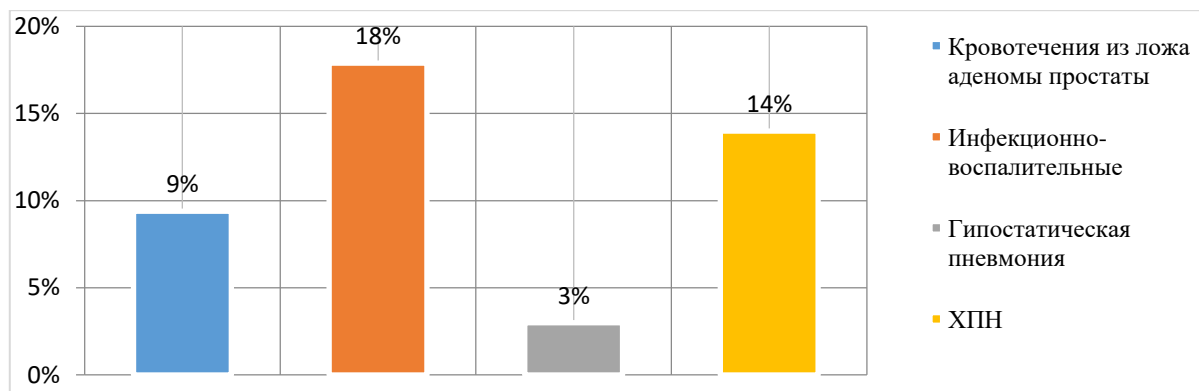


Рисунок 4. Частота послеоперационных осложнений у пациентов с ДГПЖ в ранние послеоперационные сроки (%).

При наличии кровотечения из ложа аденоматозных узлов 9-ти ($3,7 \pm 1,2\%$) пациентам проведено повторное хирургическое вмешательство с целью остановки кровотечения и лигирования кровоточащих сосудов венозного сплетения. У 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) – проведена коррекция натяжения уретрального катетера, назначение гемостатиков и регулирование системы орошения мочевого пузыря, $p > 0,05$.

Повторное оперативное лечение с целью остановки кровотечения проведено 7 ($2,9 \pm 1,0\%$) больным, оперированным методом традиционной аденомэктомии, из них 5 ($2,0 \pm 0,8\%$) – в сроки от 1 до 3х суток и 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) – от 4 до 6 суток, $p > 0,05$; а также 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) пациентам, оперированным методом ТУРП на 1-3 сутки после операции, $p > 0,05$.

У 20 ($8,2 \pm 1,7\%$) лиц, оперированных по модифицированному способу, а также у 28 ($11,4 \pm 2,0\%$) – по традиционному способу и у 18 ($7,3 \pm 1,6\%$) – после ТУРП выявлено уменьшение дизурических расстройств уже через 1 - 4 недели, $p < 0,001$. У 62 ($25,3 \pm 2,7\%$) основной группы, у 60 ($24,5 \pm 2,7\%$) контрольной «А» в эти же сроки послеоперационного периода не было отмечено симптомов расстройства мочеиспускания ($7,2 \pm 3,2$ баллов), $p > 0,05$, что характерно и для отдаленного катамнеза от 1 до 3х лет ($5,3 \pm 3,5$ и $4,9 \pm 3,1$ соответственно).

При анализе уродинамических критериев исследуемых больных в сроки от 1 недели до 1 года выявлено улучшение максимальной скорости потока мочи и уменьшение времени мочеиспускания во всех группах сравнения ($22,8 \pm 2,24$; $20,6 \pm 2,56$; $22,2 \pm 2,34$ мл/сек и $18,2 \pm 3,01$; $19,4 \pm 2,67$ и $17,7 \pm 2,45$ сек), однако у пациентов основной группы отмечено более раннее восстановление уродинамики из НМВП в $9,0 \pm 1,8\%$ ($n=22$) случаев. У 6 ($2,4 \pm 0,9\%$) лиц, оперированных модифицированным методом, у 22 ($9,0 \pm 1,8\%$) - методом традиционной аденомэктомии, $p > 0,05$, у 20 ($8,2 \pm 1,7\%$), $p > 0,05$, после ТУРП через 1-3 года отмечено уменьшение максимальной скорости потока мочи до $15,3 \pm 1,67$; $14,4 \pm 2,15$ и $12,67 \pm 1,34$ мл/сек). Данный факт был связан с развитием рубцово-склеротических процессов и рецидивов ГПЖ в отдаленные сроки послеоперационного периода.

