

ПОКАЗАНИЯ К ГЛУХОМУ ШВУ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НАДЛОБКОВОЙ ЧРЕСПУЗЫРНОЙ АДЕНОМЭКТОМИИ

Э. Н. Ситдыков, Т. Г. Басиашвили

Кафедра урологии (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Надлобковая чреспузырная аденомэктомия является наиболее распространенным методом оперативного лечения больших аденомой предстательной железы. Одни авторы рекомендуют завершать операцию первичным глухим швом мочевого пузыря с кратковременным уретральным дренированием; другие, опасаясь послеоперационных воспалительных осложнений со стороны верхних мочевых путей и почек, половых органов, а также вторичного кровотечения из ложа аденомы простаты, предпочитают временное отведение мочи осуществлять дополнительно через надлобковую стому мочевого пузыря. Между тем хорошо известно, что надлобковое дренирование мочевого пузыря способствует инфицированию и возникновению цистита, удлиняет сроки восстановления уродинамики, а следовательно, создает условия для рецидивирования активной фазы хронического пиелонефрита. Кроме того, оно может повлечь за собой развитие острого пиелонефрита, не предупреждает и вторичного кровотечения после аденомэктомии. Эпицистостомия значительно удлиняет сроки пребывания больного на стационарном лечении, а в некоторых случаях ведет к формированию надлобкового мочепузырного свища, требующего повторного оперативного лечения.

Исходя из данных литературы и результатов наших клинических наблюдений, мы вправе считать наложение первичного шва мочевого пузыря при надлобковой чреспузырной аденомэктомии на современном этапе знаний вполне оправданным. Однако среди урологов имеются противоречивые суждения о показаниях к идеальной аденомэктомии. По мнению ряда клиницистов, наличие лейкоцитурии, а тем более щелочной реакции мочи, цистита, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности является противопоказанием к первичному глухому шву мочевого пузыря при надлобковой чреспузырной аденомэктомии. Другие авторы придерживаются иной точки зрения. Отсутствие единства взглядов в вопросах о показаниях и противопоказаниях побудило нас определить пределы возможного применения первичного глухого шва мочевого пузыря при надлобковой чреспузырной аденомэктомии.

С этой целью изучены непосредственные результаты операций у 175 больных аденомой предстательной железы, осложненной лейкоцитурией. У 127 больных был хронический

пиелонефрит, у 73— хронический цистит, у 53— щелочная реакция мочи. Из 175 прооперированных хроническая почечная недостаточность установлена у 91, из них у 39 диагностирована I стадия, у 43— II, у 9— интермиттирующая стадия хронической почечной недостаточности. По данным рентгенотелевизионной уроскопии, ультразвуковой и радионуклидной ренографии уродинамика верхних мочевых путей была нарушена у 78 обследованных; пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен у 21 больного.

Одномоментная надлобковая чреспузырная аденомэктомия с первичным глухим швом была выполнена 112 больным, в том числе 18— в I стадии заболевания, 94— во II. Аденомэктомия с первичным глухим швом мочевого пузыря произведена и 63 пациентам, поступившим в клинику с эпицистостомой или оперированных двухэтапно.

Гемостаз ложа аденомы предстательной железы осуществляли тремя кетгутowymi съёмными лигатурами, наложенными на шейку мочевого пузыря по методике Гельфера — Ситдыкова. Глухой шов мочевого пузыря накладывали двумя полукисетными швами. Первый ряд швов подкрепляли двумя Z-образными швами. В послеоперационном периоде гемостатические лигатуры удаляли через 24—48 ч. Временное отведение мочи из мочевого пузыря у больных, оперированных одномоментно, обеспечивалось путем постоянной катетеризации в течение 2—4 дней, а при двухэтапной аденомэктомии — до 4—7 суток в зависимости от достигаемой герметичности глухого шва стенки мочевого пузыря. Самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось в день удаления катетера. Первичное заживление операционной раны без просачивания мочи было отмечено у 104 (92,9%) из 112 больных, оперированных одномоментно. Глухой шов мочевого пузыря при двухэтапной аденомэктомии способствовал первичному заживлению операционной раны без просачивания мочи, несмотря на наличие вторичного цистита у 49 из 63 больных, то есть положительный эффект был достигнут у 77,8% прооперированных. После двухэтапной аденомэктомии из 49 больных с первичным заживлением операционной раны у 22 моча была щелочной реакции. Нарушение уродинамики верхних мочевых путей в виде уретеропиелозктазии и гипок-

незии имело место у 13 больных, в том числе у 4 из них сочеталось с интермиттирующей стадией хронической почечной недостаточности.

