

Наш опыт использования видеолапароскопии при различных хирургических заболеваниях органов брюшной полости позволил у части больных (6,3%) избежать напрасной эксплоративной лапаротомии, а у большинства пациентов (83,1%) дал возможность осуществить операцию в полном объеме эндовидеохирургическим методом.

Одним из встретившихся поздних осложнений после данных вмешательств было образование грыжевого выпячивания в месте троакарной пункции брюшной полости (17 пациентов). Все пациенты ранее перенесли лапароскопическую холецистэктомию. Грыжа возникала в месте введения 10-миллиметрового троакара в параумбиликальной области в сроки от 2 до 6 месяцев после операции. Этим пациентам в дальнейшем в плановом порядке была выполнена герниопластика.

Таким образом, внедрение лапароскопических технологий позволило существенно изменить диагностическую и лечебную тактику при многих видах экстренной патологии. Развитие неотложной оперативной эндоскопии в гинекологической практике привело к тому, что в настоящее время лапароскопическим методом проводятся практически все основные гинекологические операции.

За прошедшие 15 лет с момента выполнения первой операции в ЯЦРБ лапароскопический метод стал операцией выбора у больных с доброкачественными заболеваниями желчного пузыря и при гинекологических вмешательствах. Хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, обязательное послеоперационное наблюдение больных стали гарантией качества и надёжности оперативных вмешательств.

УДК 616.153.455.04-085:616.12-008.318

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДИЗУРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Коломоец Ю. С., Бачурин Г. В., Бачурин В. И.**

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье

Аденома предстательной железы весьма распространенное заболевание у мужчин пожилого возраста. В настоящее время удачно используется большое количество разных видов оперативных вмешательств при лечении заболеваний предстательной железы. В среднем, количество осложнений после оперативного лечения при заболеваниях предстательной железы составляет около 10-20%. После проведенной трансуретральной резекции простаты рецидивная задержка мочи наблюдается у 3-9%, инфекционно-воспалительные осложнения — 5-20%, недержание мочи – 30%. После проведенного оперативного вмешательства в объеме одномоментная чрезпузырная аденомэктомия, частота осложнений составляет: недержание мочи наблюдается у 1-3%, обструктивные нарушения 1,7 – 20,0%, инфекционно-воспалительные осложнения – до 30%. Применение препарата «Дистрептаза» в терапии для улучшения проникновения к очагу воспаления антибактериальных средств и профилактики возникновения спаек в послеоперационном периоде послужило предпосылкой для проведения собственного исследования, направленного на сравнение эффективности со стандартной антибактериальной

профилактики инфекционно-воспалительных и дизурических осложнений после оперативного вмешательства на предстательной железе.

С ноября 2013 по апрель 2014 год в ГБЭиСМП г. Запорожье были прооперированы 153 больных аденомой предстательной железы. В контрольную группу вошли 89, а в основную — 64 больных с аденомой предстательной железы, которые имели показания к оперативному лечению. Частота одномоментной чрезпузырной аденомэктомии составила 42%, частота ТУРП – 58%. Основаниями для проведения оперативного вмешательства являлись нарушенное мочеиспускание, присутствие хронической и/или острой задержки мочи. Пациенты, в контрольной группе, в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию (зацеф – антибиотик цефалоспоринового ряда второго поколения, действующее вещество – цефуроксим, назначенный по 1 г 2 раза в день и метрогил – действующее вещество – метронидазол – группа производных нитроимидазола, по 100,0 мл 3 раза в день). В основной группе к дополнению к антибактериальной терапии применялись свечи «Дистрептаза» per rectum по 1 свече 2 раза в день, начиная с первого дня после оперативного лечения. Продолжительность антибактериальной терапии в обеих группах составила 10 дней.

В соответствии с протоколом исследования, перед операцией все пациенты проходили стандартное обследование, которое включало оценку симптомов заболевания (по шкале IPSS), физикальное обследование (пальцевое ректальное исследование), клинико-лабораторные исследования (УЗИ, ТРУЗИ, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ПСА общий + свободный).