Через 6 месяцев до 3х лет у 4 ($2,4 \pm 0,9\%$) пациентов, оперированных методом модифицированной аденомэктомии, наблюдались симптомы неполного опорожнения мочевого пузыря, вялость струи мочи, из них, задержка мочеиспускания имела место у 2-х ($0,8 \pm 0,5\%$) больных через 1-3 года после

операции, $p > 0,05$. В эти же сроки у 8 ($3,3 \pm 1,1\%$) больных, оперированных методом традиционной аденомэктомии имели место симптомы ИВО, у 2-х ($0,8 \pm 0,5\%$) – возникла ОЗМ, $p < 0,01$. Через 1- 3 года в контрольной группе обструктивные симптомы НМВ наблюдались у 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) лиц, ОЗМ возникла у 3-х ($1,2 \pm 0,7\%$) через 1,5 года после операции, $p < 0,001$.

У больных, оперированных методом ТУРП в сроки через 6-12 месяцев у 12 ($4,9 \pm 1,3\%$) наблюдались симптомы ИВО, у 3 ($1,2 \pm 0,7\%$) – возникла ОЗМ, $p < 0,01$. Через 1-3 года эти же симптомы увеличились до 23 ($9,4 \pm 1,8\%$), у 5 ($2,0 \pm 0,9\%$) наблюдалась ОЗМ, $p < 0,001$.

Гематурия во всех группах сравнения чаще наблюдалась в контрольной группе через 1-4 недели после аденомэктомии и ТУРП, учитывая способ интраоперационного гемостаза. У 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) пациентов основной группы микрогематурия была отмечена в сроки от 1- до 4 недели и у 2 ($0,8 \pm 0,5\%$) - от 6 месяцев до 3-х лет, $p > 0,05$. У 10 ($4,1 \pm 1,2\%$) пациентов, оперированных методом традиционной аденомэктомии гематурия возникала с одинаковой частотой во всех исследуемых сроках послеоперационного периода, причем у 2-х ($0,8 \pm 0,5\%$) имела место макрогематурия с тампонадой мочевого пузыря через 1-4 недели после операции, $p < 0,01$. Гематурия после ТУРП наблюдалась у 5 ($2,0 \pm 0,9\%$) больных, их них от 1 до 4 недель – у 1 ($0,4 \pm 0,4\%$), через 6-12 месяцев – у 2 ($0,8 \pm 0,5\%$), через 1-3 года – у 2 ($0,8 \pm 0,5\%$), $p > 0,05$.

В послеоперационном периоде у всех больных с ДГПЖ выявлено улучшение скоростей кровотока в капсулярных и парауретральных артериях, снижение периферических индексов резистивности и пульсативности. Однако, через 1-5 месяцев у пациентов основной группы наблюдалось более выраженное и стойкое улучшение кровообращения в сосудах предстательной железы. У 22 ($9,0 \pm 1,8\%$) лиц, оперированных методом ТУРП через 1-3 года после операции, отмечалось повышение скорости кровотока в парауретральных артериях простаты с увеличением периферических индексов. Данный факт, возможно, имел место при рецидивных процессах в предстательной железе после ТУРП в $5,7 \pm 1,4\%$ ($n=14$) случаев, $p > 0,05$.

