

О.М. Книшенко<sup>1</sup>, Г.В. Бачурін<sup>1</sup>, І.Г. Балашова<sup>2</sup>

## НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>Запорізький центр екстремальної медицини та швидкої допомоги

**Ключові слова:** доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний простатит, низькоенергетичне лазерне опромінювання

В роботі представлені результати лікування 163 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози, які перенесли одноетапну черезміхурову простатектомію. Включення до комплексної терапії в ранньому післяопераційному періоді низькоенергетичного лазерного опромінювання ложа видаленої передміхурової залози дозволило знизити кількість ускладнень та зменшити післяопераційний ліжко-день.

Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах світу, вказують на поступове наростання частоти патології передміхурової залози (ПЗ) [1]. До 70 років число таких хворих досягає 70%, а після 80 років перетинає відмітку в 90%. За останні три роки в Україні захворюваність на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) збільшилася на 40%, поширеність на 31%.

Безперечно, в лікуванні хворих на ДГПЗ, основним якісним показником являється покращання сечовипускання - усунення інфравезикальної обструкції, проте, досягнувши певних успіхів у вирішенні цієї задачі, не варто забувати і про наявність запального компоненту. Доки зберігається сукупність ДГПЗ і хронічний простатит (ХП), сподіватися на тривале покращання стану хворого безглуздо. Нажаль, на сьогоднішній день, єдиним радикальним методом лікування ДГПЗ залишається оперативне втручання [2]. Але після видалення гіперплазованих вузлів, частина ПЗ, котра залишається за межами хірургічної капсули, часто виступає в ролі каталізатора запальних процесів ложа ПЗ, а надалі, за відсутності адекватної ефективної терапії, затяжного важко перебігу ХП [3].

З метою зниження кількості ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, а також інвалідації хворих, рекомендується проведення комплексного лікування з використанням антибактеріальних, кардіотропних препаратів, гепато- і ренопротекторів не тільки після здійснення самого втручання, але і за декілька днів до нього, а також під час його проведення [4].

У хворих на ДГПЗ, в післяопераційному періоді, досить поширене використання ректальних свічок, зрошування або інстиляції в сечовий міхур медикаментозних препаратів, антисептичних розчинів. Також використовуються дренажі і катетеризацію сім'явидних протоків, з метою підведення лікарських засобів та приладів, що впливають на процеси в ложі ПЗ, що забезпечує зменшення вірогідності прогресування запалення в ньому [5]. Інвазивність деяких методів лікування запальних процесів ПЗ, у хворих після видалення гіперплазованої ПЗ спонукає до розробки інших, менш інвазивних способів.

**Мета дослідження** – аналіз ефективності лікування хворих на ДГПЗ в післяопераційному періоді, яким проводилося лікування запального процесу в ПЗ за запропонованим нами способом.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу статті лягли результати обстеження 163 чоловіків, які страждають на ДГПЗ і перебували на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні на базі клініки урології Запорізького державного медичного університету в період з 2004 року по 2006 рік. Всі хворі піддавалися оперативному лікуванню в обсязі одномоментної черезміхурової простатектомії. Хворі були розподілені на дві групи. Перша група була контрольною, друга група являлася основною. До першої групи було віднесено 74 хворих на ДГПЗ, серед яких 38 мали хронічну затримку сечі (ХЗС) та 36 – гостру затримку сечі (ГЗС) в доопераційному періоді. В другу групу були включені 89 хворих (43 хворих з ХЗС та 46 з ГЗС). Хворі обох груп були зіставлені за віком, характером та давністю супутніх захворювань, станом основних показників гомеостазу в доопераційному періоді.

Для покращення лікування хворих основної групи та зменшення кількості післяопераційних ускладнень нами був запропонований і запроваджений в роботу клініки урології ЗДМУ спосіб лікування запального процесу ложа ПЗ, обумовленого хронічним простатитом, після видалення гіперплазованої простати (Патент на корисну модель № 29544 від 10.01.2008 року).

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Даний спосіб забезпечує гемостатичний ефект, відсутність залишків клітинних елементів видалених пухлин, можливість випарювання тонких шарів біотканин та веде до більш швидкого процесу регенерації тканини. Використаний спосіб не потребує додаткових розтинів та виключає можливість впливу на інші органи. В його основі лежить трансуретральне низькоенергетичне лазерне опромінювання (НЛО) ложа видаленої ПЗ у післяопераційному періоді один раз на добу на протязі 7-8 діб.

Для проведення сеансів лазерної терапії використовувався квантовий апарат серійного заводського випуску УЛФ-2, який працює в безперервному та імпульсному режимі, генерує випромінювання у видимій частині спектру (довжина хвилі - 0,63 мікрометри (мкм)). Лазерне опромінювання проводилося за допомогою кварцових моноволокняних світлодіодів.

