



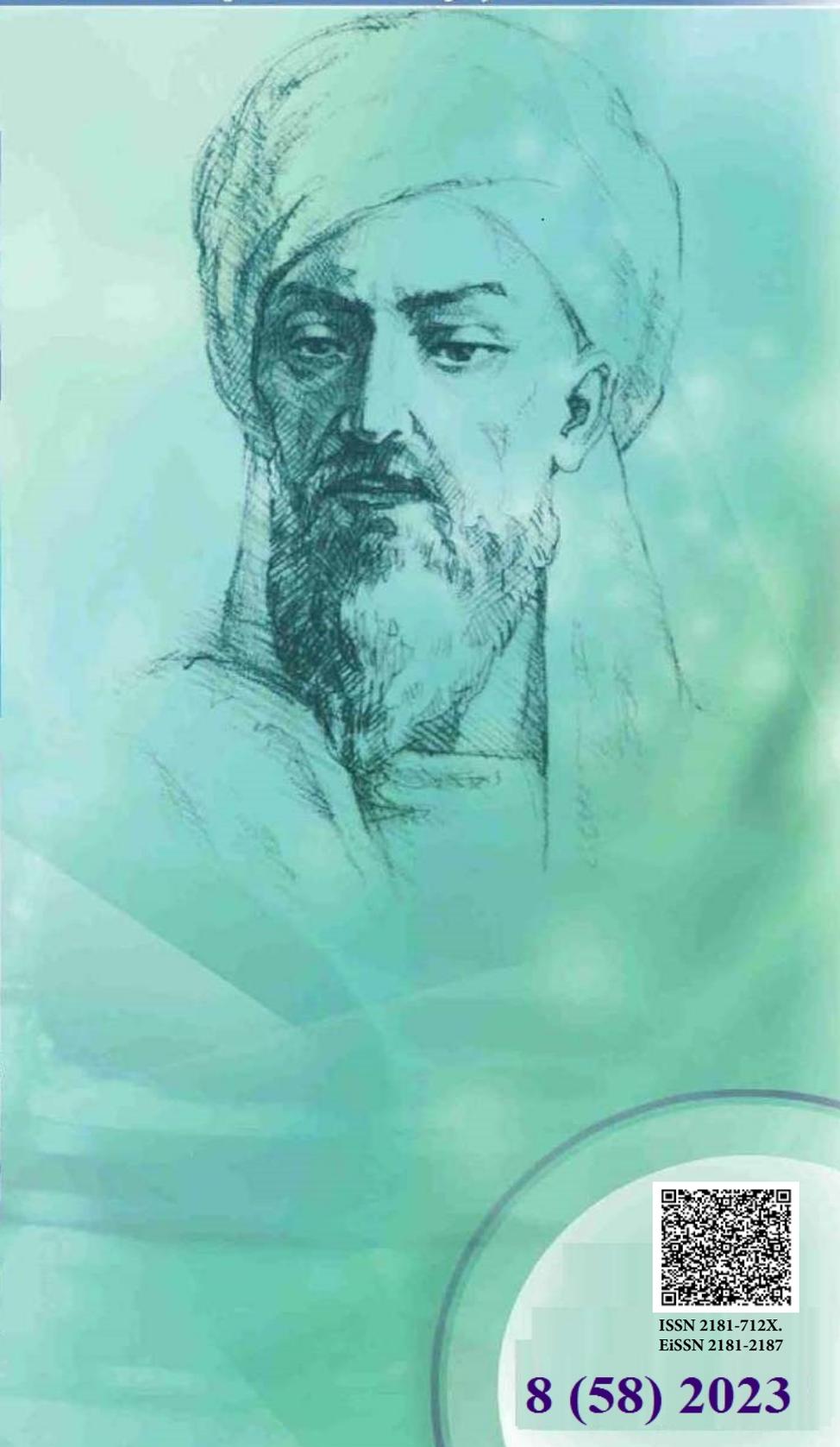
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (58) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (58)

2023

август

Received: 20.07.2023, Accepted: 05.08.2023, Published: 10.08.2023.