4.2 Результаты консервативного лечения и оценка профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

Оценка результатов лечения проводилась до оперативного лечения, в ближайшие сроки после операции через 1-3 и 4-7 суток во время нахождения больных в стационаре, а также в отдаленные сроки через 2-4 недели после выписки пациентов из РНЦУ.

Исходя из тактических подходов к консервативному лечению пациенты после аденомэктомии и ТУРП разделены на три группы сравнения.

- в первую группу включено 55 ($22,4 \pm 2,6\%$) пациентов, получавших с целью профилактики тромбоэмболических осложнений антикоагулянтную терапию получавшими НМГ по разработанной методике введения; во вторую группу включено 50 ($20,4 \pm 2,5\%$) пациентов, получавших

антикоагулянт короткого действия НФГ по стандартной схеме введения, $p > 0,05$; в третью группу включено 60 ($24,5 \pm 2,7\%$) пациентов, которые в процессе лечения не получали антикоагулянтную терапию, $p > 0,05$.

Пациенты 1 группы получали НМГ с учетом риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) по разработанной методике. Всем больным за 18-20 часов до оперативного лечения назначался НМГ подкожно в дозе 0,3 мл в сутки (2500 МЕ). Далее оценивали риск развития ВТЭО в послеоперационном периоде и при низком риске прогноза доза НМГ после операции составляла 20 мг (0,2 мл) - 1 раз в сутки до полной активизации больного. При средней и высокой степени риска прогноза ВТЭО доза НМГ после операции составляла 30 мг (0,3 мл) - 1 раз в сутки и его введение продолжалось в течении 6-8 дней, или до полной активизации больного.

Пациенты 2 группы получали НФГ подкожно в область пупка по традиционной схеме: 7500 ЕД x 2 раза в день в течение 2х суток, 5000 ЕД x 2 раза в день – 2 суток, 2500 ЕД x 2 раза в день – 2 суток.

Пациенты 3 группы с целью профилактики тромбоэмболических осложнений получали консервативное лечение стандартными методами: бинтованные и пневмомассаж нижних конечностей, применение дезагрегантов, внутривенное введение декстранов.

Возможность развития ВТЭО оценена анкетированием пациентов с ДГПЖ перед планированием операции в зависимости от суммарного количества баллов и факторов риска. Так, возраст больных 50 - 59 лет оценен в 4 балла, 60-69 лет – 5 баллов, старше 70 лет – 6 баллов. Ожирение более 20% массы тела выше нормы, сахарный диабет, неподвижное положение тела более 4х суток, тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе, злокачественные опухоли организма, крупная травма или операция, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, эндотрахеальный наркоз, сердечная недостаточность, инфекционный процесс в организме, инсульт в анамнезе, оперативное вмешательство более двух часов, нарушения свертывающей системы крови, тромбофилия в анамнезе оценены как 1 балл.

В зависимости от анализа оценки степени риска развития ВТЭО на дооперационном этапе 55 пациентам с ДГПЖ 1 группы была разработана индивидуальная схема профилактики тромбоэмболических осложнений, которой мы придерживались до- и после выполнения аденомэктомии и ТУРП.

Группы риска развития ВТЭО у пациентов с ДГПЖ зависели от метода и времени оперативного лечения, возраста больного, сопутствующих сердечно-сосудистых патологий. Так, в группу низкого риска тромбоза сосудов нижних конечностей (менее 10%) и риска развития тромбоэмболии (0,01%) отнесены - ТУРП длительностью до 45 минут; аденомэктомия в возрасте 50-59 лет, отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний и венотромбоза в анамнезе.

В группу среднего риска тромбоза (10-40%) и тромбоэмболии (0,1-1,0%) - чреспузырная или позадилонная аденомэктомия в возрасте старше 60 лет длительностью менее 2х часов, ТУРП у больного с венотромбозом в анамнезе,

компенсированная стадия сердечно-сосудистых заболеваний. В группу высокого риска (40-80% и 1 – 10% соответственно) - чреспузырная, позадилонная аденомэктомия или ТУРП длительностью более 2х часов в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе, тромбофилией, злокачественными новообразованиями.