Анализ результатов клинических исследований по группам предоперационных осложнений показал, что лейкоцитурия не является противопоказанием к выполнению первичного шва мочевого пузыря. Нарушение герметичности шва наблюдалось лишь у 22 из 175 оперированных, то есть положительный исход операции был достигнут у 87,4% больных. Первичное заживление операционной раны без просачивания мочи отмечено и у 39 (73,6%) из 53 больных со щелочной реакцией мочи.

По данным литературы, более чем у 50% больных аденома предстательной железы осложняется вторичным хроническим пиелонефритом и различными стадиями хронической почечной недостаточности. Эта категория больных подлежит в зависимости от стадии хронической почечной недостаточности одномоментной либо двухэтапной аденомэктомии с обязательным надлобковым дренированием мочевого пузыря. Результаты наших клинических наблюдений позволяют утверждать, что хронический пиелонефрит и хроническая почечная недостаточность не являются противопоказаниями к наложению первичного глухого шва мочевого пузыря при надлобковой чреспузырной аденомэктомии. Заживление операционной раны без просачивания мочи было достигнуто у 114 (89,8%) из 127 больных с хроническим пиелонефритом, в том числе у 69 (75,8%) из 91 больного хронической почечной недостаточностью. При соответствующей предоперационной подготовке аденомэктомия может быть рекомендована и больным с хронической почечной недостаточностью III ста-

дии. У больных данной категории оптимальный срок дренирования мочевого пузыря постоянным катетером составляет 7 дней. Такой же срок уретрального дренирования целесообразен и у больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Экскреторная урография и контрастная рентгенотелестистоскопия верхних мочевых путей, выполненные в послеоперационном периоде на 12—14-е сутки у 27 больных, свидетельствовали о восстановлении сократительной функции лоханочно-мочеточниковой системы. К этому сроку эвакуацию контрастированной мочи по мочеточникам осуществляли преимущественно по цистоидному принципу. Микционная цистография и рентгенотелестистоскопия, произведенные 14 оперированным, при наличии пузырно-мочеточникового рефлюкса, выявили его сохранность лишь у 2 больных без каких-либо клинических проявлений. Емкость мочевого пузыря колебалась от 155 до 205 мл. Среднее значение урофлоуметрического индекса составило $12,1 \pm 0,2 \text{ мл} \cdot \text{с}^{-1}$ (колебания — от 10,5 до $16,5 \text{ мл} \cdot \text{с}^{-1}$).

Таким образом, результаты клинических исследований позволяют рекомендовать выполнение первичного глухого шва мочевого пузыря для более широкого внедрения в практику операций чреспузырной аденомэктомии. Надлобковое дренирование мочевого пузыря показано в основном при необходимости контроля за гемостазом ложа аденомы предстательной железы у больных с высокой артериальной гипертензией, в случаях неполной ретрогенизации и низведения шейки мочевого пузыря в ложе аденомы предстательной железы, а также при сочетании аденомэктомии с резекцией мочевого пузыря по поводу его опухоли.

Поступила 26.11.87.

ОБЗОРЫ

УДК 615.212.3

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЗМА ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ И ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ

Л. Е. Зиганшина

Кафедра фармакологии (зав.— проф. И. В. Заиконникова) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС, флоголитики, антифлогистики) принадлежат к числу наиболее часто назначаемых лекарственных препаратов в мировой медицинской практике. В комбинации с другими средствами или индивидуально они используются для лечения ревматических заболеваний, воспалительных процессов при самой различной патологии. Их широко применяют для купирования боли,

снижения повышенной температуры тела. Особую значимость поэтому приобретают вопросы развития побочных эффектов антифлогистиков, проявляющихся поражением различных органов и систем. В последние годы в литературе широко дискутируется вопрос о взаимообусловленности основного (противовоспалительного) и побочного действия НПВС, являющегося непосредственным проявлением их фармакологического эффекта.