УДК 616.65-002-007.61/089

**ДОЛГОСРОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ПРЕВРАТИВШИЕСЯ В ОТДЕЛЬНЫЕ
НОЗОЛОГИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
ДОБРОРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
(обзор литературы)

Аллазов С.А. <https://orcid.org/0000-0001-0832-9150>
Искандаров Ю.Н. <https://orcid.org/0000-0007-5174-5233>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира
Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Резюме**

Адаптация классификации хирургических осложнений Clavien P.A.-Dindo D., предложенной в отношении холецистэктомии, к операции аденомэктомии позволит систематизировать разнообразные долгосрочные хирургические осложнения, возникающие после данной операции и превратившиеся в отдельные нозологические формы. Кроме того, своевременное выявление и полноценный учет осложнений позволяет улучшать непосредственные и конечные результаты оперативного вмешательства.

Ключевые слова: простата, аденомэктомия, гемостаз, лагохилус, хирургические осложнения.

**LONG-TERM COMPLICATIONS CONVERTING IN SEPARATE NOSOLOGIES AFTER
SURGICAL INTERVENTIONS FOR BENEFICIAL PROSTATE HYPERPLASIA**

(literature review)

Allazov S.A., <https://orcid.org/0000-0001-0832-9150>
Iskandarov Y.N. <https://orcid.org/0000-0007-5174-5233>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841
E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Resume**

Adaptation of the classification of surgical complications by Clavien P.A.-Dindo D., proposed in relation to cholecystectomy, to an adenectomy operation will make it possible to systematize a variety of surgical complications arising from this operation. In addition, timely detection and full accounting of complications allows improving the immediate and final results of surgery.

Key words: prostate, adenectomy, hemostasis, lagochilus, surgical complications

**ПРОСТАТА БЕЗИ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИНГ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН
КЕЙИНГИ АЛОҲИДА КАСАЛЛИКЛАРГА АЙЛАНГАН УЗОҚ МУДДАТЛИ АСОРАТЛАРИ**

(Адабиётлар шарҳи)

Аллазов С.А. <https://orcid.org/0000-0001-0832-9150>
Искандаров Ю.Н. <https://orcid.org/0000-0007-5174-5233>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, ст. Амир Темура, Тел: +99818
66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Резюме**

Холецистектомия бўйича таклиф қилинган Клавиен П.А.-Диндо Д.нинг жарроҳлик асоратлари таснифини аденомэктомия операциясига мослаштириш ушбу операциядан келиб чиқадиган турли хил жарроҳлик асоратларни тизимлаштиришга имкон беради. Бундан ташқари, асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва тўлиқ ҳисобга олиш операциянинг зудлик билан ва якуний натижаларини яхшилаш имконини беради.

Калит сўзлар: простата, аденомэктомия, гемостаз, лагохилус, жарроҳлик асоратлар

Актуальность

К отдаленным осложнениям аденомэктомии относятся стриктура мочеиспускательного канала, стеноз шейки мочевого пузыря, стриктура устьев мочеточников, послеоперационное камнеобразование в мочевом пузыре, недержание мочи, рецидив аденомы предстательной железы, незаживающий надлобковый мочепузырный свищ, половая дисфункция, ретроградная эякуляция [1-5].

Стриктура мочеиспускательного канала и стеноз шейки мочевого пузыря, частота которых составляет 0,4-7,1 % в первые 3 мес после операции [6-7]. Эти осложнения возникают вне зависимости от метода аденомэктомии. Стриктура мочеиспускательного канала может иметь различную протяженность и локализоваться в любом его отделе [15,18]. Наиболее часто наблюдается стриктура простатической части уретры. Она развивается на фоне предшествующих аденомэктомии воспалительных процессов хронического простатита, аденомита, шеечного цистита, везикулита, создающих благоприятные условия для воспаления ложа аденомы и травматизации предстательной части мочеиспускательного канала во время энуклеации аденомы.