Распространенность послеоперационных тромбоэмболических осложнений после аденомэктомии и ТУРП представлены на рисунке 5.

У пациентов, получавших НМГ по разработанной методике тромбоэмболические осложнения наблюдались в 1,3% наблюдений; у больных, получавших НФГ – в 6,1%; у лиц, не получавших антикоагулянтную терапию – в 13,5% случаев. Следует отметить, что у пациентов 1 группы летальных исходов не было, у пациентов 2 группы летальные исходы от тромбоэмболических осложнений отмечены у 2 (0,8%) больных, у пациентов 3 группы – у 5 (2,0%).

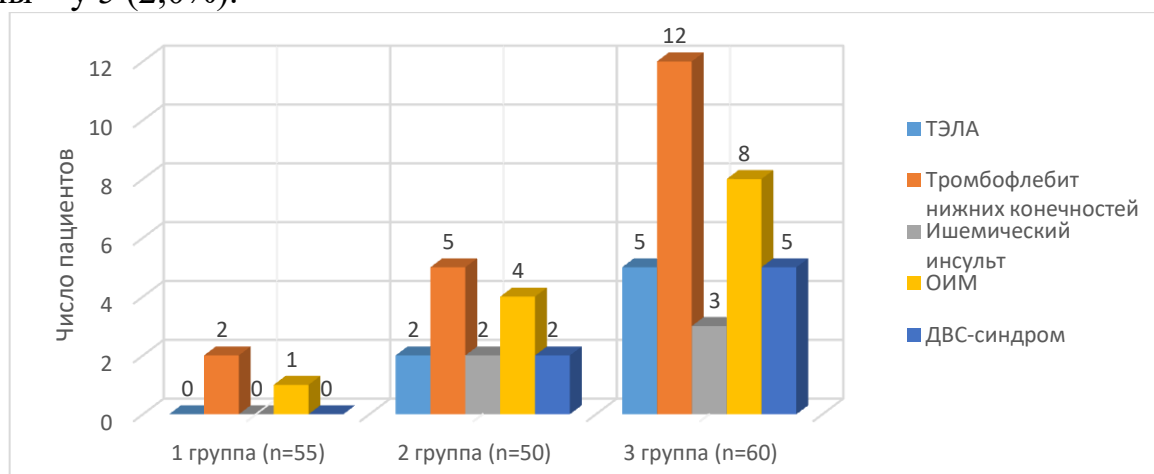


Рисунок 5. Распространенность тромбоэмболических осложнений у пациентов с ДГПЖ после оперативного лечения.

Проведена оценка структуры показателей гемограммы у оперированных пациентов в ранние (через 1 - 7 суток) и поздние (через 2 - 4 недели) послеоперационные сроки. У пациентов 1 группы (получавших НМГ по разработанной методике) уже на 1-3 сутки после операции отмечается достоверное уменьшение показателей РФМК ($3,17 \pm 0,26$ мг/100мл), фибриногена ($3,10 \pm 0,16$ г/л), с одновременным умеренным удлинением АЧТВ ($33,21 \pm 2,41$ сек.). Показатели протромбинового индекса ($114,21 \pm 2,0\%$), тромбинового времени ($16,61 \pm 1,31$ сек.) и тромбоцитов ($301,1 \pm 11,4 \times 10^9$ /л) не имели достоверного различия с дооперационными значениями, однако в раннем послеоперационном периоде значительно отличались от 2 и 3 групп сравнения.

Стабильная положительная динамика в показателях гемограммы сохранялась на протяжении 2-4-х недель послеоперационного периода.

