

3. Об утверждении некоторых клинических протоколов и признании утратившим силу отдельного структурного элемента приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2005 г. № 274 : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 22 сент. 2011 г., № 920.

4. Инструктивные указания по методике исследования при медицинском освидетельствовании граждан, связанных с военной службой : утв. М-вом обороны Респ. Беларусь, М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 19.12.11.

5. О некоторых вопросах организации оказания медицинской помощи допризывникам и призывникам : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 дек. 2015 г., № 1254.

6. Об организации и проведении медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе : постановление М-ва обороны Респ. Беларусь и М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 июля 2019 г., № 76/12.

7. Об утверждении Положения о призыве граждан на срочную военную службу, службу в резерве : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 4 нояб. 2019 г., № 741.

8. Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан, связанных с воинской обязанностью : постановление М-ва обороны Респ. Беларусь и М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 3 янв. 2020 г., № 1/1.

9. Об изменении постановления Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 3 января 2020 г. № 1/1 : постановление М-ва обороны Респ. Беларусь и М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 18 янв. 2023 г., № 1/10.

УДК 616.65-007.61-089

А. С. Князюк, А. В. Зубарева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ

Введение

На современном этапе развития урологии возможны различные варианты оперативного лечения пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). К настоящему времени разработаны алгоритмы и стандарты обследования, показания к оперативному лечению и критерии оценки его эффективности.

При выборе варианта хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы важную роль играет размер аденомы и выраженность ирритативных и обструктивных симптомов, а также наличие сопутствующей патологии. Согласно рекомендациям отечественных и зарубежных ассоциаций урологов, гиперплазия простаты объемом от 30 см³ до 40 см³ является малой, 40–80 см³ – средней, свыше 80 см³ – крупной, превышающая 250 см³ – гигантской [1].

Стандартом для лечения ДГПЖ объемом до 80 см³ является трансуретральная резекция. В последнее время в литературе встречаются случаи хирургического лечения аденом предстательной железы с объемом свыше 80 см³ при помощи разных методов:

- 1) гольмиевой лазерной энуклеации аденомы предстательной железы;
- 2) тулиевой энуклеации аденомы предстательной железы;
- 3) трансуретральной вапоризации;
- 4) эндовидеохирургической аденомэктомии;
- 5) робот-ассистированной аденомэктомии [2, 3, 4].

Несмотря на большое разнообразие вариантов хирургического лечения больших и гигантских аденом предстательной железы, все еще золотым стандартом для лечения больших и гигантских аденом свыше 80 см³ по-прежнему является открытая чреспузырная одномоментная аденомэктомия. Открытая аденомэктомия для удаления гигантских аденом имеет ряд преимуществ: 1) радикальность операции и меньшее количество рецидивов; 2) отсутствие TUR-синдрома; 3) техническая простота выполнения операции по сравнению с другими методами; 4) не требует специального оборудования [1, 4].

Цель

Оценить опыт хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы гигантских размеров.

Материалы и методы исследования

Пациент Д., 74 года, поступил в урологическое отделение учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» с жалобами на вялое, учащенное мочеиспускание, ночью до 3 раз, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, беспокоившими его около 6 лет. В августе 2023 г. было 2 эпизода острой задержки мочеиспускания, купированных катетеризацией мочевого пузыря с помощью уретрального катетера, приемом спазмолитиков и альфа-блокаторов.

В ходе амбулаторного обследования было выявлено повышение ПСА до 30,5 нг/мл. Выполнена пункционная биопсия предстательной железы в условиях Речицкой центральной районной больницы в июне 2023 г. Далее пациент был консультирован онкоурологом, выставлен диагноз: С64 – Злокачественное новообразование левой почки. Состояние после резекции левой почки (13.11.2012) T1aN0M0, G2 I стадии, кл. гр. III. ДГПЖ. ХЗМ.

Рекомендовано: дальнейшее наблюдение онколога по месту жительства. Учитывая уровень ПСА, объем простаты, характер мочеиспускания, эпизоды острой задержки мочеиспускания, гистологическое заключение оперативное вмешательство в объеме чреспузырной аденомэктомии в урологическом стационаре общепольничной сети по месту жительства.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент был обследован амбулаторно, направлен для планового оперативного лечения. При поступлении состояние ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, естественного цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 14 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 64 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Имеются окрепшие послеоперационные рубцы. Грыжевых выпячиваний нет. Стул 1 раз в день. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Диурез достаточный, мочеиспускание учащенное, струя ослабленная. *Per rectum*: сфинктер в тонусе, патологических образований не определяется. Предстательная железа значительно увеличена, безболезненная, мягкоэластичной консистенции, междолевая борозда не определяется. Слизь, крови, патологических примесей на перчатке нет.

Перед оперативным лечением ОАК: RBC – $5.6 \times 10^{12}/л$, Hb – 160 г/л, PLT – $212 \times 10^9/л$, Le – $7.02 \times 10^9/л$: п – 3%, с – 66%, э – 1%, м – 5%, л – 25%.

На 9-е сут после аденомэктомии ОАК: RBC – $4,79 \times 10^{12}/л$, Hb – 138 г/л, PLT – $285 \times 10^9/л$, Le – $8.84 \times 10^9/л$: п – 3%, с – 65%, э – 2%, м – 6%, л – 24%.

Анализ БАК в пределах нормы. ОАМ – из особенностей: белок 0,02, лейкоциты до 50 в п. зр., бактерии ++.

Взят посев мочи. Результат: *Enterobacter cloacae* 10⁸, резистентен к цефуроксиму, фосфомицину. Чувствителен к амоксициллин/клавулату, гентамицину, ципрофлоксацину, триметоприм/сульфаметоксазолу.