Полученные результаты заносились в базу данных Microsoft Excel и с помощью встроенных статистических формул производился расчет среднего значения, стандартного отклонения. Достоверность отличий оценивалась с помощью критерия Стьюдента, порогом значимости различий считали 0,05.

При анализе в контрольной группе (89 больных) в раннем послеоперационном периоде инфекционно-воспалительные процессы и дизурия выявлены у 32 (что составило 36%). В основной группе больных (64 пациента) в раннем послеоперационном периоде инфекционно-воспалительные процессы и дизурия наблюдались у 4 пациентов (что составило 6,25%). Характерной особенностью анализируемых больных в основной клинической группе явилось изменение лечебной тактики в виде применения свечей «Дистрептаза» в первые сутки послеоперационного периода. Применение указанной тактики позволило снизить количество возникающих инфекционно-воспалительных и дизурических осложнений в раннем послеоперационном периоде более чем в 5 раз.

Таким образом, инфекционно-воспалительные и дизурические расстройства — наиболее частые осложнения в раннем послеоперационном периоде при оперативных вмешательствах на предстательной железе. Применение свечей «Дистрептаза» в дополнении к традиционной терапии в раннем послеоперационном периоде снижало риск развития инфекционно-воспалительных и дизурических осложнений более чем в 5 раз, что обусловлено действием препарата в облегчении доступа антибактериальных средств к очагу воспаления.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аденома предстательной железы и инфекция мочевых путей / В. Л. Ярославский, В. В. Россихин, С. Я. Мысько и др. // Материалы трудов XII научно-практической конфе-

ренции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 104-107.

2. Братчиков, О. И. Механизмы развития гнойно-воспалительных осложнений простатэктомии у больных гиперплазией предстательной железы / О. И. Братчиков, Е. А. Шумакова, Д. А. Тисцов // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 159-161.

3. Коган, М. И. Клиническое значение функции уретрального сфинктера при лечении доброкачественной гиперплазии простаты / М. И. Коган, И. И. Белоусов // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 68-69.

4. Кудрявцев, Ю. М. Післяопераційні ускладнення простої простатектомії з приводу доброякісної гіперплазії простати / Ю. М. Кудрявцев, С. Б. Лях // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 162-165.

5. Оперативные вмешательства при ДГПЖ / В. М. Мягкий, В. М. Вовк, Ю. А. Червоний и др. // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 125-127.

6. Сергиенко, Н. Ф. Отдаленные осложнения трансуретральной резекции гиперплазии предстательной железы / Н. Ф. Сергиенко, Т. М. Белясова, А. И. Бегаев // Материалы трудов XII научно-практической конференции урологов и сексопатологов с международным и межрегиональным участием «Здоровье мужчины», Харьков, 2004. — С. 186-187.

УДК 616.379-008.64-085

## **ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОП ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Сафонов А.Н., Троханов М.Ю., Камкин Н.В., Крылов Б. С.**

Ярославская центральная районная больница  
ГБОУ ВПО ЯГМА Минздрава России, Ярославль

Сахарным диабетом страдает только по официальным данным ВОЗ 4 — 6% населения планеты. По данным сотрудников «Центра диабетической стопы» (2005 г.), гангрена нижних конечностей является причиной ампутаций у 4 из 6 пациентов. Летальность от гнойной инфекции при сахарном диабете достигает 20%. По данным национального комитета по диабету в США, среди лиц, которым проведена ампутация нижней конечности, больных с сахарным диабетом в 40 раз (!) больше чем у людей, не страдающих этим заболеванием.

Наряду с изложенным данный контингент пожилого и старческого возраста, как правило, отягощён проявлениями диабетической нефропатии, ретинопатии, атеросклеротическим поражением магистральных артерий, коронарокардиосклерозом, гипертонической болезнью, поражениями экстракраниального отдела сонных артерий с явлениями нарушения мозгового кровообращения. На этом фоне в определенный период жизни пациента на первый план выходит клиническая картина страдания микро- и макрососудов, нервных стволов стопы с развитием язвенно-некротического, гнойно-инфекционного процесса и даже к гангренозным изменениям пальцев или дистального отдела стопы.