У пациентов 2 группы (получавших НФГ по стандартно схеме) в 1-3 сутки послеоперационного периода отмечено снижение показателей гиперкоагуляционного звена (РФМК - $3,28 \pm 0,15$ мг/100мл, фибриноген - $3,28 \pm 0,31$ г/л, АЧТВ - $33,21 \pm 2,41$ сек.), в то же время через 2-4 недели у 28 ($11,4 \pm 2,0\%$) больных выявлены относительное увеличение или пограничные

значения РФМК ($3,78 \pm 0,34$ мг/100мл), фибриногена ($3,78 \pm 0,14$ г/л), уменьшение АЧТВ ($32,34 \pm 2,31$ сек.).

У больных 3 группы (не получавших антикоагулянтную терапию) на 1-2 сутки послеоперационного периода имелось умеренное снижение показателей гемограммы относительно дооперационного периода, возможно связанные с интраоперационной кровопотерей. У 24 ($9,8 \pm 1,9\%$) пациентов выявлены пограничные значения в показателях протромбинового индекса ($118,98 \pm 2,33\%$), фибриногена ($3,43 \pm 0,28$ г/л), РФМК ($3,61 \pm 0,10$ мг/100мл), тромбинового времени ($17,18 \pm 1,43$ сек.) и АЧТВ ($30,66 \pm 2,33$ сек.). На 4-7 сутки эти же показатели возрастали: протромбиновый индекс - $120,58 \pm 2,34\%$, фибриноген - $3,71 \pm 0,18$ г/л, РФМК - $4,11 \pm 0,78$ мг/100мл, тромбиновое время - $18,05 \pm 1,7$ сек., АЧТВ - $29,45 \pm 2,52$ сек. Через 2-4 недели послеоперационного периода показатели гемограммы соответствовали гиперкоагуляционным изменениям: протромбиновый индекс - $121,24 \pm 2,51\%$, фибриноген - $3,91 \pm 0,44$ г/л, РФМК - $4,11 \pm 0,78$ мг/100мл, тромбиновое время - $18,44 \pm 1,67$ сек., АЧТВ - $27,88 \pm 2,47$ сек. С увеличением сроков послеоперационного периода эти значения имели тенденцию к возвращению к исходным величинам дооперационного периода.

Таким образом, в первой группе у пациентов выявлена существенная разница среди показателей свертывающей системы крови, указывающая на эффективность назначения НМГ в профилактике тромбоэмболических осложнений, $p < 0,05$.

У пациентов, получавших НФГ по стандартной методике подкожного введения, отмечалось относительно кратковременное действие, поэтому требовались многократные инъекции. После окончания применения НФГ и в отдаленные сроки послеоперационного периода (через 3-4 недели) процессы гиперкоагуляции имели тенденцию к возобновлению. В 2,8% случаев наблюдался «феномен отдачи». У 11 ($4,5 \pm 1,3\%$) больных на фоне приема препарата отмечались кровотечения из ложа аденоматозных узлов простаты, $p > 0,05$. Следовательно, пациентам 2 группы сравнения был необходим более тщательный мониторинг гемограммы с подбором дозы и кратности введения препарата.

У 60 ($24,5 \pm 2,7\%$) пациентов, не получавших антикоагулянтную терапию наблюдался риск тромбообразования с момента оперативного вмешательства и на протяжении всех сроков динамического наблюдения. Данной группе больных было необходимо детальное изучение показателей гемограммы в ранние, поздние и отдаленные послеоперационные сроки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных, поступающих на оперативное лечение по поводу ДГПЖ, в $40,0 \pm 3,1\%$ случаев имеют место пограничные показатели изменения свертывающей системы крови в сторону гиперкоагуляции, в $25,3 \pm 2,7\%$ - верифицируются гиперкоагуляционные изменения с нарушением кровотока в сосудах предстательной железы, $p < 0,001$. В $69,4 \pm 2,9\%$ имеют место

сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, повышающие риск развития тромбоза до $35,9 \pm 3,0\%$ случаев, $p < 0,001$. Наличие хронической почечной недостаточности увеличивает риск тромбоза до $4,9 \pm 1,3\%$, $p < 0,001$.