В ряде случаев стриктура протекает бессимптомно в течение длительного времени после аденомэктомии и клинически проявляется нарастанием обструктивных симптомов или при присоединении вторичной инфекции и камнеобразования (затрудненное мочеиспускание тонкой струей, выделение мочи каплями). Диагностика основывается на жалобах больного, результатах уродинамических исследований, бужирования мочеиспускательного канала. Для установления локализации и конфигурации стриктуры наиболее эффективным методом является уретрография, особенно в сочетании с восходящей уретроцистографией (золотой стандарт) микционной цистоуретрографией, выполненными в переднезадней и косых проекциях. На уретрограммах при стриктурах предстательной части мочеиспускательного канала его просвет резко сужен у выхода из мочевого пузыря, контрастирующее вещество тонкой струей попадает в мочевой пузырь (феномен «зубной пасты»).

Стриктура устьев мочеточников является редким осложнением, связанным с их повреждением при трансуретральной резекции или «открытой» аденомэктомии, когда не проводится достаточно четкая идентификация устьев мочеточников, и они захватываются швами при прошивании краев раны капсулы предстательной железы. Манипулирование электроножом в субтригональной области и кровотечение вовремя трансуретральной резекции с последующим рубцеванием ткани могут привести к стенозу устьев мочеточников. Обструкция на уровне терминальных отделов мочеточников обычно развивается незаметно и проявляется симптомами гидронефроза, присоединением острой инфекции верхних мочевых путей почечной недостаточности.

На месте удаленной аденомы при технических погрешностях наложения гемостатических швов на шейку мочевого пузыря, создающих условия для ее деформации, может сохраниться остаточная полость, или так называемый предпузырь - искусственная преграда между ложем аденомы и мочевым пузырем. Предпузырь нередко сочетается со стенозом шейки и стриктурой простатической части мочеиспускательного канала [19,20,21]. Клинически это характеризуется затрудненным с натуживанием мочеиспусканием, выделением мочи по каплям, болями в промежности и по ходу мочеиспускательного канала, длительным подтеканием мочи после мочеиспускания. Наиболее эффективным методом лечения таких осложнений являются внутренняя уретротомия электроножом с помощью операционного уретроцистоскопа и транс уретральной резекции шейки пузыря с дренированием его постоянным катетером в послеоперационном периоде в течение 3 - 5 суток и последующим бужированием в течение 2 - 3 месяцев с убывающей частотой.

Недержание мочи после аденомэктомии в большинстве случаев связано с травматизацией дистального отдела препростатического сфинктера и повреждением наружного произвольного поперечнополосатого сфинктера.

Причиной послеоперационного недержания мочи может явиться травматизация внутреннего сфинктера при не щадящем характере операции с развитием стриктуры.

Выяснение причин недержания мочи после аденомэктомии определяет выбор лечения. При недержании мочи функционального характера (нестабильность детрузора) проводится лечение антихолинергическими препаратами. Лечение недержания мочи органического генеза проводится дифференцированно в зависимости от степени выраженности патологии. При частичном недержании показано консервативное лечение: бужирование, назначение препаратов, тонизирующих мышечный аппарат мочеиспускательного канала (дулекс, алоэ, аденозинтрифосфат, витамины, ФиБС), электростимуляция полового нерва. При полном недержании мочи прибегают к хирургической коррекции (реконструктивная операция в области шеечно-уретрального сегмента).

К осложнениям аденомэктомии относится также уролитиаз нижних мочевых путей, частота которого составляет 4,5-5,6%. Камни локализуются в полости мочевого пузыря, его дивертикулах, ложе аденомы, прослеживаются «гантелеобразные» камни, распространяющиеся из ложа аденомы в полость мочевого пузыря. На ранних стадиях камнеобразования происходит инкрустация стенки ложа аденомы. Наиболее частыми симптомами являются ощущение жжения в области промежности или прямой кишки, боли в половом члене и заднем проходе. Реже встречаются гематурия, недержание мочи или выделение мочи каплями после окончания акта мочеиспускания, прерывистая струя мочи. При пальцевом ректальном исследовании определяются плотные массы при локализации камней в ложе аденомы, которые могут быть ошибочно приняты за рак предстательной железы. Эндоскопические исследования не всегда информативны при локализации камней в ложе аденомы, которые становятся невидимыми в связи с ростом уротелия, покрывающего большую часть их поверхности. Важное значение в диагностике имеет эхография.