Для визначення ефективності запропонованого способу проводилося порівняння основних показників гомеостазу після операції між основною та контрольною



групами. Наші спостереження дозволили зробити висновки про ефективність запропонованого нами методу трансуретрального НЛЮ ложа видаленої гіперплазованої ПЗ. Вказаний висновок базується на підставі аналізу основних показників гомеостазу та виявляється менш інтенсивним наростанням показників лейкоцитозу (кількість лейкоцитів у хворих першої групи –  $11,11 \pm 1,04 \cdot 10^9/\text{л}$ , у хворих другої групи –  $10,03 \pm 1,12 \cdot 10^9/\text{л}$ ), менш вираженим зсувом лейкоцитарної формули ліворуч (кількість сегментоядерних нейтрофілів у хворих першої групи –  $73,10 \pm 3,26\%$ , у хворих другої групи –  $70,34 \pm 3,78\%$ , кількість паличкоядерних нейтрофілів у хворих першої групи –  $9,49 \pm 1,29\%$ , у хворих другої групи –  $8,07 \pm 1,34\%$ ), більш значним покращанням функціонального стану нирок (кількість креатинину у хворих першої групи –  $115,27 \pm 10,26$  мкмоль/л, у хворих другої групи –  $112,53 \pm 11,64$  мкмоль/л, кількість сечовини у хворих першої групи –  $7,72 \pm 0,83$  ммоль/л, у хворих другої групи –  $6,75 \pm 0,65$  ммоль/л) і печінки в післяопераційному періоді у хворих основної групи в порівнянні з контрольною групою, котрі мали до операції ХЗС. Для хворих основної групи, котрі мали ДГПЗ, ускладнену ГЗС, характерними ознаками, підтверджуючими наші висновки, служило більш значне зниження кількості лейкоцитів (кількість лейкоцитів у хворих першої групи –  $9,84 \pm 0,78 \cdot 10^9/\text{л}$ , у хворих другої групи –  $9,04 \pm 0,98 \cdot 10^9/\text{л}$ ), сегментоядерних (перша група –  $69,68 \pm 3,43\%$ , друга група –  $67,98 \pm 3,56\%$ ) і паличкоядерних нейтрофілів (перша група –  $8,76 \pm 1,21\%$ , друга група –  $7,83 \pm 1,18\%$ ), менш значними змінами ШОЕ, кращим функціональним станом нирок (кількість креатинину у хворих першої групи –  $121,06 \pm 11,37$  мкмоль/л, у хворих другої групи –  $119,45 \pm 13,60$  мкмоль/л, кількість сечовини у хворих першої групи –  $8,68 \pm 0,94$  ммоль/л, у хворих другої групи –  $8,43 \pm 0,81$  ммоль/л) в порівнянні з таким ж хворими першої групи. Для основної групи хворих підтвердженням ефективності запропонованого методу служило

зниження тривалості середнього ліжко-дня і більш короткий реабілітаційний період в порівнянні з контрольною групою.

#### ВИСНОВОК

Низькоенергетичне лазерне опромінювання ложа видаленої гіперплазованої передміхурової залози в ранньому післяопераційному періоді у хворих на ДГПЗ підвищує ефективність загального лікування, що виражається в зменшенні терміну знаходження на стаціонарному лікуванні на 2,1 доби у хворих, що мали ХЗС, і на 1,9 доби у хворих, що мали ГЗС, та дозволяє зменшити кількість ускладнень в ранньому післяопераційному періоді на 6,2% і 5,4% відповідно.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Пасечніков С.П., Сайдакова Н.О. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози: динаміка епідеміологічних процесів в Україні // Актуальні питання мед. науки та практики. - Запоріжжя, 2004. - Вип.67, кн.2. - С.91-96.
2. Abrams P., Bruskevitz R., de la Rossette J. Et al. The diagnosis of bladder outlet obstruction: urodynamics // Proceedings of the 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). - Scientific Communication International Ltd., 1996. - P.299-356.
3. Возианов А.Ф., Павлова Л.П. Динаміка ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения больных аденомой предстательной железы в УССР // Тез. докл. VII Всерос. съезда урологов. - Свердловск, 1988. - С.254-255.
4. Давидов М.И., Горюнов В.Г. Показания и противопоказания к неотложной аденомэктомии у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями // Урол. и нефрол. - 1994. - №6. - С.30-34.
5. Комбинированная магнитолазерная терапия в комплексном лечении аденомы предстательной железы I стадии и сопутствующего хронического простатита / Сафаров Р.М., Яненко Э.К., Борисик В.И. и др. // Пле-

Надійшла 11.03.2008р.

А.Н. Кнышенко, Г.В. Бачурин, И.Г. Балашова

#### Новые возможности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы в раннем послеоперационном периоде

В работе представлены результаты лечения 163 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которые перенесли одномоментную чреспузырную простатэктомию. Включение в комплексную терапию в раннем послеоперационном периоде низкоэнергетического лазерного облучения ложа удаленной предстательной железы позволило снизить количество осложнений и снизить послеоперационный койко-день.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия простаты, хронический простатит, низко энергетическое лазерное облучение

O.M. Knyshenko, G.V. Bachurin, I.G. Balashova

#### New possibilities of medical treatment of patients with benign prostatic hyperplasia of high quality in an early postoperative periods

The work contains results of treatment in 163 patients of benign prostate hyperplasia, and carrier of single-moment transurethral prostatectomy. Inclusion of complex therapy during also early postoperative periods the power is low laser irradiation exceptional cases of complications.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, chronic prostatitis, power is low laser irradiation

#### Відомості про авторів:

Кнышенко О.М., аспірант кафедри урології ЗДМУ;

Бачурин Г.В., к.мед.н., асистент кафедри урології ЗДМУ;

Балашова І.Г., зав. фізіотерапевтичним відділенням ЗЦЕМ та ШД.

#### Адреса для листування:

Кнышенко О.М., 69035, м. Запоріжжя, пр.Маяковського 26, ЗДМУ, кафедра урології. Тел. (0612)34-84-82