2. Разработанный способ гемостаза с наложением модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты при чреспузырной аденомэктомии позволяет предотвратить и уменьшить риск тромбоза в послеоперационном периоде до $25,3 \pm 2,7\%$ случаев вследствие снижения частоты кровотечений и тромбоза в послеоперационном периоде, предотвращения развития ДВС - синдрома, уменьшения инфекционно-воспалительных осложнений.

3. Проведенный сравнительный анализ клинических и лабораторных исследований показали существенные преимущества введения НМГ за 18-20 часов до операции и продолжение его применения до полной мобилизации больного с учетом риска развития ВТЭО. У пациентов, получавших НМГ по разработанной методике, тромбозы были отмечены в $1,3 \pm 0,7\%$ случаев; у больных, получавших НФГ – в $6,1 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$; у лиц не получавших антикоагулянтную терапию – в $13,5 \pm 2,1\%$ наблюдений, $p < 0,001$.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Метод гемостаза с наложением модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты может быть применен при чреспузырной аденомэктомии с целью предотвращения и уменьшения риска развития тромбоза в послеоперационном периоде, особенно у больных с объемом предстательной железы более 100 - 120 см³.

2. С целью определения состояния кровотока в сосудах предстательной железы и оценке риска развития тромбоза необходимо проведение ультразвуковой доплерографии в до- и послеоперационном периоде.

3. С целью определения риска развития тромбоза необходимо исследование коагуляционного звена гемостаза до хирургического лечения пациентов с ДГПЖ с сопоставлением клинических данных, сопутствующих заболеваний, длительностью операции, объема кровопотери с подсчетом баллов венозных тромбозов.

4. В ранние и поздние сроки после аденомэктомии и ТУРП необходим тщательный мониторинг гемограммы с последующим амбулаторным контролем через 1 месяц - 1-3- года по клинико-лабораторным показателям.

5. Перед оперативным лечением за 18-20 часов и далее однократно в течение 5-7 дней у пациентов с ДГПЖ с учетом риска развития ВТЭО рекомендуется назначение НМГ с целью профилактики тромбоза.

6. Комплексный подход к лечению лиц с ДГПЖ позволит сократить риск развития тромбоза в $25,3\%$ случаев и улучшить качество жизни пациентов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Боталаев, Б. А.** Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных с ДГПЖ в послеоперационном периоде в зависимости от групп риска [Текст] // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2014. - № 1. – С. 30 - 32.

2. **Боталаев, Б. А.** Профилактика инфекционных осложнений после ТУР простаты [Текст] / [А. Ч. Усупбаев] // Центрально-Азиатский медицинский журнал им. М. Миррахимова. - Бишкек, 2014. - Том XX. - № 2-3. - С. 142 – 145.

3. **Боталаев, Б. А.** Прогнозирование факторов риска послеоперационных тромбоэмболических осложнений у пациентов с ДГПЖ [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, И. В. Колесниченко] // Новая наука: опыт, традиции инновации. - Стерлитамак, 2016. – Ч.2. – С. 13 – 16.

4. **Боталаев, Б. А.** Особенности профилактики тромбгеморрагических осложнений после аденомэктомии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в послеоперационном периоде [Текст] / [А. Ч. Усупбаев, И. В. Колесниченко, Н. Ж. Садырбеков] // Сборник статей XIV международной конференции науки в XXI веке. – Харьков, 2016. – Ч.3 – С. 68 -73.

5. **Боталаев, Б. А.** Сравнительная оценка эффективности применения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии в профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы [Текст] / [И. В. Колесниченко, А. Ч. Усупбаев] // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева - Бишкек, 2017. - №3. – С. 22 – 25.

6. **Боталаев, Б. А.** Профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациентов с ДГПЖ [Текст] / [И. В. Колесниченко, А. Э. Алмереков, Н. Р. Эйвазов] // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2022. - № 3. – С. 77 – 83.