После аденомэктомии может развиваться рецидив аденомы предстательной железы. Аденома предстательной железы состоит из множества узелков, которые нередко глубоко внедряются в толщу хирургической капсулы и, следовательно, не могут быть вылучены. В последующем они становятся источником повторного роста аденомы предстательной железы. Рецидив аденомы предстательной железы медленный процесс, который проявляется спустя 5-6 лет после аденомэктомии и встречается у 1-2 % больных. Рецидив аденомы предстательной железы следует дифференцировать от остаточной аденоматозной ткани, рост которой проявляется относительно рано, т. е. спустя 6-12 мес. после операции, преимущественно после трансуретральной резекции.

Повторное лечение гиперплазии предстательной железы после удаления аденомы простаты предусматривает обычно проведение оперативных манипуляций.

Основной причиной длительно не заживающего надлобкового мочепузырного свища после через пузырной надлобковой аденомэктомии является недостаточно хорошо налаженное дренирование мочевого пузыря (при глухом шве передней стенки) плохое функционирование постоянного катетера.

Трансуретральная резекция простаты по сравнению с чреспузырной аденомэктомией и особенно с радикальной простатэктомией сопровождается значительно меньшей травматизацией простаты, семенных пузырьков, семенного бугорка, уретры, но зачастую приводит к усугублению копулятивной дисфункции, которая имела место до оперативного вмешательства вследствие возрастных изменений в организме пациента (Geppi-Attee S. et al., 2000). Madorsky et al. (1997) впервые высказали гипотезу о роли термического повреждения структур кавернозных нервов при выполнении ТУР простаты в проекции 5 и 7 часов условного циферблата.

Повреждения нервных волокон тазового сплетения - основная причина эректильной дисфункции после хирургических вмешательств на органах малого таза. Поэтому тазовое сплетение и его эфферентные волокна, иннервирующие пещеристые тела (пещеристые нервы) в последнее время стали предметом всесторонних исследований [9,10,12,14,16,17].

Наиболее частым осложнением позднего послеоперационного периода после трансуретральной резекции простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы является сохранение ирритативной симптоматики, основными причинами которой являются системные нарушения микроциркуляции и обострение воспалительного процесса в предстательной железе в послеоперационном периоде [8,11].

Независимые исследователи в 2012 году во главе с Carnevale F.C. опубликовали результаты лечения более 100 больных ДГПЖ с СНМП и объемом железы от 30 до 90 см³. Эффективность процедуры оценивалась как крайне высокая. До настоящего момента ежегодно появляются новые результаты исследований со всего мира, свидетельствующие о высоком потенциале метода эмболизации простатических артерий (ЭПА).

Выявлено прохождение важных ветвей тазового сплетения между прямой кишкой и уретрой: они проникают через урогенитальную диафрагму вблизи уретры или через ее мышечную стенку. После операций на предстательной железе (радикальная позадилоная простатэктомия, чреспузырная аденомэктомия, трансуретральная резекция простаты) эректильная дисфункция может возникать в результате повреждения этих ветвей в двух пунктах: при разделении латеральной ножки или во время апикального рассечения при механическом и термическом воздействии на стенку уретры. Частой причиной развития эректильной недостаточности после трансуретральных вмешательств также является поражение пещеристых нервов и сосудов полового члена, расположенных в парапростатической зоне при перфорации хирургической капсулы простаты [13].