Посев секрета простаты: выявлена *Klebsiella pneumoniae*, массивный рост. Резистентность к ампициллину, цефтазидиму. Чувствительность к цефотаксиму, гентамицину, ципрофлоксацину.

Анализ выделений сока простаты: лейкоциты обильно, эпителий 3–4, лецитиновые зерна единично, кокки в умеренном количестве, трихомонады и гонококки не обнаружены.

Данные УЗИ предстательной железы:

Размеры увеличены, контуры четкие, бугристые, объем 373,7 см³. Структура неоднородная за счет фиброзной тяжистости, неоднородных участков узловых образований. В правой доле по верхне-заднему краю неоднородное гипоехогенное образование 20×18 мм с усиленным кровотоком. Мочевой пузырь: контуры неровные, содержимое однородное, стенка до 6,7 мм, объем до 430 см³.

Заключение

Выявлена ДППЖ, объемное образование предстательной железы (?).

По данным УЗИ ОБП и почек: ЖКБ: отключенный желчный пузырь. Гемангиома печени (?). Диффузные изменения поджелудочной железы.

Экскреторная урограмма и нисходящая цистограмма. Почки обычной формы и размеров. Чашечно-лоханочная система законтрастирована удовлетворительно с обеих сторон. Достоверных R-контрастных теней, подобных конкрементам, не выявлено. Мочеточники выполнены цистоидно, отток сохранен. Мочевой пузырь выполнен контрастом удовлетворительно, контур неровный. Содержимое неоднородное. В проекции правой почки дополнительная R тень, округлой формы, неоднородной структуры, размером 2,6 см.

Урофлоуметрия: 23.01.2024. Q_{max} 6 мл/с, время микции 61 с на объеме 320 мл.

Выставлен диагноз: ДППЖ II ст. Хроническая задержка мочи. Хронический простатит, обострение. Проведено противовоспалительное лечение и антибиотикотерапия по результатам посева в предоперационный период.

Из сопутствующих заболеваний:

ИБС: постинфарктный кардиосклероз (2010) атеросклеротический кардиосклероз. Плоскостная аневризма верхушки левого желудочка с пристеночным организованным тромбом. НИ. Артериальная гипертензия II ст. риск 4. Лакунарный инфаркт головного мозга в левом каротидном бассейне (06.11.23). Рак левой почки. Состояние после резекции левой почки (13.11.2012) T1aN0M0 G2 I стадии, кл. гр. III.

На 3-й день после госпитализации выполнена операция: двухсторонняя вазорезекция, одномоментная чреспузырная аденомэктомия. Результат гистологического исследования: мультифокальный хронический простатит в стадии обострения. ДППЖ. Кистозная и лобулярная атрофия простаты. Базальноклеточная гиперплазия желез.

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 2-е сут удален паравезикальный дренаж, на 6-е сут удален уретральный катетер, на 11-е сут сняты швы.

Урофлоуметрия на 13-е сут после операции: Q_{max} 25 мл/с. Время микции 10 с на объеме 250 мл.

На 13-е сут начаты тренировки самостоятельного мочеиспускания путем пережатия цистостомы. Мочился самостоятельно. Остаточной мочи не было. Удаление цистостомы

на 15-е сут. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на 16-е сут послеоперационного периода.

Выводы

Несмотря на развитие и усовершенствование эндоурологических оперативных методов, чреспузырная аденомэктомия все еще является успешным способом хирургического лечения пациентов с ДГПЖ. Также следует отметить, что чреспузырная аденомэктомия нередко является единственным вариантом хирургического лечения пациентов с аденомой простаты гигантских размеров ввиду отсутствия специального эндоурологического оборудования. К тому же успех эндохирurgicalического лечения зависит от достаточного количества приобретенного опыта. Выбор метода лечения должен осуществляться индивидуально с учетом сопутствующих условий: как медицинских, так и социальных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пушкарь, Д. Ю. Урология : учебник / Д. Ю. Пушкарь. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 197–225.
2. Эндоскопическая энуклеация предстательной железы – новый стандарт хирургического лечения гиперплазии предстательной железы / Д. В. Еникеев [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2017. – Т. 18. – С. 83–86.
3. Биполярная трансуретральная энуклеация гигантской аденомы простаты / Ф. А. Севрюков [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 72–74.
4. Князюк, А. С. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : учеб.-метод. пособие для студентов 5–6-х курсов мед. вузов / А. С. Князюк. – Гомель : ГомГМУ, 2012. – 43 с.

УДК 616.61/.63-022(476.2-25)

А. С. Князюк¹, Е. В. Князюк², А. Е. Пузан², С. Ф. Руденко³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница №2»

г. Гомель, Республика Беларусь

³Учреждение здравоохранения

«Речицкая центральная районная больница»

г. Речица, Республика Беларусь

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НА ПРИМЕРЕ Г. ГОМЕЛЯ

Введение

Инфекции мочевых путей (ИМП) – термин, охватывающий широкий круг заболеваний, при которых имеется микробная колонизация в моче свыше 10⁵ КОЕ микроорганизмов в 1 мл мочи или микробная инвазия с развитием инфекционного процесса в какой-либо части мочеполового тракта от наружного отверстия уретры до коркового вещества почек (Т. С. Перепанова с соавт., 2004). Основой лечения ИМП является правильно подобранная антибактериальная терапия с учетом этиологического агента и его чувствительности к антибактериальным препаратам (АБП). Неоспорима польза антибактериальной терапии при лечении ИМП, однако отмечается постоянный рост антибиотикорезистентности к широко применяемым группам антибактериальных лекарственных средств в связи с неправильным их назначением. Формирование и распространение рези-