7. **Боталаев, Б. А.** Оценка результатов профилактики и лечения пациентов со склерозом шейки мочевого пузыря при применении протеолитических ферментов [Текст] / [А. Э. Алмереков, И. В. Колесниченко, Н. Р. Эйвазов] // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2022. - № 3. – С. 41-48.

8. **Боталаева, Б. А.** Профилактика ранних осложнений при открытой аденомэктомии у больных с ДГПЖ с применением модифицированного съемного шва [Текст] / [Р. М. Курбаналиев, М. Б. Абдыкалыков] // Вестник КГМА. - Бишкек, 2023. - № 3.– С. 46 - 54.

9. Патент № 2081 Кыргызская Республика. Табарсык аркылуу жасалган аденомэктомияда гемостаз ыкмасы [Текст] / А. Ч. Усупбаев, Р. М. Курбаналиев, И. В. Колесниченко. от 18 декабря 2017 года.

Бактыбек Боталаевдын «.....» деген темадагы 14.01.23 – урология адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр:

Изилдөөнүн максаты:

Изилдөө объектиси:

Изилдөө предмети:

Изилдөө методдору:

Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы.

Колдонуу чөйрөсү: иштин натыйжалары Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын алдындагы Республикалык урология илимий борборунун бөлүмдөрүндө, ошондой эле дарыгерлер, ординаторлор жана аспиранттар үчүн окуу программаларына колдонулат.

РЕЗЮМЕ

диссертации Боталаева Бактыбека Апазовича на тему «Прогнозирование и профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.23 – урология

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аденомэктомия, трансуретральная резекция предстательной железы, тромбгеморрагические осложнения, гемостаз, нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин.

Цель исследования: снизить риск развития тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции (ТУРП) на основе разработанного способа гемостаза и применения низкомолекулярных гепаринов.

Объект исследования: больные с ДГПЖ, которым проведено оперативное лечение в объеме одномоментной чреспузырной аденомэктомии и ТУРП.

Предмет исследования: изучение методов лечения и профилактики тромбгеморрагических осложнений у пациентов, перенесших аденомэктомию и ТУРП, способствующих обеспечить надежный гемостаз из ложа аденоматозных узлов предстательной железы и предотвратить развитие тромбоэмболических осложнений.

Методы исследования: ретроспективное, проспективное, клинический, гистологический, лабораторно-диагностический, статистический.

Полученные результаты и их научная новизна. Разработан способ гемостаза при чреспузырной аденомэктомии с применением модифицированного съемного шва на ложе аденомы простаты для профилактики тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы в сравнении с традиционными методами гемостаза. Проведено комплексное исследование влияния размеров предстательной железы, метода оперативного лечения на изменение кровотока в сосудах простаты и состояние гемостазиограммы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы с учетом

метода оперативного лечения для прогнозирования тромбгеморрагических осложнений. Оценено прогнозирование развития тромбгеморрагических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы после аденомэктомии и трансуретральной резекции простаты в до- и послеоперационном периоде. Разработана схема введения низкомолекулярного гепарина с учетом факторов риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Область применения: результаты работы будут применены в отделениях Республиканского научного центра урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, а также в учебные программы для врачей, ординаторов и аспирантов.

SUMMARY

**of the dissertation offor the degree of Candidate of Medical Sciences
in the specialty 14.01.23 – urology**

Keywords:

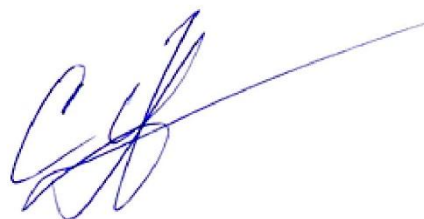
The aim of the study:

The object of the study:

The subject of the study:

Research methods:

Scope of application:



Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 50 экз.