Выводы: Таким образом, отдаленные долгосрочные осложнения после таких современных малоинвазивных вмешательств как абляция, вапоризация, HoLEP и др. пока ждет своего рассмотрения, осмысления и разработки тактики оказания медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранников И.И., Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А. Оценка эффективности персонализированной комплексной терапии в профилактике послеоперационных осложнений у больных с аденомой простаты и хроническим простатитом. //РМЖ «Медицинское обозрение» 2021;3:110-116.
2. Горилловский Л.М., Зингеренко М.Б. Послеоперационные осложнения трансуретральной резекции простаты. //Клиническая геронтология 2011; 9(10):3-7.
3. Греченков А.С., Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Бутнару Д.В., Безруков Е.А., Винаров А.З. и др. Факторы риска развития стриктур уретры и/или контрактуры шейки мочевого пузыря после монополярной трансуретральной резекции гиперплазии предстательной железы. Вопросы урологии и андрологии 2017;5(1):5-9.
4. Живов А.В., Тедеев Р.Л., Кошмелев А.А., Карпович А.В., Юдовский С.О., Пушкарь Д.Ю. Результаты лечения и факторы риска рецидива ятрогенных стриктур уретры у мужчин. Урология 2019;(5):7-13.
5. Иващенко В. А. Отдаленные результаты коррекции симптомов нижних мочевых путей после ТУРП по поводу ДГПЖ. /Сборник трудов IX Конгресса “Мужское здоровье”. Санкт-Петербург 2013;30-32.
6. Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А. Эффективность применения фезотеродина у больных после трансуретральной резекции предстательной железы. //Урология 2019;1:52–55.
7. Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А. Анализ послеоперационных осложнений в экстренной хирургии (по данным аутопсий). //Вест. экстр. мед., 2012;2:62.
8. Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Бонецкий Б.А. и др. Инфекционно-воспалительные осложнения трансуретральной резекции предстательной железы у пациентов с хроническим простатитом. //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии 2017;4(25):51-54.
9. Прилепская Е.А., Касян Г.Р. Роль комплексного исследования в оценке функции нижних мочевых путей у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию. //Врач – аспирант 2012;2,3(51):448-455.
10. Тучин С.В., Миннуллин И.П., Озеров В.Ф., Мирошниченко А.Г. Осложнения, которых могло бы не быть. //Вест. экстр. мед. 2012;2:99.
11. Урология. Российские клинические рекомендации. Под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. /М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.
12. Яравой С.Ю., Мартов А.Г., Максимов В.А. Редкие осложнение трансуретральной лазерной энуклеации аденомы предстательной железы. //Урология 2012;6:92-93.
13. Fullhase C. Transurethral resection of the prostate. //Urologe (Ausc. A). 2016;55(11):1433-1439.
14. Golan R., Bernstein A., Sedrakyan A., Daskivich T.J., Du D.T., Ehdaie B., et al. Development of a Nationally Representative Coordinated Registry Network for prostate ablation technologies. //J. Urol. 2018;199(6):1488-1493.
15. Komura K., Inamoto T., Takai T., Uchimoto T., Saito K., Tanda N. et al. Incidence of urethral stricture after bipolar transurethral resection of the prostate using TURis: results from a randomised trial. //BJU Int. 2015;115(4):644-652.
16. Rieken M., Kaplan S.A. Enucleation, vaporization, and resection: how to choose the best surgical treatment option for a patient with male lower urinary tract symptoms. //Eur. Urol. Focus. 2018;4(1):8-10.
17. Sarier M., Tekin S., Duman i., Yuksel Y., Demir M., Alptekinkaya F., et al. Results of transurethral resection of the prostate in renal transplant recipients: a single center experience. //World J. Urol. 2018;36 (1):99-103.
18. Sun F., Sun X., Shi Q., Zhai Y. Transurethral procedures in the treatment of benign prostatic hyperplasia: A systematic review and metaanalysis of effectiveness and complications. //Medicine (Baltimore) 2018;97(51):133-160.
19. Tan G.H., Shah S.A., Ali N.M., Goh E.H., Singam P., Ho C.C.K. et al. Urethral strictures after bipolar transurethral resection of prostate may be linked to slow resection rate. //Investig Clin Urol. 2017;58(3):186-191.
20. Tao H., Jiang Y.Y., Jun Q., Ding X., Jian D.L., Jie D. et al. Analysis of risk factors leading to postoperative urethral stricture and bladder neck contracture following transurethral resection of prostate. Int. Braz. //J. Urol., 2016;42(2):302-311.
21. Zhou S.K., Zhang J., Sa Y.L., Jin S.B., Xu Y.M., Fu Q. et al. Etiology and management of male iatrogenic urethral stricture: retrospective analysis of 172 cases in a single medical center. //Int Urol., 2016;97(4):386-391.

Поступила 20.07.2023